

Ministerio de Salud y Protección Social

Informe de gestión 2020



Dr. IVÁN DUQUE MÁRQUEZ Presidente de la República de Colombia

Dra. MARTHA LUCÍA RAMÍREZ BLANCO Vicepresidente de la República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS)

Dr. FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

Dr. LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

Dr. GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Andrea Elizabeth Hurtado Neira

Directora Jurídica

Luis Fernando Correa Serna

Jefe Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres

Olga Lucía Giraldo Vélez

Jefe Oficina de Calidad

Weimar Pazos Enciso

Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación-TIC

Sandra Liliana Silva Cordero

Jefe Oficina de Control Interno

Alejandro cepeda Pérez

Jefe Oficina de Promoción Social

John Manuel Delgado Nivia

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Ricardo Ángel Urquijo

Grupo de Comunicaciones

Paola Milena Bernal Cortés

Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Félix Régulo Nates Solano

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

Mónica Esperanza Valderrama Espitia

Directora (E) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Otoniel Cabrera Romero

Director de Financiamiento Sectorial

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Julián Alfredo Fernández Niño

Director de Epidemiología y Demografía

Karen Lorena Rincón Ramírez

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Kattya Margarita Baquero Baquero

Directora de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Director de Promoción y Prevención

Leonardo Arregocés Castillo

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Zoraya López Díaz

Directora Unidad Administrativa Especial (U.A.E.) Fondo Nacional de Estupefacientes (F.N.E.)

SECRETARÍA GENERAL

Margarita María Gil Garzón

Subdirectora Administrativa

Martha Ruby Narváez Otero

Subdirectora de Gestión de Operaciones

Manuel José Canencio Maya

Subdirector Financiero

Mónica Liliana Herrera

Subdirectora de Gestión del Talento Humano

Lauricel Paola Brito Solano

Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Elaboración:

Víctor Gabriel Grosso Gómez - Coordinador Grupo Planeación Claudia Domínguez Garcés – Coordinadora Grupo de Desarrollo Organizacional Maritza Silva Vargas – Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública Andrea Solís Torres – Coordinadora Grupo de Seguimiento a la Gestión Sectorial e Institucional Rosalba Lesmes - Profesional OAPES Diana Maritza González - Contratista OAPES Sandra Yamile Herrera Quiceno - Contratista OAPES Gerardo Duque - contratista OAPES Tatiana Vargas Hernández - Contratista OAPES

tiana vargas Hernandez - Contratista OAPES Karen Serrano - contratista OAPES

Karen Serrano - contratista OAPES Elkin German Gamba Velásquez - Contratista OAPES

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES)

Dirección y aprobación:

John Manuel Delgado Nivia – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Algunos contenidos e ilustraciones incorporados en este documento son tomados de distintas intervenciones ante diferentes grupos de valor y partes interesadas, así como de los medios de divulgación oficiales del Ministerio, según las fuentes descritas en la sección de referencias.

Bogotá, D.C., marzo de 2021

Contenido

T .			Pág.
_		ucción	
1.		sión sectorial y rectoría del sistema	
	1.1.	Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022	
2.	Sc	ostenibilidad financiera	21
	2.1.	Recuperación financiera del SGSSS	21
	2.2.	Sostenibilidad financiera del SGSSS	
	2.3.	Actualización del mecanismo de protección colectiva y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) .	
	2.4.	Exclusiones	
3.	At	tención Integral en Salud	36
	3.1.	Salud pública	
	3.2.	Herramientas frente a la Atención Integral en Salud	
	3.2.1	Programa de Acción Inmediata en Hospitales "AiHospital"	51
4.	D	esarrollo del talento humano en salud	62
5 .	R	espuesta a la pandemia por Covid-19	65
	5.1.	Atención Integral a la población debido a la pandemia por Covid-19	65
	5.2.	Plan Nacional de Vacunación	
6.	01	tros resultados de la gestión	
•	6.1.	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	
	6.2.	Implementación del Acuerdo de Paz	
	6.3.	Estudios, evaluación de políticas públicas en salud y gestión del conocimiento	
	6.4.	Sistema de gestión	88
	6.4.1	Modelo Integrado de Planeación y Gestión	
	6.4.2	Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG)	
		Transparencia	
	6.5.1	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	
_	6.5.2	Administración de riesgos y oportunidades	
Aı	nexo		
		1. Informe de ejecución del Presupuesto del Sector Salud y Protección Social 2020	
		2. Informe de ejecución de los proyectos de inversión, vigencia 2020	
		3. Avance indicadores Sinergia 2020	
	Anexo	4. Avance Plan Nacional de Vacunación 2021	128

Introducción

Sin lugar a dudas, el año 2.020 ha puesto a prueba la resiliencia de la humanidad y la audacia de cada gobierno para enfrentar una de las catástrofes publicas más profundas de los últimos años. Por consiguiente, también se ha sometido a comprobación la consistencia, fortaleza y capacidades del talento humano y el funcionamiento en general del **Ministerio de Salud y Protección Social**, así como de todo el Sector. Hemos enfrentado uno de los momentos más desafiantes a nivel global, donde en ningún caso fue posible prever el impacto que la pandemia originada por el Covid-19 podría desencadenar. No obstante, hemos podido plantear soluciones y respuestas oportunas no solo frente al manejo de esta crisis, si no ahora mismo, estableciendo un plan ambicioso frente a la inminente llegada de una vacuna contra este virus y desplegando toda la capacidad posible para determinar estrategias de reactivación seguras en todos los sectores del país. Una de las mayores pruebas para el liderazgo de la entidad ha sido la forma de asumir la crisis y salir avante con todos y cada uno de los propósitos establecidos para el sector.

A lo largo del año 2.020 no solo nos ocupamos de atender las diferentes contingencias originadas en la pandemia mundial, la cual no solo ha afectado la salud física si no también la salud mental y la estabilidad emocional de millones de personas, las condiciones laborales y de calidad de vida ha cambiado considerablemente, dejando a su paso mayores retos para los próximos años en materia de Seguridad Social, prevención, investigación, gestión y desarrollo en Salud, entre otros. No obstante, lo anterior, buscamos avanzar decididamente con los objetivos de la entidad y trabajar en cada uno de los planes y proyectos contenidos en Plan Estratégico Sectorial e Institucional. Podemos dar un balance favorable, donde una vez más debemos reconocer el profesionalismo y la capacidad de todo el equipo humano, que, en medio de los retos del teletrabajo, el trabajo en casa y los escenarios de la virtualidad y el distanciamiento social, se ha esmerado para dar cumplimiento a las metas proyectadas.

Hemos trabajado con el ánimo de consolidar cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, y desarrollar esquemas de trabajo eficientes y enfocados en la gestión del talento humano y el conocimiento. Superamos las cifras de anteriores vigencias frente a cobertura, atención y aseguramiento mediante el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS de Colombia, el cual ha logrado una alta cobertura de afiliación con notables avances en protección financiera en beneficio de los hogares más vulnerables¹, generando solidaridad², igualdad y acceso a un amplio plan de beneficios³. Hemos

¹ En cuanto a la protección financiera, el país se destaca en la región por el bajo gasto de bolsillo en salud. Esto significa que en Colombia el hecho de sufrir una enfermedad que exige tratamientos costosos no implica una angustia adicional para las familias. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

² El sistema de salud colombiano es solidario en distintas vías: desde las personas del régimen contributivo (los que tienen ingresos) hacia los que se encuentran en el subsidiado y –dentro del mismo régimen contributivo– desde los que tienen más ingresos hacia los que menos perciben rentas. Por otra parte, el gasto de bolsillo en Colombia se calcula actualmente en un 15% cuando hace unos 25 años superaba el cincuenta por ciento.

³ En materia de equidad, el plan de beneficios en Colombia es el mismo entre el régimen subsidiado y el contributivo, con servicios, tecnologías y medicamentos amplios, que se mantiene al día con los avances científicos. Además,

asumido un rol de liderazgo frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, presentando propuestas y desarrollando importantes avances como la formulación en curso del Plan Decenal de Salud Pública 2.022 - 2.031

Mas allá de las acciones frente a la pandemia del covid-19, el Ministerio de la Salud y la Protección Social ha cumplido con su labor de generar las directrices del sector, hacer seguimiento a la gestión territorial y establecer lineamientos frente a los temas de interés público, así como el hecho de abrir espacios para el dialogo y la interacción con la ciudadanía para que esta participe de forma activa en la construcción de planes y políticas cruciales en materia de salud.

Dicho este contexto, en informe se exponen los principales resultados de la gestión realizada durante la vigencia 2.020 bajo los siguientes grandes temas:

- i) Visión sectorial de largo plazo y rectoría.
- ii) Calidad.
- iii) Salud pública.
- iv) Desarrollo del talento humano en salud
- v) Recuperación financiera y sostenibilidad.
- vi) Otros resultados de la gestión.

anualmente se ajusta el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada habitante del país asegurado en salud.

1. Visión sectorial y rectoría del sistema

El Ministerio de Salud y Protección Social es una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional.

La Ley Orgánica del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994), tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los Planes de Desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2° del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al Plan de desarrollo y la planificación. Para el efecto, todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar, con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y de las funciones que le señale la Ley, un Plan Estratégico cuatrienal, con planes de acción anuales que constituirán la base para la posterior evaluación de resultados.

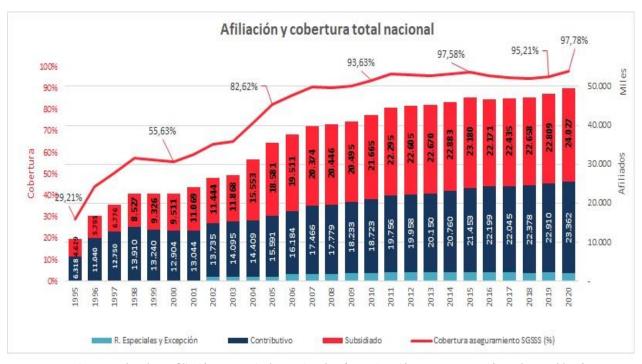
El Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Estratégico Sectorial enmarcan en los compromisos contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo 2.018 – 2.022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" expedido mediante la Ley 1955 del 2.019, por lo cual la gestión del Ministerio de Salud y Protección Social ha estado alineada con los criterios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los principios rectores dados por la Ley 100 de 1.993, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2.015 y otras disposiciones legales y jurisprudenciales; ha construido sobre los principales logros de los últimos 25 años y – al mismo tiempo— ha girado en torno a enfrentar y corregir algunas fallas y debilidades existentes.

Entre los logros del SGSSS se destacan: la alta cobertura de aseguramiento (en la práctica cobertura universal), el financiamiento progresivo del sistema, la protección financiera alcanzada para los hogares en especial los más vulnerables –reflejada en un muy bajo gasto de bolsillo a cargo del usuario— y el mayor acceso a los servicios.

Con el propósito de contar con una herramienta que permita conocer el comportamiento del Aseguramiento en Salud a nivel nacional y en un territorio especifico, se desarrolló el aplicativo web "Cifras del Aseguramiento en Salud", mediante el cual es posible consultar de manera rápida y fácil variables relacionadas con el aseguramiento en salud a nivel nacional, departamental, municipal y por Entidad Promotora de Salud (EPS), con corte de acuerdo a la necesidad de consulta a partir de diciembre de 2.016. Este aplicativo web reemplaza la ficha de Indicadores cuya última publicación fue la junio de 2.017. El indicador base para el seguimiento de la dinámica

del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema, que agrega a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales y de excepción. La información anterior a 2.009 fue recopilada de registros administrativos consolidados, mientras a partir de ese año, los agregados de afiliación están contenidos en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). ", mediante el cual es posible consultar de manera rápida y fácil variables relacionadas con el aseguramiento en salud a nivel nacional, departamental, municipal y por Entidad Promotora de Salud (EPS), con corte de acuerdo a la necesidad de consulta a partir de diciembre de 2.016. Este aplicativo web reemplaza la ficha de Indicadores cuya última publicación fue la junio de 2.017. El indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema, que agrega a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales y de excepción. La información anterior a 2.009 fue recopilada de registros administrativos consolidados, mientras a partir de ese año, los agregados de afiliación están contenidos en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

En general, el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido desde el 29.21% en 1.995 hasta el 97.78% registrado al cierre del 2.020.



Fuentes: serie anual de afiliación a nivel nacional / Estimación y proyección de población DANI Cálculos: Dirección Aseguramiento Minsalud

Las barras azules y rojas representan el número de afiliados por régimen, mientras que la línea de tendencia muestra el comportamiento de la cobertura del aseguramiento. A partir de octubre de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social acogió las proyecciones de población basadas en el Censo de 2018 del DANE. En los años anteriores, las cifras demográficas eran las correspondientes al Censo 2005.

El aumento en la cobertura en salud es uno de los logros más importantes de cualquier programa social en Colombia. Tanto así que el sector salud contribuyó a la reducción de la pobreza multidimensional en el país en los últimos años⁴. A su vez, ha mejorado el estado general de salud de la población⁵. La mayoría de los indicadores trazadores en salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna han mejorado en los últimos años⁶. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como distintas encuestas en salud (ENDS, ENSIN⁷) evidencian esta evolución.

El país es igualmente reconocido en el mundo por su programa gratuito de vacunación, la vigilancia en salud pública, la respuesta y control ante la aparición de enfermedades transmisibles, donde se destaca el esquema de vacunación colombiana como uno de los mejores de América y el Caribe. El programa de inmunización comprende 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades que disminuye de manera efectiva la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia.

Por otra parte, en aplicación de la **política farmacéutica** y de las herramientas legítimas con las que cuenta el Estado para mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar mejores resultados en salud y construir un sistema de salud más equitativo, se ratificó la política de control de precios que hasta el momento ha incorporado miles de presentaciones comerciales y ha generado ahorros de más de un billón de pesos anuales al sistema de salud.

No obstante, lo anterior, aún existen retos como lograr mayor equidad y mejor calidad en los servicios, teniendo como propósito satisfacer las diversas necesidades de los grupos de valor. Por ello, los esfuerzos del Ministerio y del sector se concentran actualmente en una triple meta: alcanzar mejores resultados en salud, ofrecer una mejor experiencia en los servicios con mayor satisfacción ciudadana y cumplir nuestros indicadores con eficiencia y responsabilidad financiera. Lo anterior, bajo los principios de legalidad, emprendimiento y equidad liderados por el Sr. Presidente de la República, Dr. Iván Duque Márquez. Con este marco estratégico, las acciones del sector se basan en cinco pilares o ejes orientadores así: visión sectorial de largo plazo, mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecimiento de la salud pública, desarrollo del talento humano en salud y recuperación y sostenibilidad del sistema.

⁴ De los 10,8 puntos porcentuales (p.p.) de disminución entre 2010 y 2018, 2,1 p.p. son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población.

⁵ Entre otros temas, la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indaga, sobre el bienestar de las personas de 15 años y la satisfacción con su vida. Entre los resultados se destaca que el aspecto de la vida mejor calificado es la salud (8,02 puntos), seguido por la seguridad, el trabajo o actividad desempeñado y, por último, el ingreso. Por otra parte, el 83% de las personas declararon estar muy satisfechos o totalmente satisfechos con su salud (Fuente: DANE. ECV, 2018).

⁶ En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los últimos años; entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 18% en el promedio nacional; por su parte, la razón de mortalidad materna (RMM) a 42 días se ha reducido en un 27%. A pesar de estos logros, entre las metas del presente gobierno está reducir aún más la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, de 16,8 a 14 (por cada mil nacidos vivos) y la RMM a 42 días de 51,3 a 45 (por cada 100.000 nacidos vivos), con énfasis en el área rural dispersa.

⁷ Siglas correspondientes a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), respectivamente.

Bajo el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 "Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad" (Ley 1955 de 2019) se ha avanzado en acciones estratégicas para la habilitación de los servicios de salud, la acreditación en niveles superiores de calidad, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que articula y coordina el trabajo priorizado en salud en el territorio (Nación-Departamentos y Distritos), el Programa de Acción Integral en Hospitales (AiHospital) que fortalece a estas Empresas Sociales del Estado (ESE), el Acuerdo de Punto Final que sanea deudas acumuladas y provee liquidez al sistema, propone nuevos mecanismos de priorización del gasto y subsidios parciales en el aseguramiento, facilita la depuración de las EPS, e incentiva la transformación digital del sector con iniciativas como un nuevo marco para la telesalud, la interoperabilidad de la historia clínica, la facturación electrónica y la afiliación transaccional, entre otras innovaciones a resaltar.

Las anteriores acciones estratégicas han estado acompañadas del apoyo financiero necesario por parte del Gobierno Nacional. El gasto en salud en Colombia es del 7,3% del PIB, lo cual representa cerca de 72 billones de pesos, donde tres cuartas partes de estos corresponden a recursos públicos. Para la vigencia 2020, el aseguramiento de la población colombiana asciende a \$55,1 billones, que se financia tanto con aportes privados (principalmente cotizaciones) como públicos. El Presupuesto General de la Nación–PGN 2020 tuvo un incremento para el sector salud del 8%; correspondiente a 31,9 billones de pesos para la vigencia. Estos recursos, (\$31,9 billones) incluye los ingresos del PGN para completar el gasto del aseguramiento en salud de los colombianos (\$19,3 billones), las transferencias que se giran desde la Nación hacia las entidades territoriales a través del Sistema General de Participaciones – SGP (\$10 billones). Los recursos restantes se destinan a otras necesidades como: mejoramiento de la red de urgencias, atención de enfermedades catastróficas, reclamaciones de accidentes de tránsito No SOAT, vacunación, recursos para el financiamiento de la ley de residentes, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, entre otros.

De acuerdo a estas cifras, el sector salud se convierte en uno de los que cuenta con mayores recursos dentro del PGN, coincidiendo así con el compromiso del Gobierno Nacional de alcanzar la equidad en salud en Colombia.

Para la presente vigencia, el Ministerio avanzó en función al Decreto 064 de 2020, que permite la afiliación de oficio desde la IPS y/o la entidad territorial de la población colombiana que hasta ahora no se encuentre en el sistema de salud. Con este instrumento se busca alcanzar la cobertura del 100% planteada por el Gobierno Nacional, cerrar brechas y lograr la equidad. Del mismo modo se prioriza la afiliación de la población pobre no asegurada, recién nacidos, menores edad, su grupo familiar. Por otra parte, se han hecho enormes esfuerzos para atender a la población migrante, particularmente, aquellos con Permiso Especial de Permanencia—PEP. En el caso de los venezolanos que están regularizados en el país, han logrado gestionar su afiliación a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).



fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Por otra parte, entre los retos y aspectos por corregir en el Sistema están los desequilibrios financieros, la alta fragmentación, las fallas en la calidad de los servicios, el abuso de posiciones dominantes y los casos de corrupción.

Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022

En cumplimiento de lo contenido en el Art. 339 de la Constitución Política y la Ley 152 de 1994 (o Ley Orgánica del Plan de Desarrollo) que establece la manera de formular e implementar el Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional trabajó distintos frentes que permitieron su construcción y formulación. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018–2022 "Pacto por

Colombia. Pacto por la Equidad" tuvo un desarrollo técnico desde el nivel nacional a través de socializaciones, amplia participación ciudadana entre diferentes actores y retroalimentación.

El PND 2018-2022 implica ponerse de acuerdo en un gran pacto en el cual concurren inversiones públicas y privadas y los esfuerzos de los diferentes niveles de gobierno para que, como Estado, se defina el conjunto de prioridades que generarán la verdadera transformación. Así, el PND es la creación de espacios de coordinación que permiten sumar esfuerzos y generar cambio social, dinamizar el crecimiento económico y alcanzar el mayor desarrollo del país y de sus regiones.

El PND está conformado por 3 pactos estructurales, 13 pactos transversales y 9 pactos regionales con una serie de líneas que los componen. Así, en un primer lugar están los **pactos estructurales** que son:

- Pacto por la legalidad: seguridad efectiva y justicia transparente para que todos vivamos con libertad y en democracia
- Pacto por el emprendimiento, la formalización y la productividad: una economía dinámica, incluyente y sostenible que potencie todos nuestros talentos
- Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados.

Estos tres pactos se complementan entre sí. El círculo virtuoso de legalidad y emprendimiento se cierra con la equidad⁸, el gran pacto y objetivo del PND 2018-2022. "Se busca lograr una Colombia con más bienestar, con menos desigualdad de resultados y con más equidad de oportunidades; un país con mayores ingresos y mejores condiciones de vida de la población conseguidas sobre la base de la legalidad y por medio de la generación de empleo, la formalización y un tejido empresarial fuerte. La equidad de oportunidades implica remover las barreras que impiden el acceso a la educación, la salud, los servicios esenciales y la inclusión productiva a toda la población, independientemente de sus características de origen, la localización geográfica, la pertenencia étnica, el sexo, la condición física y la edad, entre otras⁹".

⁸ A su vez, las líneas contenidas en el Pacto por la Equidad están relacionadas y aportarán en el cumplimiento de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, este pacto está alineado con los ODS 1: "Fin de la pobreza", ODS 2: "Hambre cero", ODS 3: "Salud y bienestar", ODS 4: "Educación de calidad", ODS 5: "Igualdad de género", ODS 8: "Trabajo decente y desarrollo económico", ODS 9: "Industria, innovación e infraestructura", ODS 10: "Reducción de las desigualdades", ODS 11: "Ciudades y comunidades sostenibles", ODS 16: "Paz, justicia e instituciones sólidas" y ODS 17: "Alianza para lograr los objetivos". Para más detalles sobre los ODS, se sugiere consultar el enlace https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html y el documento CONPES 3918 "Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Colombia" (Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf).

⁹ GOBIERNO DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá, D.C., 2019. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022.pdf

Ecuación básica del PND 2018-2022



Fuente: Elaboración propia con base en DNP

De otra parte, los **pactos transversales** "operan como habilitadores, conectores y espacios de coordinación que hacen posible el logro de una mayor equidad de oportunidades para todos" ¹⁰. Son dinamizadores del desarrollo y ayudan a enfrentar los riesgos que se pueden presentar en nuestra apuesta por la equidad de oportunidades. Estos pactos son:

- Pacto por la sostenibilidad: producir conservando y conservar produciendo
- Pacto por la ciencia, la tecnología y la innovación: un sistema para construir el conocimiento de la Colombia del futuro
- Pacto por el transporte y la logística para la competitividad y la integración regional
- Pacto por la transformación digital de Colombia: Gobierno, empresas y hogares conectados con la Era del Conocimiento
- Pacto por la calidad y eficiencia de servicios públicos: agua y energía para promover la competitividad y el bienestar de todos
- Pacto por los recursos minero-energéticos para el crecimiento sostenible y la expansión de oportunidades
- Pacto por la protección y promoción de nuestra cultura y desarrollo de la economía naranja
- Pacto por la Construcción de Paz: Cultura de la legalidad, convivencia, estabilización y víctimas
- Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom
- Pacto por la inclusión de todas las personas con discapacidad
- Pacto de equidad para las mujeres
- Pacto por una gestión pública efectiva
- Pacto por la descentralización: conectar territorios, gobiernos y poblaciones

¹⁰ Op.Cit. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad.

La apuesta territorial se concreta en los pactos a escala regional y subregional, que representan la ruta de trabajo conjunta y articulada para el cuatrienio, con acuerdos específicos entre la Nación y las administraciones locales y regionales, y que conforman la ruta de implementación que permite habilitar la apuesta de legalidad y emprendimiento para el logro de la equidad en todo el territorio colombiano.

Estos pactos incluyen los proyectos estratégicos identificados en múltiples espacios de diálogo y concertación con las regiones, que permitirán dinamizar las economías regionales según su vocación y potencial y fomentar el desarrollo social y la equidad de oportunidades. Los **pactos regionales** son:

- Pacífico: Diversidad para la equidad, la convivencia pacífica y el desarrollo sostenible
- Caribe: Por una transformación para la igualdad de oportunidades y la equidad
- Seaflower Región: Promover el cuidado del ambiente teniendo en cuenta la protección a los ecosistemas, el impulso de negocios verdes y el uso de fuentes de energía alternativas
- Región Central: Centro de innovación y nodo logístico de integración productiva nacional e internacional
- Santanderes: Eje logístico, competitivo y sostenible de Colombia
- Amazonia: Por un desarrollo ambientalmente sostenible
- Eje Cafetero y Antioquia: Conectando para la competitividad y el desarrollo logístico sostenible
- Orinoquia/Llanos: Conectando y potenciado la despensa sostenible con el país y el mundo
- Océanos: Colombia potencia bioceánica

En lo correspondiente a la construcción del capítulo (o línea) de salud, se adelantó un trabajo de manera coordinada entre el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en su rol de cabeza de sector. Bajo los principios de **legalidad**, **emprendimiento** y **equidad** liderados por el Sr. presidente de la República, Dr. Iván Duque Márquez, para continuar transformando el sistema de salud, que las personas tengan más y mejores servicios, con calidad, cerrar brechas y llegar a los más vulnerables.

En este sentido, el objetivo central del planteamiento del Ministerio de Salud y Protección Social para el periodo 2020 – 2022 es el de mejorar el estado de salud de la población de forma equitativa y sostenible, lo que incluye centrar el sistema de salud en las personas y el paciente como parte central de todas las políticas y acciones en materia de salud, inducir la transparencia para evitar cualquier nivel de corrupción al interior del sector, y sensibilizar en función al usuario, la práctica profesional a través del trabajo conjunto con el talento humano en salud con sentido de respeto, apoyo y acompañamiento en sus acciones.

El marco general para el desarrollo de estos objetivos es la Política de Acción Integral en Salud (PAIS) como parte del desarrollo esencial de la Ley Estatutaria que incluye la gestión del riesgo en salud, el desarrollo de estrategias territoriales, la implementación de rutas integrales de atención, la salud familiar, la consolidación del prestador primario con desarrollo de los servicios esenciales para el sistema, la conformación de redes integrales de servicio, la interoperabilidad a partir del desarrollo de la historia clínica y facturación electrónicas, el desarrollo de mecanismos de pago idóneos que permitan superar problemas financieros, la formación, práctica y

entrenamiento del talento humano en salud; la inspección, vigilancia, control y mecanismos de transparencia.



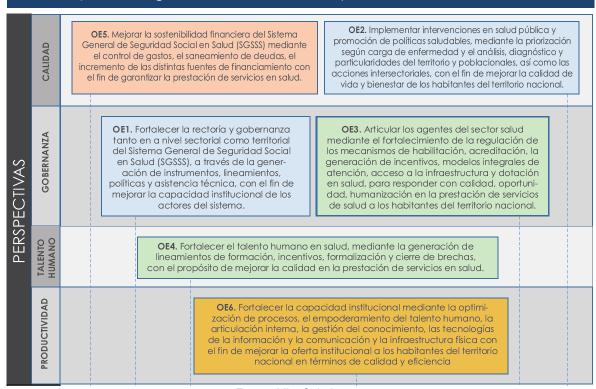
Fuente: Min. Salud 2.020

Con este marco estratégico, las acciones fundamentalmente se basan en cinco pilares o ejes orientadores así:

- visión sectorial de largo plazo,
- mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecimiento de la salud pública,
- desarrollo del talento humano en salud y
- recuperación y sostenibilidad del sistema.

De manera articulada con estas orientaciones, el capítulo de salud se encuentra contenido en el pacto estructural de equidad del Plan Nacional de Desarrollo, el cual Incluye unos objetivos y estrategias que deben constituirse como un mecanismo que acelere la inclusión productiva en un contexto de trayectorias dinámicas y que, a su vez, fijen como objetivo central el mejoramiento del estado de salud de la población y de su experiencia en el sistema, de manera equitativa y sostenible con la capacidad de gasto del país. Dicho lo anterior, la línea "salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos" plantea los siguientes objetivos para el sector, atendiendo al mapa estratégico del Ministerio de Salud y Protección Social:

Mapa Estratégico Ministerio de Salud y Protección Social 2018 - 2022



Fuente Min. Salud 2.020

Objetivos y estrategias en salud en el PND 2018-2022					
Objetivo	Estrategia(s)				
1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	 a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia 				
2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	 a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables 				
3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa				

Objetivo	Estrategia(s)	
	 e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones f) Incentivar la investigación en salud 	
4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad	a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población	
5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud	 a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud 	
6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos	a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector	

Fuente: Elaboración propia Minsalud-OAPES con base en DNP. Documento bases del PND.

El Ministerio de Salud y Protección Social también trabaja desde distintas líneas y estrategias intersectoriales dentro de este mismo pacto de equidad del PND, así:

Objetivos y estrategias. Salud en otros pactos del PND 2018-2022

Línea	Estrategia(s)
Primero las niñas y los niños: desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia	Prevención de embarazo adolescente, uniones tempranas
Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos	Alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población, con énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas Modos y estilos de vida saludable
Trabajo decente, acceso a mercados e ingresos dignos: acelerando la inclusión productiva	Ampliación de la cobertura de riesgos laborales y mejor seguridad y salud en el trabajo
Juventud naranja: todos los talentos cuentan para construir país	Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
Educación de calidad para un futuro con oportunidades para todos	Prevención de la malnutrición, competencias socioemocionales

Línea	Estrategia(s)
	Factores protectores para la prevención de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, violencia y convivencia
Dignidad y felicidad para todos los adultos	Envejecimiento activo
mayores	

Fuente: Elaboración propia Minsalud-OAPES con base en DNP. Documento bases del PND.

Por otro lado, el sector salud también está llamado a trabajar articuladamente en pro de otros pactos y líneas específicas del PND, así:

- Pacto por la legalidad, línea "Imperio de la ley y convivencia pacífica: justicia accesible, oportuna y en toda Colombia, para todos" (prevención del consumo de sustancias psicoactivas)
- Pacto por la construcción de paz, línea "Reparación: Colombia atiende y repara a las víctimas" (rehabilitación psicosocial)
- Pacto por la equidad de la mujer, línea "Educación y empoderamiento económico para la eliminación de las brechas de género en el mundo del trabajo" (promoción de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de las violencias sexuales)
- Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom, línea "Política social moderna y diferenciada para la equidad"
- Pacto por la inclusión de las personas con discapacidad
- Pacto por la sostenibilidad, línea "Sectores comprometidos con la sostenibilidad y la mitigación del cambio climático (calidad de aire, agua y suelo)"
- Pacto por el transporte y la logística, línea "Movilidad urbano-regional sostenible para la equidad y la competitividad (mitigación de la siniestralidad vial)"

La decisión a nivel del **Ministerio de Salud y Protección Social** ha sido la de construir sobre el modelo actual de salud, a pesar de la mirada crítica de líderes sectoriales y representantes del legislativo quienes piensan que se debe propender por un nuevo modelo de sistema de salud para Colombia, desconociendo logros obtenidos durante años. Bajo el desarrollo del actual sistema se han tratado de superar algunas dificultades de alineación política en el Congreso y entre los distintos actores del sector salud, que han impedido el avance en torno a una discusión de visión sectorial de largo plazo más fructífera. Sin embargo, se han liderado discusiones para buscar consensos a todo nivel, que permita introducir más reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre cuyos temas importantes por discutir están:

- Mayor alineación normativa del SGSSS con la Ley Estatutaria en Salud, en especial en cuanto al derecho a la salud, el plan de beneficios y su financiamiento.
- Unificación del Régimen Contributivo y Subsidiado en un solo régimen de salud.
- Regulación de la integración vertical en el marco del SGSSS; para separar el aseguramiento obligatorio (las Empresas Promotoras de Salud–EPS) y la prestación de servicios (Instituciones Prestadoras de Salud–IPS).
- Criterios para la conformación de las redes asistenciales territoriales con foco en el paciente, en la integralidad y continuidad de su atención.

- Fortalecimiento del gobierno del hospital público (juntas directivas y gerencias) y mejores condiciones laborales para el talento humano hospitalario.
- Marco de subsidios a la oferta y modelos especiales de salud para zonas rurales y rurales dispersas.
- Competencias de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) para las Secretarías Departamentales de Salud, en particular frente al funcionamiento del aseguramiento (EPS) y el cumplimiento en el flujo financiero en cada territorio.
- Afiliación, atención y derechos en salud de la población migrante.

2. Sostenibilidad financiera

El MSPS avanzó de manera significativa en la promesa del Gobierno Nacional de resolver deudas históricas que se habían acumulado a lo largo de los años, ocasionando en el sector una serie de incumplimientos e iliquidez que comprometía los servicios en salud y las instituciones. Los esfuerzos han sido múltiples y sus resultados son relevantes en el futuro.

2.1. Recuperación financiera del SGSSS

En materia de <u>recuperación financiera del sistema</u>, se resalta –en primer lugar– la estructuración e implementación del Acuerdo de Punto final, aprobado en la Ley del PND (i.e. Art. 237 y 238). Como antecedentes, hay que mencionar que se habían acumulado cuentas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, causadas a cargo del Estado en su nivel nacional (para el régimen contributivo) y territorial (para el subsidiado). Esta acumulación impacta la liquidez del sistema de salud e inciden en factores como la calidad y oportunidad de los servicios en salud, en la medida en que el comportamiento en el flujo de recursos asociados a este mecanismo termina limitando la capacidad de gestión del financiamiento corriente y la prestación del servicio.

Una de las causas de esta acumulación se debe a que a las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios en Salud–EAPB se les reconoce de manera ex ante solo lo que se financia a través de la UPC (i.e. mecanismo de protección colectiva) y que el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por ella se realiza en forma ex post (i.e. mecanismo de protección individual), tras surtir procesos de auditoría complejos y diferentes en cada régimen. Asimismo, por efectos del incremento en la demanda de los servicios que se financian por el mecanismo de protección individual¹¹.

Además de lo anterior, existen procesos de reconocimiento y pago distintos en ambos regímenes, lo que representa inequidad en el acceso a estos servicios y se ha constituido en una carga desigual para las entidades cobrantes y recobrantes, ya que los flujos y comportamientos en el pago varían según cada entidad territorial. De manera adicional, esta situación propicia la

11 Hay que tener en cuenta que la protección estatal integral del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 brinda garantía total del Plan de Beneficios al usuario por medio de tres mecanismos. Estos se clasifican de acuerdo con su naturaleza y financiación. Su trámite corresponde a la Entidades Promotoras de Salud (EPS) y no al afiliado, estos son: i) El mecanismo de Protección Colectiva, en el que se reconoce «ex ante» a un tercer pagador a través de un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación–UPC, para que garantice los contenidos en el Plan de Beneficios por medio de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario; ii) El mecanismo de Protección Individual dispuesto para atender las necesidades particulares de un individuo (a través de Mi Prescripción, "MiPres"); iii) Un Régimen de Exclusiones, el cual determina mediante un mecanismo técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente–PTC, aquellos servicios y tecnologías que, por cumplir con los criterios señalados en el Art. 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, no serán financiados con cargo a los recursos públicos.

existencia de múltiples interpretaciones sobre aspectos como: i) los contenidos del Plan de Beneficios en Salud-PBS; ii) los requisitos esenciales del cobro/recobro; iv) la llegada al país de nuevos desarrollos tecnológicos; y, v) los desarrollos jurisprudenciales respecto a la integralidad del derecho a la salud. Todo esto ha generado que en el sistema se mantengan deudas registradas o no aclaradas ya que las EABPS e IPS consideran que, al haber prestado los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC tienen derecho al pago. En consecuencia, utilizan procesos administrativos y judiciales para obtener el reconocimiento indexado y con intereses, lo que genera una mayor presión en el gasto.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, puso en marcha el diseño del acuerdo de punto final. Éste comprende estrategias para lograr de manera progresiva la conciliación y el saneamiento de la cartera entre los agentes del sistema de salud del orden nacional y territorial, la generación del flujo necesario para pagar las deudas asociadas a los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC, lograr cambios en las prácticas financieras del sector, promover el gasto eficiente, obtener una mayor estabilidad para los actores del SGSSS y prevenir una nueva acumulación de cuentas sin conciliar.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

En el marco de lo anterior se ha avanzado así:

- Se determinó el monto de la posible deuda nacional a partir de cruces de información con las EPS con mayores acreencias.
- Se definieron, identificaron, valoraron y clasificaron las posibles deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiada con la UPC, reconocible y no reconocibles.

- Se definieron los instrumentos legales necesarios para el saneamiento en el actual Plan Nacional de Desarrollo.
- Se desarrollaron mecanismos financieros para pagar y administrar la deuda Nacional (reglas de cofinanciación y operación para el pago de la deuda Nacional y cofinanciar la deuda territorial).
- Se trabajó en la definición de las metas, rutas y políticas requeridas para la racionalización de gasto eficiente y la optimización en el uso de los recursos a través de los cuales se garantiza el aseguramiento en salud y la consecuente prestación eficiente de los servicios de salud.

Producto de las labores adelantadas y para efectos de desarrollar las políticas públicas del acuerdo de punto final, se incluyeron las siguientes estrategias en la Ley del PND:

- En los artículos 237 y 238 se contemplaron las medidas de reconocimiento y pago de obligaciones por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC para generar liquidez para las EAPBS y entidades prestadoras, así como la implementación de estrategias conjuntas que permitan cambiar la manera de reconocer los servicios y tecnologías no financiados con la UPC. En el artículo 238 se habilitaron fuentes para el pago de las deudas territoriales.
- A través del Art. 231 se estableció que la Nación asumirá la competencia frente al pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del Régimen Subsidiado que se generen a partir del 1º de enero de 2020, como estrategia para evitar que las entidades territoriales continúen acumulando deudas asociadas a dicho concepto y así centren sus esfuerzos en lograr el saneamiento de la deuda acumulada de años anteriores.
- En el Art. 233 se estableció la distribución de los recursos del SGP incrementando el monto definido para la financiación el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- En el Art. 242 se contemplaron nuevas medidas de control del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Adicionalmente, se conformó un grupo de expertos y una ruta para el diseño del acuerdo de punto final y se estableció el cronograma de trabajo para la materialización de lo contenido en la Ley del Plan.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

 A corte 2020, los pagos realizados ascienden a \$1,2 billones en el sector, lo cual incluye el saldo de la liquidación de la extinta EPS Caprecom, la glosa transversal y la actualización del pago previo.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

 El Decreto para el Régimen Subsidiado fue firmado con 6 departamentos (Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Boyacá, Nariño y Caldas) y un distrito (Barranquilla). Estas entidades territoriales se encuentran listas para realizar su esfuerzo propio y recibir la concurrencia financiera de la Nación. Se proyectó el borrador del Decreto para el Régimen Contributivo, publicado para comentarios.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Además, en 2020 se avanzó en el esfuerzo de liquidez sectorial desde la Administradora de Recursos de la Salud (ADRES); los incrementos en giros frente al año anterior son del orden del 11% en recursos generales, 6% en el Régimen Contributivo, 14% en el Régimen Subsidiado y 33% en recobros.

2.2. Sostenibilidad financiera del SGSSS

Los desarrollos al respecto incluyen:

• La Ley 1949 de 2019 que fortalece la capacidad institucional de la Supersalud en materia de sanciones, redefine algunas de las competencias de la entidad y le da mayores herramientas para ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control (IVC).

Antes, la multa más alta impuesta a quien violaba un derecho en salud era de 2.500 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). En la actualidad, la Superintendencia puede imponer multas de hasta 8.000 SMLMV a entidades y hasta por 2.000 SMLMV a personas naturales. La Superintendencia también podrá sancionar hasta con 3.000 SMLMV, de manera

sucesiva, a una entidad que se niegue a cumplir una de sus órdenes. Estas multas también se le podrán imponer personas naturales se nieguen a cumplir una orden de la Superintendencia o que con sus acciones violen el derecho en salud de los colombianos.

La Supersalud podrá imponer sanciones a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. Los representantes legales y revisores fiscales podrán ser removidos de sus cargos por la Superintendencia cuando hayan ejecutado, autorizado o tolerado con dolo o culpa grave conductas que violan el régimen del sistema. Estas personas podrán ser inhabilitadas hasta por quince (15) años para ejercer cargos en el sistema de salud privado y público. Entre las conductas que son sancionables se encuentran: impedir u obstaculizar la atención de urgencias, incumplir con los beneficios que tienen derecho los afiliados, en especial lo relacionado con medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que están financiados en el plan de beneficios con cargo a la UPC. Cuando se compruebe que un vigilado cometió una infracción por culpa de otra entidad vigilada, la Supersalud incluirá a estas últimas en la investigación administrativa.

Además, se mantiene la facultad de la Superintendencia para revocar total o parcialmente la autorización de funcionamiento de una entidad vigilada, la suspensión del certificado de autorización y el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios.

Se amplía a cinco (5) años la facultad para que la Superintendencia imponga sanciones, con lo que se evita que un hecho prescriba sin que la entidad haya podido completar el proceso administrativo. La Supersalud también podrá conocer y fallar en derecho, con las facultades propias de un juez, cuando haya demandas por cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos financiados en el plan de beneficios financiados con cargo a la UPC, cuando su negativa por parte de las EPS (o entidades que se les asimilan) ponga en riesgo o amenace la salud del paciente.

- **Depuración de EPS deficientes**. Fueron liquidadas las EPS Comfacor, Cruz Blanca, Emdisalud y Saludvida y se realizaron revocatorias parciales en algunos departamentos para las EPS Comparta, Coomeva y Medimás. Los afiliados de estas EPS (2.596.867) fueron reasignados según Decreto 1424 de 2019 a cerca de 20 EPS receptoras.
- Aprobación de la Ley 1966 de 2019 por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Busca mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector; así mismo introduce decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.

 Incremento en la libertad de elección de los afiliados a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). Entre 2018 y 2020, se efectuaron 1.737.011 traslados de EPS de manera electrónica y en línea, a través de la página www.miseguridadsocial.gov.co, con un incremento de más del 225% en promedio durante la vigencia 2019.

El SAT fue creado por el Decreto 2353 (más conocido como "Decreto de Afiliación"). Posteriormente, mediante Resolución 768 de 2018 se adoptaron las condiciones de implementación. Es una medida fundamental para el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud—SGSSS. Consta de 9 módulos (identificación de personas, registro de aportantes, traslados, novedades de afiliación, novedades laborales, movilidad entre regímenes, traslados masivos, novedades en regímenes especiales y de excepción y acreditación de derechos) los cuales han entrado en producción de manera paulatina. Es un avance tecnológico fundamental, un sistema transaccional que refleja —en forma dinámica—los movimientos de los afiliados en el SGSSS, lo que permite disminuir las inconsistencias y duplicidades.

Como parte de esta implementación del sistema, se proyectó la inclusión de la funcionalidad del Sistema General de Riesgos Laborales dentro del SAT, para facilitar la interoperabilidad del Sistema de Seguridad Social Integral. Además, se avanzó en la estructuración del Sistema Único de Información de las Incapacidades en Colombia para identificar, entre otras prioridades, las prestaciones económicas a cargo de cada Sistema de la Seguridad Social y tener una clara diferenciación de los pagos que se deben hacer por este concepto en enfermedad general o enfermedad laboral. También se rediseñó la estructura para el transporte de la información y acceso a la Plataforma de Integración del Sistema de Información (PISIS) para la recepción de datos provenientes de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), relacionada con la cobertura de la población afiliada y la siniestralidad por entidad territorial. Además, se avanzó en la identificación de los casos de multi-afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y dar solución a las inconsistencias detectadas.

 Introducción de los Valores Máximos de Recobros (VMR) para reducir la variación en los precios recobrados ante la ADRES por medicamentos por fuera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Esta medida busca hacer más eficiente el gasto público, para que cada vez más los recursos de la salud se destinen a que los colombianos tengan un mayor acceso y calidad en estos servicios, base fundamental de la equidad. Los VMR permiten tener transparencia y trazabilidad para controlar las conductas de las EPS en el cobro de los servicios o medicamentos que se reciben por fuera del plan de beneficios con cargo a la UPC. Son fundamentales para la no repetición de deudas en el sector salud y mejoran el actuar de las EPS. La decisión aplica para EPS, IPS y las demás instituciones recobrantes que suministren a sus afiliados medicamentos y servicios que no están financiados por la UPC, los cuales se entregan a través de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES y se cobran a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Mediante las Resoluciones 1019 y 3078 de 2019 se fijaron valores máximos de cobro y recobro que pueden solicitar las entidades ante el Gobierno Nacional por los medicamentos y las tecnologías en salud que no están financiados por la UPC. Previamente se había definido una metodología (a través de las Resoluciones 243 y 738 de 2019) y con ello se aplicó una fórmula técnica y justa a los montos máximos que cobran las EPS e IPS por grupos terapéuticos relevantes. Anteriormente, **había gran dispersión** por los valores que, por ejemplo, las EPS cobraban al sistema de salud por un mismo medicamento administrado a un paciente. Cerca de 1.600 medicamentos hacen parte de un primer conjunto. Dentro de este grupo están los que se emplean para controlar el colesterol, antigripales y analgésicos. A finales del año anterior, mediante Resolución 3514 de 2019 se actualizaron los VMR para la vigencia 2020.

Se calcula un ahorro del 20% en 2020, frente al valor recobrado en 2019.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Presupuestos máximos

En cumplimiento del Art. 240 de la ley del PND, se avanzó en una propuesta de **transformación de los recobros** (por servicios por fuera de la UPC) por pagos prospectivos, o sea **presupuestos máximos** o "techos" que llevarán al sector por la senda de cumplimiento de la Ley Estatutaria y de los fallos de la Corte Constitucional. Así, los Presupuestos Máximos significan una de las mayores transformaciones del sistema de salud en la última década. Las EPS mediante el mecanismo de recobros gestionaban ante el sistema de salud el pago de los servicios prestados y medicamentos entregados no financiados por la UPC. Estos recobros venían creciendo de manera acelerada en los últimos años. Solo en 2019, el sistema de salud pago más de \$4,5 billones por este concepto.

El Ministerio ahora entregará un presupuesto máximo a las EPS el cual se transferirá mensualmente junto con la UPC para el cubrimiento y contratación de todos los servicios y medicamentos que requieren los colombianos. Las EPS serán las encargadas de gestionar y administrar los recursos para servicios y medicamentos no financiados con cargo a la UPC. Constituyen una gran oportunidad para que las EPS puedan contratar y garantizar a los ciudadanos todos los servicios y tecnologías que requieren generando eficiencia y control de gasto.

Desde marzo de 2020, se inició la transferencia de montos de Presupuestos Máximos, los recobros solo quedarán para medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles para los medicamentos adquiridos a través de compras centralizadas y para los que requieran las personas diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana en 2020.

Para ello, Minsalud realiza un ejercicio técnico basado en información histórica de los recobros, de las frecuencias de uso los servicios y tecnologías en salud que han sido entregados a los habitantes de Colombia, fija un factor de crecimiento y que establece los Presupuestos Máximos (hoy Resoluciones 205 y 206 de 2020).

Por su parte, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), implementará un sistema de seguimiento a la ejecución de los recursos transferidos a las EPS por concepto de Presupuestos Máximos para garantizar la suficiencia de los recursos y con ello la prestación de los servicios de salud a los colombianos.

Con esta medida, junto con los VMR, el Gobierno Nacional evita la repetición de las deudas y avanza en la implementación de la Ley Estatutaria que determinó que la salud es un derecho fundamental de todos los colombianos y que su acceso no debe depender de la fuente de financiación.

Alistamiento para la recentralización en la Nación de los servicios y tecnologías por fuera de la UPC en el Régimen Subsidiado y MIPRES

Teniendo en cuenta que la Ley 1955 de 2019 del PND centraliza la competencia verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado en la Nación a partir del año 2020, la implementación de la herramienta de prescripción "MIPRES" permite estandarizar procesos al interior de las EPS, IPS y proveedores. Esto con el fin de que las prestaciones realizadas sean reconocidas a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud–ADRES una vez iniciada la vigencia 2020.

La implementación de "MIPRES" cambió el modelo de gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, al eliminar el proceso para su autorización ante el Comité Técnico Científico—CTC. Lo anterior se ha traducido en una disminución de los tiempos de entrega de estos servicios y tecnologías.

Para la implementación de esta herramienta en el régimen subsidiado se ha desarrollado una estrategia de asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades en las entidades territoriales. Así, se brindó asistencia para la definición del proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro derivadas de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, con el fin de mejorar el proceso de auditoría para que, a través de reglas claras de operación e implementación, se generen los pagos a los prestadores y se eliminen las barreras que se traducen en demoras en el suministro de estos servicios y tecnologías.

Adicionalmente, a través de capacitación se unificó el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, eliminando brechas regionales. Desde octubre de 2019, se logró el 100% en la adopción de la herramienta por parte de las entidades territoriales, es decir que se ha implementado en los 32 departamentos y 4 distritos: Bogotá, D.C., Barranquilla, Buenaventura, Cartagena y Santa Marta.

Profundización y fortalecimiento de la Política Farmacéutica

Teniendo en cuenta que el control de precios es una herramienta legítima del Estado para mejorar el acceso, fomentar mejores resultados en salud y avanzar en equidad, años atrás el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos—CNPMDM implementaron los controles de precios que han buscado realizar una contención del gasto en medicamentos, especialmente en aquellos que más impactan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través del mecanismo de recobro. Incluye una metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos en Colombia y, a partir de una serie de criterios de concentración, nivel de precios y participación en el mercado, decide la incorporación o no de un medicamento al régimen de control directo. Esta metodología establece los precios de regulación en el punto mayorista de la cadena de suministro, sin distinción de canal de comercialización, es decir, institucional y comercial. A partir de ello se regularon miles de medicamentos, los cuales presentaron reducciones promedio del orden de 50% de su precio, lo que ha significado ahorros para el SGSSS calculados en cerca de billón de pesos anuales, los cuales pueden reinvertirse en la salud de los habitantes de Colombia.

En particular, en 2018 se realizaron dos procesos regulatorios en los que se incorporaron al régimen de control directo cerca de 900 presentaciones comerciales, estimando ahorros de \$360 mil millones, a través de la Circular 7 de 2018¹² y la Circular 8 de 2018¹³.

En 2019 se avanzó en la regulación de más mercados relevantes (hoy Circular 10 de 2020), incluyendo algunos en el canal comercial. Entra en vigencia el 28 de marzo de 2020. El ahorro estimado de esta regulación es de \$320 mil millones y una disminución promedio del precio del 49%. El ahorro calculado incluye un ajuste del índice de precios al consumidor para

¹² Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones"

^{13 &}quot;Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018"

medicamentos que fueron regulados en el pasado, buscando un equilibrio que implica reconocer que el costo de vida ha subido y, por lo tanto, regulaciones de años anteriores debían ser ajustadas.

La nueva regulación incluye **770 presentaciones comerciales** de fármacos para tratamientos como: diabetes, enfermedades respiratorias, óseas, oncológicos, desordenes metabólicos, afecciones cardiacas, oftalmológicos y urológicos, que se vendían en el país por encima de los precios de referencia internacional. La selección de medicamentos que entran a control de precios se hace analizando la información reportada al Sistema de Información de Precios de Medicamentos—SIMED, las solicitudes de cobro o recobro hechas a la ADRES y medicamentos nuevos que no han sido regulados.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

En algunos casos, de acuerdo con la nueva regulación, los precios que paga el sistema de salud por estos medicamentos se reducirán hasta en 84%. Aunque la regulación se orienta a puntos mayoristas, los colombianos podrían beneficiarse al acudir a las farmacias. Por eso se insiste en la autorregulación que debe tener la industria farmacéutica al fijar precios en Colombia, para que genere mayor acceso y equidad. En la lista aparecen los medicamentos de la mayor tecnología para el cáncer y otras enfermedades de alto costo, huérfanas y degenerativas, entre otros, que suelen ser los más costosos para el sistema. Está por ejemplo el Spinraza/Nusinersen, considerado como uno de los más costosos del mundo y que se usa para tratar la atrofia muscular espinal (AME) progresiva –una enfermedad rara–. Su precio promedio en Colombia era de \$346,6 millones por dosis y ahora no podrá venderse a más de 256 millones de pesos/dosis. Otros ejemplos son los antidepresivos como el Effexor, que pasa de \$40.975 a \$2.903; o el Harmetone, para patologías gástricas, que pasa de \$33.792 a \$3.146. Por primera vez se incluyeron al control de precios 4 medicamentos indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente, no disponibles en el país o con cantidades que no son suficientes; tres (3) para enfermedades huérfanas y uno (1) para cáncer.

A la fecha se han sometido a control de precios cerca de 2.487 presentaciones comerciales de medicamentos que en 2020 generaron ahorros de \$1,2 billones.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

También se avanzó en una nueva metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos, se expidió la guía de comparabilidad para biosimilares y se dio continuidad a las compras centralizadas de medicamentos. Las compras centralizadas de medicamentos contra la hepatitis generaron ahorros al sistema de salud por \$82.061 millones en 2019, lo que se suma a los ahorros por \$39.206 millones generados con la orden de compra de 2018, efectuada también durante el presente gobierno.

Finalmente, en materia de sostenibilidad financiera del Sistema:

 Se tuvieron algunos avances en el desarrollo de los subsidios (o contribuciones) parciales en el aseguramiento, en cumplimiento del Art. 242 de la ley del Plan Nacional de Desarrollo.
 Se avanzó en la estructuración de dos (2) créditos con la banca multilateral (BID y Banco Mundial) por US\$150 millones cada uno, por primera vez atados a resultados sectoriales en mejoramiento de la calidad y sostenibilidad financiera. Incluyen el compromiso de recursos de donación del orden de US\$50 millones.

2.3. Actualización del mecanismo de protección colectiva y la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

En materia de la protección colectiva, años atrás se avanzó en la unificación de los planes de beneficios del sistema¹⁴. Sin distingo de clases, todos pueden acceder a un mismo plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial. Durante el 2019 se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios, así como a la actualización y ampliación del mismo.

Por mandato de la Ley 1438 de 2011, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –o PBSUPC– correspondiente para la vigencia 2019 se había actualizado integralmente el año inmediatamente anterior (Res. 5857 de 2018), ampliándose mediante la **inclusión** de 60 principios activos para la atención de 19 condiciones de salud y realizándose aclaraciones para 34 procedimientos.

Por su parte, la UPC se fundamenta en el estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste para su cálculo. Es el instrumento técnico esencial para verificar el equilibrio en la asignación de los recursos disponibles al aseguramiento en salud y cubrir adecuadamente la prestación de los servicios y tecnologías que conforman el Plan de Beneficios. El estudio aporta a dos de las grandes metas del sistema: el mejoramiento del estado de salud de la población y los desenlaces clínicos individuales y la sostenibilidad. Lo hace en virtud de los análisis de cada uno de los regímenes de afiliación de manera independiente, en términos de fuentes de financiación, costos, según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos. El MSPS, con base en la información recolectada por los diferentes actores en salud, calcula más de 150 primas de aseguramiento colectivo, con valores diferenciales por zona geográfica, grupos de edad, sexo y teniendo distinciones preferenciales para los niños menores de un año, adultos mayores de 70 y mujeres entre los 19 y 44 años, en virtud de un mayor riesgo para estas poblaciones.

A la par del Plan de Beneficios actualizado para 2019, la UPC para esa vigencia contó con un incremento de 5,31 por ciento para el régimen contributivo y **9,40% para el régimen subsidiado** en comparación con el año inmediatamente anterior. Como resultado del incremento, la UPC del régimen contributivo pasó de \$804.463,20 en 2018 a \$847.180,80 en 2019. Además, se reconoció una prima adicional de 10 por ciento a 363 municipios catalogados en zonas dispersas y una de 9,86% adicional para 32 ciudades. En el caso del régimen subsidiado, la UPC pasó de \$719.690,40 en 2018 a \$787.327,20 en 2019 y se reconoció una prima adicional de 11,47% para los 363 municipios catalogados como zonas dispersas y una del 15% para 32 ciudades. A San Andrés, Providencia y Santa Catalina se le asignó una prima adicional del 37,9 por ciento. Además, se avanzó en la igualación de la prima pura (sin tener en cuenta los gastos de administración) del régimen contributivo y el subsidiado. Con lo anterior y en el mismo camino de unificar los regímenes de salud en el marco de las sentencias de la Corte Constitucional, **el valor de la prima**

4

¹⁴ 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. Es así como buena parte de los esfuerzos de años anteriores se centraron en la unificación y actualización de estos planes. En este sentido, varias normas expedidas permitieron la unificación total del plan en materia de beneficios. Hoy, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

pura del régimen subsidiado pasó a ser equivalente al 95% de la del contributivo. Hasta el año inmediatamente anterior, esta relación era de 91,45%.

Más recientemente, con la Resolución 3512 de 2019 se actualizaron nuevamente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC como mecanismo de protección colectiva y se establecieron los servicios y tecnologías de salud que deberán ser garantizados en el año 2020 por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por tal normatividad. A su vez, la Resolución 3513 de 2019 definió un incremento de la prima del 5,36% a partir del año 2020, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Para el caso del contributivo, la UPC pasa de \$847.180,80 a \$892.591,20 y se reconoce una prima adicional de 10 por ciento a los 363 municipios catalogados en zonas dispersas, del 9,86% para 32 ciudades y distritos. A San Andrés y Providencia se le reconoce una adición del 37,9% en ambos regímenes. En el régimen subsidiado la UPC pasa de \$787.327,20 a 829.526,40; se otorga un incremento adicional de 11,47% para los 363 municipios ubicados en zonas geográficamente dispersas, del 15% para 32 ciudades y distritos y se reconoce un incremento del 4,81% a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas—EPSI.

Por primera vez hay un porcentaje de esta UPC destinado exclusivamente a cumplir progresivamente con las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la Resolución 3280 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud–RIAS.

En materia de **telemedicina**, se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en la Resolución 3512, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutividad en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina establecidos en la **Resolución 2654 de 2019** (o la norma que la modifique o sustituya).

Además, con la Resolución 3512 de 2019, sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud de tal acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con cargo a la UPC, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- 1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento. rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- 2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- 3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico. hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- 4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- 5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con

- recursos de la UPC, señalados en el Art. 154 de la Ley 1450 de 2011 y el Art. 15 de la Ley Estatutaria de Salud
- 6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al Art. 9 de la Ley 1751 de 2015.
- 7. Tecnologías y servicios excluidos explicita mente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017.

2.4. Exclusiones

Este es un mecanismo desarrollado para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema, de conformidad con los criterios establecidos en el artículo ya mencionado. Así las cosas, todo servicio 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.

La LES estableció en su Art.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:

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

El mecanismo de exclusión debe constar en un Procedimiento Técnico-Científico (PTC), de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En las vigencias anteriores y de manera posterior a la realización de talleres para la elaboración de este mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica, el MSPS –mediante la Resolución 330– concretó el procedimiento para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por los motivos expuestos anteriormente.

Como se dicta en esa 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. Aunque el plazo para la decisión final es variable, el promedio es de unos ocho meses una vez cerrada la convocatoria. El mecanismo goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud. 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 mecanismo desarrolla sesiones técnico-científicas de expertos y consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía para el procedimiento de exclusiones

Toda la información sobre el desarrollo del procedimiento técnico-científico se puede conocer en el registro de participación ciudadana, MiVox-Pópuli, en la página web del Ministerio: https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/logica/frmdefault.asp

Con la **Resolución 244 de 2019** y en aplicación de la Resolución 330, se definió un listado de 57 servicios y tecnologías que están excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. Este listado incluye, 14 exclusiones producto del último proceso y las 43 establecidas en el anterior.

3. Atención Integral en Salud

3.1. Salud pública

Los servicios de vacunación son un componente esencial de los servicios de salud y se deben mantener mientras las medidas de respuesta al COVID-19 lo permitan, lo que para el programa ha sido un reto, ya que ha generado la reorganización y replanteamiento de las estrategias y tácticas de vacunación en el territorio nacional y de esta manera minimizar el riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que resultarían si los servicios de inmunización fueran interrumpidos en su totalidad.

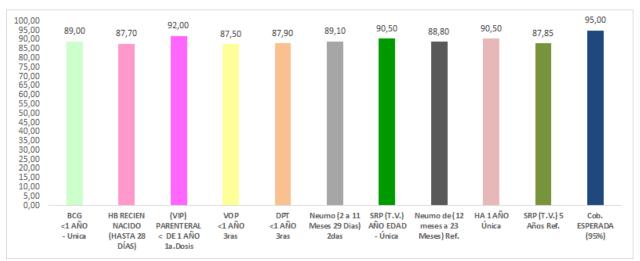
Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Vacunación

Para el año 2020 se incorporaron recursos para el programa por un monto de \$354.979 millones, dirigidos a garantizar la adquisición, almacenamiento y distribución de vacunas e insumos, así como la reingeniería del sistema de información y el talento humano. Para el año 2021 se han incluido más de \$433.442 millones de los cuales se ha dirigido específicamente para la compra de biológicos e insumos de vacunación un poco más de \$409.710 millones.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores a diciembre de 2020 quedaron en 87,9% para pentavalente (3 dosis) para población menor de un año y en 90,5% para triple viral (al año de edad). Teniendo en cuenta que la cobertura esperada para los biológicos del programa es del 95%, dichas cifras se encuentran por debajo de lo esperado.

Este comportamiento de las coberturas se relaciona en gran medida con los efectos de la pandemia por COVID-19, las medidas adoptadas para disminuir el riesgo de transmisión (entre las cuales se encontraban el aislamiento obligatorio establecido a partir del 25 de marzo y hasta el 31 de agosto), y el nuevo denominador poblacional que para dicha vigencia correspondía a las proyecciones de población 2020 del Censo DANE (realizado en 2018) y que, comparadas con el año inmediatamente anterior, muestran un incremento para la mayoría de municipios del país.

Grafica Resultados de Coberturas Nacionales de Biológicos, diciembre de 2020



Fuente: Cálculos propios Minsalud-Dirección de Promoción y Prevención-Grupo PAI

Durante los últimos años, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados y con efectividad demostrada. Eel esquema de vacunación colombiano se ha mantenido como uno de los mejores de la región y del mundo, con un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

Para 2020, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices sobresalientes. En específico, se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 94,5% y de 93,5% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos). También, se ha reiterado el compromiso frente a la certificación de la erradicación mundial de la poliomielitis, donde Colombia continúa manteniendo el status de la erradicación y con ellos avanza en el retiro gradual de las vacunas orales contra la poliomielitis realizando a partir del 1ro de abril de 2.020 el cambio de la tercera dosis de vacuna oral a vacuna inactivada.

Respecto a Fiebre Amarilla, se ha dado continuidad a la búsqueda de susceptibles en las diferentes entidades territoriales (Cohortes de nacidos entre 2009 y 2018) dentro del marco de la Pandemia del COVID-19 y se desarrolla la inmunización de los niños de 12 a 23 meses de edad con única dosis de vacuna contra la FA, dentro del esquema de vacunación permanente del PAI a nivel nacional.

Por otro lado, como parte de la gestión del programa, se han emitido los siguientes lineamientos: Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Colombia 2020. V2. Julio de 2020, Lineamientos del plan estratégico de intensificación de la vacunación en Colombia. Septiembre — diciembre 2020, Lineamiento de Primera Jornada Nacional de vacunación. Enero 2021, Lineamiento de segunda jornada nacional de vacunación — la 19ª semana de Vacunación en las Américas (SVA), en el marco de la pandemia del COVID- 19. abril 2021, Lineamientos de vacunación contra influenza estacional cepa sur 2021.

Respecto a los procesos de coordinación y alianzas estratégicas, se ha continuado con la gestión y articulación ínter programática, intra e intersectorial, para mejorar la atención integral en salud de la población, con actores aliados como: Procuraduría, Defensoría del Pueblo, Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Personerías, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Policía de Infancia, Ministerio de Educación, Secretarías de Educación, Registraduría, Comisarías de Familia, Iglesias, Pastoral Social, ONG´s, sociedades científicas y académicas, entre otros, promoviendo el desarrollo de capacidades comunitarias y el posicionamiento del programa en la agenda política.

En cuanto al sistema de información, se realizó la contratación con la Agencia Nacional de Desarrollo -AND para la etapa de desarrollo de los siete (7) módulos que componen el sistema PAIWEB 2.0, la migración de la información al nuevo sistema, la estabilización y el acompañamiento a la implantación del nuevo sistema de información, procesos que se están llevando a cabo en la actualidad.

Desde el componente de cadena de frío se han realizado diferentes acciones de fortalecimiento tanto de equipos, como de mejoramiento de infraestructuras que permitan garantizar las condiciones de almacenamiento de las vacunas. Se ha puesto en funcionamiento los centros de

acopio de vacunas de los departamentos de Boyacá, Bolívar, Cauca y Choco los cuales fueron construidos con la cofinanciación de recursos de este Ministerio. Se realizó la calificación de los cuartos fríos y la zona seca del almacén del Ministerio de Salud y Protección Social donde se involucraron las etapas de: Calificación Operacional (OQ), de Desempeño (PQ) y de instalación (IQ) y la calificación de la zona seca de almacenamiento de los insumos del programa, lo anterior conforme a la Resolución 1160 de 2016, expedida por este Ministerio al. Se entregaron 10 refrigeradores solares combinados con congelador a los departamentos de Amazonas, Antioquia, La Guajira, Cartagena, Cauca, Córdoba, Choco, Magdalena y Nariño, para fortalecer la red de frío de las zonas rurales dispersas del país. Se realizó la adquisición de 3.070 dataloggers de temperatura para el monitoreo durante el transporte de las vacunas.

Además, en materia de vacunación se logró:

- El reconocimiento mundial a Colombia por el esfuerzo y los resultados obtenidos en la prevención de sarampión y la rubeola. La Organización Mundial de la Salud (OMS), entregó a Colombia un premio que reconoce el compromiso de Colombia y del Ministerio de Salud y Protección Social con la Iniciativa de Eliminación contra el Sarampión y la Rubeola. Este reconocimiento cobra especial importancia por los esfuerzos particulares que se han tenido frente a la presión migratoria desde Venezuela; hay que anotar que desde 2018 se introdujo la dosis cero de la vacuna contra el sarampión para proteger de esta enfermedad no solo a la población colombiana sino a los migrantes.
- La recuperación de las coberturas de vacunación contra del Virus de Papiloma Humano (VPH), pasando de menos del 10% a valores del 30%. Tan solo en 2020 se aplicaron cerca de 150 mil dosis de la vacuna contra el VPH que previene el cáncer de cuello uterino (que es la cuarta causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres en Colombia).



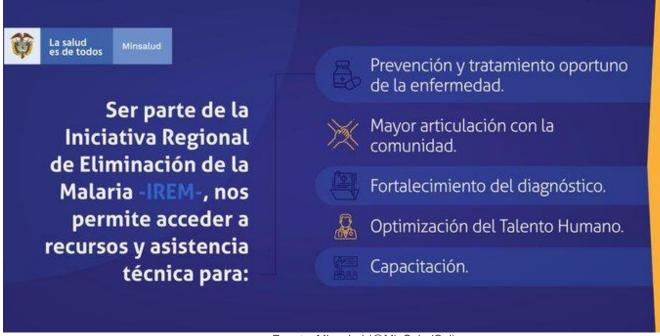
Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

- Movilización de múltiples donaciones internacionales para apoyo en la atención a migrantes. Además, en 2019 se incrementaron en un 100% los recursos transferidos a 33 entes territoriales (secretarías de salud departamentales y municipales) para apoyar la atención en salud de la población migrante.
- Colombia lideró la expedición de la Tarjeta Unificada de Vacunación para la región que busca unificar el esfuerzo en protección de la población migrante venezolana y que ya es

usada por más de una docena de países. Sirve para atender de una forma más eficiente a los migrantes que viajan por la región y proteger su salud y las de las poblaciones por donde transitan. Además, fortalece los sistemas de información, evita la revacunación durante el tránsito en los países de la región y permite detectar más fácilmente aquellas dosis que deben ser aplicadas.

Ingreso del país a la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria-IREM

El ingreso a la IREM representa apoyo técnico y financiero para enfrentar cerca del 60% del total de la carga de la enfermedad por esta patología. Ser uno de los 10 países que conformar la IREM permite recibir asistencia técnica, y recursos del orden de USD \$2,4 millones que sumados a la contrapartida que hacen los municipios, por USD \$7,3 millones sirven para realizar acciones de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y promoción y prevención de la malaria. Es financiada en parte por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Fondo Mundial, la Fundación Carlos Slim y administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la *Clinton Health Access Initiative* (CHAI), el Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana y con el Proyecto Mesoamérica.

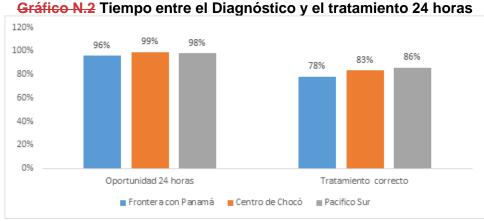


Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Con esta iniciativa se pretende lograr la reducción de un 75% de la malaria en 6 municipios de los departamentos de Chocó (Quibdó, Atrato, Lloró, Medio Atrato, Rio Quito y Bagadó), el distrito de Buenaventura (Valle del Cauca) y Tumaco (Nariño), así como la eliminación de la malaria en 4 municipios de frontera con Panamá pertenecientes al Chocó (Acandí, Juradó, Rio sucio y Unguía), desarrollando acciones desde el 2019 hasta el 2022 (año en que finaliza la

IREM). Se llevo a cabo la firma del pacto con los gobernadores y alcaldes de los territorios a trabajar y el convenio tripartito entre la Agencia Presidencial de Cooperación, Banco Interamericano de Desarrollo y Minsalud. Se avanzó en toda la planeación y talleres para focalizar áreas y acciones en los municipios a intervenir y se ajustó el manual operativo del proyecto específico para Colombia. Lo anterior para garantizar la adecuada ejecución de la iniciativa con el fin de lograr las metas mencionadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizo entrega de Toldillos Impregnados de Larga Duración (TILD) a los territorios IREM, 56.950 al Departamento de Chocó de los cuales se han instalado 3.840. Al Distrito de Buenaventura 25.500 de los cuales se han instalado 1437 y al departamento de Nariño 40.000 de los cuales se han instalado 1.500 en el municipio de Tumaco. Esta actividad de instalación de TILD en las viviendas de los municipios IREM, se vio afectada y limitada con la emergencia sanitaria de la COVID 19, por el distanciamiento y aislamiento social. Como respuesta se cuenta con cronograma la entrega y cumplimiento de meta en Instalación de TILD en cada municipio de la IREM.



Fuente: Información base FTP MSPS a SE 19

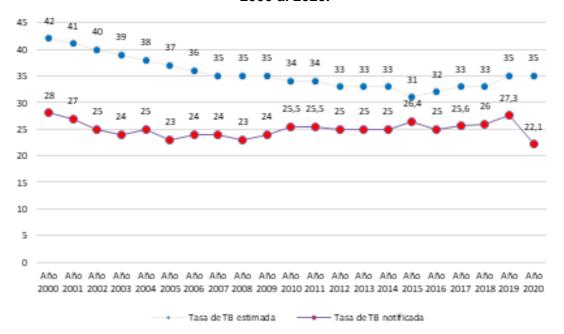
Respecto a las Pruebas de Diagnóstico rápido (PDR), el Ministerio de salud y protección social realizo la compra para el departamento de Chocó de 6.400, de las cuales se han utilizado 982. Para el Distrito de Buenaventura de 2.400 donde se han utilizado 1.400 y para el Distrito de Tumaco 5.000 con uso de 3.350.

Tuberculosis.

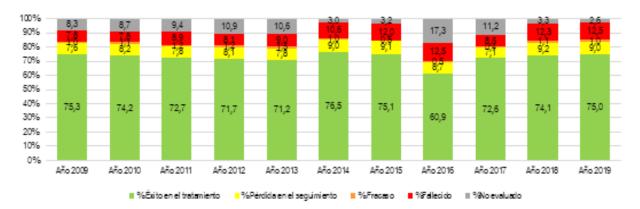
Para el año 2020 se reportaron en Colombia 12.582 casos de TB todas las formas, clasificados en un 84,4% como tuberculosis pulmonares y 15,6% extrapulmonares. Se registró una disminución comparativa del 15,4% con relación a los 14.886 casos registrados en el año inmediatamente anterior, como consecuencia de la baja captación de sintomáticos respiratorios y baja consulta de la población a los servicios de salud dado a efectos de la pandemia por Covid 19.

En el 2020 se registró una tasa de incidencia de 22,1 casos por cada 100mil habitantes, una tasa de mortalidad de 2,1 casos por cada 100mil habitantes y de 0.63 casos por cada 100mil habitantes de TB resistente a fármacos. Según distribución por sexo la enfermedad se reportó un 65,8% de casos en hombres y 34,2% en mujeres; de estos casos el 2,6% casos fueron en niños menores de 14 años. Se presenta una importante concentración de casos en la población entre 29 a 59 años en un 45,8%, en mayores de 65 años un 18%.

Tasa de incidencia de casos de TB en Colombia (nuevos y recaídas) x 100mil hab. Años 2000 al 2020.



Tasa de incidencia de casos de TB en Colombia (nuevos y recaídas) x 100mil hab. Años 2000 al 2020.



Fuente: MSPS. PNPCT. Global TB Report. 2000-2020. Año 2020* datos preliminares

De igual forma, se registró una distribución de casos de TB del 6,6% en privados de la libertad, 5,0% indígenas, 5,9% migrantes, 4% habitante de calle, 2,1% trabajadores de la salud. En cuanto a comorbilidades el 13,3% de los casos de TB estuvo asociado a desnutrición, 13,1% asociado a VIH, 8,9% de casos de comorbilidad de TB y Covid-19, 7,4% TB y diabetes, 6% TB y EPOC.

Enfermedad de Chagas

Frente a la Letalidad de Chagas Agudo se observa una reducción de la letalidad por enfermedad de Chagas agudo de 65,3%, siendo esta del 5,3 % para el periodo mencionado en comparación con 2008 – 2012. La letalidad la aporta principalmente los brotes por transmisión oral los cuales no son erradicarles por que se deben al ciclo enzootico de la enfermedad. La letalidad puede variar según el número de casos en cada brote, y el aumento observado en algunos de ellos obedece a nuevos escenarios de transmisión, por ejemplo, Atlántico, Sucre y Chocó.





Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- Informes INS.

Tasa de mortalidad por letalidad de Changas Agudo. Colombia, 2008 - 2020.

Letalidad por	enfermedad de Chagas agudo 2008 -2021						
		_	Letalidad	Reducció			
Periodo	Casos	Muertes	*100	n			
2008-2012	91	14	15.4	-			
2013-2017	187	9	4.8	68.7			
2018-2020	85	6	8.5	54.1			
2013-2020	272	15	5.8	64.2			

Fuente: Sivigila INS corte periodo epidemiologico 13 Semana 53

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- Informes INS.

Entre el año 2013 y 2019, la Organización Panamericana de la Salud genera un concepto favorable de interrupción de la transmisión vectorial por *R Prolixus* domiciliado en 66 municipios de los departamentos de Arauca, Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Santander, Norte de Santander y Vichada, beneficiando a 686000 personas en los 67 municipios intervenidos. La transmisión vectorial es considerada la forma que aporta más en la incidencia de casos; actualmente se continua el proceso de interrupción en 48 municipios adicionales que incluye además los departamentos de Meta y Tolima, beneficiando 768,448 personas

Desnutrición Aguda

<u>Se da continuidad al plan de acción contra la desnutrición aguda Ni1+,</u> el cual contempla la implementación de 5 línea de acción, lo cual ha permitido lograr los siguientes resultados:

- Reducción del 34.2% en la notificación de mortalidad por y asociada a desnutrición aguda en menores de 5 años año 2019 – 2020 (214 casos 2019 vs 325 casos 2020). Fuente Sivigila semana 53 de 2020- INS.
- Seguimiento y acompañamiento a 11 mesas territoriales plan contra a la desnutrición Ni 1+ de los departamentos de Arauca, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Vichada.
- Inclusión en el Plan Ni 1 + de tres nuevos departamentos Atlántico, Bolívar y Valle del Cauca por su comportamiento en la mortalidad a primer semestre de 2020.
- Coordinación y articulación de acciones intersectoriales a nivel nacional para la atención de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa.
- Publicación Resolución No. 2350 del 17 de diciembre de 2020. Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad.
- 4159 profesionales de la salud (Médicos, enfermeras y nutricionistas) certificados en el curso virtual de atención a la desnutrición. 1812 corresponden a 6 departamentos priorizados en el plan contra la desnutrición Ni 1+. En funcionamiento hasta el primer semestre de 2020.
- Inicio del diseño y montaje del curso virtual "Manejo integrado de la desnutrición Aguda en niño menor de 5 años", en articulación con el SENA, el cual contará con cuatro componentes de formación: i) marco normativo, lineamiento y protocolo para la

identificación, tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda; ii) clasificación nutricional y toma de medidas antropométricas en niños menores de 5 años; iii) atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad y iv) Vigilancia de los eventos de desnutrición aguda y de muerte por IRA, EDA o desnutrición. Además de los componentes formativos, se elaboraron instrumentos de evaluación y las guías de aprendizaje.

 Elaboración de la propuesta de reactivación de la línea de atención de la desnutrición aguda, teniendo en cuenta la baja actividad de esta a inicios del año 2020 y el direccionamiento de la existente para los asuntos relacionados por la pandemia por COVID-19.

Enfermedades Crónicas no Transmisibles:

Tabla 1. Tendencia de los indicadores para seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo. Colombia. 2016-2019

Nombre del indicador	2016	2017	2018	2019	Meta
Porcentaje de mujeres con cáncer de mama detectado en estadios tempranos (hasta IIA) al momento del diagnóstico.*	43,1	47,1	51,36	51	69,0
Porcentaje de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ identificados (NIC alto grado)*	32,2	45	22,5	SD	60,0
Porcentaje de personas con cáncer de próstata en estadios tempranos identificados (0, I y II), al momento del diagnóstico*	58,8	68,1	69,01	70,26	70,0
Días transcurridos entre la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del primer ciclo de quimioterapia para leucemia aguda*	52,6	18,4	23,9	SD	5,0
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados TA <(140/90mmHg)*	SD	73,5	69,7	74,7	80,0
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años (por cada 100,000 personas entre 30 y 70 años)**	232,5	229,5	234,8	230,8	224,9

Fuente:

SD Sin dato

De los seis indicadores propuestos, sólo se ha alcanzado la meta de porcentaje de personas con cáncer de próstata en estadios tempranos identificados (0, I y II), al momento del diagnóstico para el 2019; lo que invita a este Ministerio a continuar trabajando en analizar y generar estrategias de acceso oportuno y efecto a la población para la detección y diagnóstico temprano de las alteraciones cardiovasculares, metabólicas y cáncer.

En términos generales se avanzó en:

^{*}Cuenta de alto costo

^{**}Estadísticas vitales

- Elaboración de propuesta de Ruta de Riesgo de Atención en Salud de Grupos de Riesgo cardiometabólica con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación.
- Durante el desarrollo de la contingencia de la pandemia causada por el virus, SARS-COV 2, se desarrolló el lineamiento para la atención de los pacientes con enfermedades no transmisibles y se encuentra disponible en el sitio de COVID 19. Adicionalmente, en conjunto con la asociación colombiana de nefrología, para brindar lineamientos seguros para la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis, durante la contingencia. Asimismo, se trabajó de la mano de la sub dirección de prestación de servicios para la realización de los lineamientos clínicos para la atención de los pacientes con COVID-19.
- Desarrollo del documento con la propuesta de directrices para la conformación de programas de cuidado paliativo en EPS, actualización de los lineamientos generales y de las intervenciones de cuidado paliativo para las RIA relacionadas con las ENT.
- Avances en la propuesta de lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de cáncer en Colombia, según normatividad vigente (Resolución 3202 de 2016 y 3280 de 208): intervenciones Colectivas (entorno Hogar, Comunitario, educativo, laboral). Y una propuesta inicial flujograma de grupo de riesgo
- Se fortalecieron los procesos de planeación y acompañamiento al Consejo Nacional y los Consejos Departamentales de Cáncer Infantil.
- Reglamentación del funcionamiento de los consejos departamentales de cáncer infantil con énfasis en el nivel territorial (Departamentos y Distritos).
- Conformación de la mesa para la reglamentación de la Ley Jacobo, desde el CONACAI se realizó un análisis DOFA y se definieron propuestas de reglamentación.
- Se inició la operación mesas técnicas para mejorar la gestión del CONACAI y obtención de resultados sobre los siguientes temas: Conformación de UACAI, Sistema de Información en Cáncer, Medicamentos UNIRS de oncología pediátrica y Servicios de Apoyo Social a nivel nacional.
- En el marco de la estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades saludables- CERS el 63% entidades de orden departamental o distrital impulsan la estrategia, 245 municipios han sido sensibilizados en la estrategia, se cuenta con la firma de 50 Acuerdos de compromiso para la implementación y el 61% de las entidades comprometidas presentan algún grado de avance en su implementación.
- Reactivación de la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física – CONIAF enmarcada en el decreto 2771 de 2008.

Despliegue en el territorio de la Política Integral de Salud Mental

En el marco del seguimiento de la Sentencia T-60 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la resolución 4886 de 2018 se publicó la Política Nacional de Salud Mental que tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales

y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Existe un aumento progresivo en el intento de suicidio lo que también está relacionado con la optimización de la notificación en los servicios de salud. Por otra parte, la mortalidad por suicidio, si bien ha tenido un comportamiento relativamente estable en los últimos 10 años, muestra un incremento del 22,7% desde el 2013 hasta la actualidad. Los adolescentes y jóvenes son los más afectados. El departamento con mayores tasas es Vaupés.

Para atender las patologías que se están presentando en salud mental, considerada la segunda causa de enfermedad en el país, en 2020 se dio continuidad a la Política Nacional de Salud Mental que tuvo la participación de casi mil personas en su proceso de construcción. Esta política atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, que plantea el análisis de las desigualdades sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental. Así, se espera la estabilización de las tasas de suicidio a partir del despliegue de la Política.

Esta política considera cinco ejes: 1) Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; 2) Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; 3) Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia; 4) Rehabilitación integral e Inclusión social; y 5) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

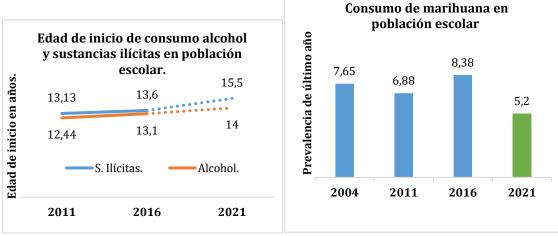


Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Así, se desarrolló un plan para la prevención del suicido con acciones concretas intersectoriales de promoción de los vínculos afectivos, detección e intervención temprana en los entornos, atención a los sobrevivientes, cualificación de profesionales de la salud y acciones con medios de comunicación; priorizando los departamentos con mayores tasas.

Por otra parte, y a pesar que en Colombia se ha logrado aumentar la edad de inicio de consumo tanto de alcohol, como de sustancias psicoactivas ilícitas; se requieren mayores esfuerzos para cumplir con la edad propuesta en el PDSP para el 2021. Además, el consumo de marihuana tiende a aumentar en la población escolar.

Ilustración 1. Edad de inicio de consumo de sustancias y prevalencia de consumo de marihuana



Fuente: Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Población Escolar Colombia – 2016 y Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Despliegue de la Política de Prevención y Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas

En el marco de la Política de Salud Mental y lo mencionado arriba, se construyó participativamente, se adoptó y se desplegó una nueva Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, mediante Resolución 089 de 2019. Por medio de esta política se garantiza atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos. Busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.

Los ejes de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas son: i) Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas; ii) Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas; iii) Tratamiento integral; Rehabilitación integral e Inclusión social; y, Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

El lanzamiento de las dos políticas se realizó a través de siete (7) encuentros regionales con la participación de cerca de 3 mil personas que representan a las autoridades locales, organismos de control político, entidades descentralizadas, Ministerio Público, Fiscalía y academia.

Además, se ha logrado llegar miles de personas, incluyendo niños y adolescentes, con problemas de salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en los 25 municipios donde se encuentran ubicados los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCT). También han sido capacitados profesionales en la respectiva estrategia, así como a líderes locales en identificación y abordaje básico de problemas de salud mental en la comunidad.

En materia de salud pública además se dio lo siguiente:

- Continuidad en Colombia del Fondo Global contra el VIH, la Malaria y la Tuberculosis, por 10 años y US\$19,5 millones adicionales. Con ello, se atiende entre otros aspectos, el tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirretroviral y seguimiento paraclínico en relación con el VIH/SIDA a la población migrante en Colombia.
- Expedición del Decreto de reglamentación para Mujeres Víctimas de Violencia (Decreto 1630 de 2019), en coordinación con Minjusticia. Busca fortalecer la atención a las mujeres víctimas de la violencia y aplicar sanciones administrativas, adicionales a las penales a las que haya lugar, a las personas responsables de dicha violencia. Deja en el Estado la responsabilidad del Estado de brindar atención integral en salud física y mental a las mujeres víctimas de la violencia, además de sus hijos menores de 25 años que dependan de ellas.

La violencia contra la mujer que sea manifestada por las víctimas deberá ser reportada por las entidades territoriales del orden departamental o distrital y las responsables de los Regímenes Especial y de Excepción en el Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO.

Actualiza y define el concepto de situación especial de riesgo que pueden sufrir las mujeres víctimas de la violencia como "aquel hecho o circunstancia que por su naturaleza tiene la potencialidad de afectar la vida, la salud o la integridad de la mujer víctima de violencia, que se derive de permanecer en el lugar donde habita". Para poderla establecer, la autoridad competente deberá evaluar los factores de riesgo y seguridad que puedan afectar la vida, salud e integridad física y mental de la mujer víctima de violencia, una vez hecho esto deberá emitir una orden de medida de atención.

Para ser atendidas, deben estar afiliadas a una EPS ya sea subsidiada o contributiva. Si la mujer víctima de violencia no cumple las condiciones para pertenecer a un Régimen Especial o de Excepción o no está afiliada al SGSSS y no cuenta con capacidad de pago, la entidad territorial gestionará la inscripción en una EPS del Régimen Subsidiado, conforme a la normativa vigente. Si cuenta con capacidad de pago la mujer deberá inscribirse en el Régimen Contributivo.

Además, señala que nunca se podrá negar, bajo ninguna circunstancia, la prestación y continuidad de las medidas de atención. Estas medidas son temporales y no deberán aplicarse por más de seis meses; sin embargo, podrán prorrogarse por seis meses más si los factores de riesgo persisten y amenacen la seguridad de la mujer víctima de violencia

- Desarrollo de un plan de choque intersectorial e interinstitucional contra la mortalidad infantil asociada a la desnutrición aguda (peso bajo para la estatura), liderado desde la Comisión Interinstitucional de Seguridad Alimentaria y Nutricional—CISAN. Datos preliminares (fuente: INS-SIVIGILA) revelan una reducción del 15% en este indicador. No obstante, es fundamental tener presente que la migración sigue creciendo y esta sería una de las causas de las muertes por desnutrición en Colombia.
- Se dio continuidad al Proyecto "Salud para la Paz" en 26 municipios –25 de los cuales son municipios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)¹⁵—, en 14 departamentos del país. Este proyecto tiene como objetivo desarrollar capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud. Es adelantado por el Ministerio de la mano de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Adicionalmente, en materia de salud pública:

-

¹⁵ Los PDET son instrumentos de planeación. Se derivan de un proceso de construcción y participación a 10 años, que reflejan la visión colectiva de los actores del territorio. Es por esto que la participación activa de las comunidades es fundamental, ya que el PDET busca reivindicar su valor protagónico en la promoción de su propio desarrollo. Para mayores detalles, ver: http://www.renovacionterritorio.gov.co/especiales/especial_PDET/

- Se inició la construcción del Análisis de Impacto Normativo—AIN para etiquetado, dando cumplimiento a los requisitos establecidos en el Decreto 1595 de 2015. Se cuenta con el documento que recoge la definición del problema, objetivos, definición de alternativas de solución, impactos esperados, evaluación de impactos económicos, análisis de costobeneficio o de costo-efectividad, con la participación de los actores implicados en la posible regulación. De manera paralela, se dio inicio a la estructuración del proyecto normativo que modifica la Resolución 333 del 2012, el cual fue socializado con MinComercio, la Consejería Presidencial para la Competitividad y Gestión de Alianzas Público Privadas, representantes de la industria de alimentos y sociedad civil.
- Reconociendo el impacto de los costos de las atenciones por parte de las enfermedades huérfanas en el PND, se avanzó en la definición de un modelo de atención en salud para las enfermedades huérfanas en el sistema de salud.
- Se avanzó en la proyección de instrumentos normativos sobre muerte digna que obedecen a instrucciones de la Corte Constitucional sobre muerte digna, así: Proyecto de Ley sobre Muerte Digna (Sentencia T-544/17), Resolución de Derechos del Paciente (Sentencia T-423 de 2017), borrador de resolución para el sistema de reporte de solicitudes de Eutanasia (Sentencia T-423 de 2017), así como en la revisión de casos reportados y procesos de asistencia técnica a IPS y EPS. En materia de muerte digna, se tiene como reto tramitar el proyecto de ley y consultar formas de modificación a la Resolución 1216 de 2015, en torno al consentimiento sustituto (Sentencia T-721 de 2017).
- Se avanzó en la propuesta de modificación de las Resoluciones 4505 de 2012, 3280 de 2018 y 276 de 2019 para precisar la progresividad de las acciones de detección temprana y protección específica de promoción y prevención. El proyecto de acto administrativo se encuentra en consulta pública.

3.2. Herramientas frente a la Atención Integral en Salud

3.2.1 Programa de Acción Inmediata en Hospitales "AiHospital"

Este programa ha sido desarrollado para el fortalecimiento del hospital público colombiano.



Fuente: Minsalud

Bajo este programa se ha logrado lo siguiente:

- Acompañamiento y apoyo a diez (10) hospitales priorizados de mediana y alta complejidad que se encontraban en estado crítico. Entre ellos San Andrés, Maicao (La Guajira), Valledupar (Cesar), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), Leticia (Amazonas), Puerto Carreño (Vichada) y Quibdó (Chocó). En estos hospitales se resaltan las siguientes acciones: \$88,9 mil millones en proyectos de infraestructura y dotación. \$39,1 mil millones de cartera depurada. Las conciliaciones con pagadores llegaron a \$53,8 mil millones; \$44,5 mil millones recuperados en tesorería y \$11,4 mil millones ejecutados para el saneamiento de pasivos.
- Se desarrolló un aplicativo web de seguimiento trimestral de 23 indicadores en 4 dimensiones de desempeño para todos los hospitales públicos del país. Cifras preliminares muestran que el índice general de desempeño medido a través de estos indicadores pasó de 56 a 75; los hospitales con nivel de gestión deficiente cayeron en 72% (pasó de 800 a 205) y 221 hospitales ahora están en un nivel óptimo de gestión.

Para más detalles, ver: https://sig.sispro.gov.co/SistemaAlertasHospitales/

• Se desarrolló el **aplicativo** "**AiHospital Contigo**" –hoy en prueba piloto– para lograr mayor efectividad en los esfuerzos de promoción y prevención en salud (PyP) con la comunidad.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Este aplicativo busca que los ciudadanos conozcan las intervenciones en salud que le corresponden y desarrollar un seguimiento de procesos de promoción y prevención en los territorios, para que se generen más acciones en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que mejoren el acceso y los resultados en el sector. AiHospital Contigo permitirá el seguimiento nominal de acciones de prevención y promoción de la salud hechos en los territorios y por los aseguradores en cerca de 4.500 sedes de prestación de servicios de salud: busca mejorar los resultados en salud en todo el país para cerrar brechas sociales de equidad. Se trata de llegar, uno a uno, a los 50 millones de colombianos.

Se busca aumentar las coberturas de acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud, de manera articulada con el MAITE. El aplicativo hace seguimiento inicialmente a seis (6) intervenciones, lo que permite además brindar información persona a persona en tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico, tamizaje de hepatitis C, tamizaje para cáncer de colon y recto, tamizaje para cáncer de mama, aplicación de flúor en barniz y remoción de placa bacteriana. El seguimiento de otras cuatro (4) intervenciones está programado para el segundo trimestre de 2020: tamizaje de cáncer de cuello, tamizaje de anemia, valoración de salud bucal y valoración integral.

Los ciudadanos podrán conocer la información relacionada con las intervenciones individuales que le corresponden según su sexo y edad a través de www.miseguridadsocial.gov.co. Esto le dará capacidad a cada persona de tener autogestión del estado de salud, fortalecer el derecho de libre elección y establecer un seguimiento a la gestión realizada por aseguradores y prestadores. El aplicativo va de la mano del pago por resultados porque sabremos qué intervenciones de promoción y prevención se le están haciendo en cada uno de los colombianos.

El aplicativo hace parte del programa "AiHospital" y busca garantizar el acceso efectivo y el mejoramiento de los resultados de salud en el país. Esto se logra mediante la organización funcional de las IPS primarias en los componentes intramural, extramural y comunitario, en el

marco de las rutas integrales de atención y a través del MAITE, llegando con atención a zonas alejadas a través de redes móviles. Se constituye, además, en la consolidación de la implementación de las acciones en el primer nivel de atención con un abordaje integral e innovador enfocado en la gestión del riesgo, la optimización del uso de recursos y el empoderamiento del ciudadano como autogestor de su salud. AiHospital Contigo fue piloteado en 2019 en siete (7) hospitales de baja complejidad (Maicao, Buenaventura, Tumaco, Leticia, Vichada, Valledupar y San Andrés y Providencia). Se espera su implementación para todo el territorio nacional durante el 2020.

- Cofinanciación en infraestructura, dotación y transporte de la red hospitalaria pública del país por \$189 mil millones en 2020. La asignación durante 2020 se ve reflejada en 132 municipios de 30 departamentos y distritos del país y acumula \$281 mil millones en total desde 2018 (a 231 municipios de 33 departamentos y distritos).
- Nuevo marco de habilitación para prestadores en salud. Se expidió la Resolución No. 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud; además, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud-SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones: i) Capacidad técnico-administrativa; ii) Suficiencia patrimonial y financiera; iii) Capacidad tecnológica y científica. Por su parte, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del SGSSS. El prestador de servicios de salud que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

 Acreditación en salud. La acreditación en salud es una herramienta para la mejora continua de la atención en salud. Una institución acreditada promueve el cambio cultural, genera valor para la comunidad y la sociedad. Además, aporta modelos de éxito.





La acreditación en salud promueve una atención segura de los pacientes, mejora la competitividad de prestadores de salud e incrementa la eficiencia clínica de sus servicios.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

En este aspecto, se dio un fortalecimiento de la acreditación en calidad en salud, que incluye:

- Actualización de los **manuales de acreditación ambulatorio y hospitalario** (Resolución 5095 de 2018) y el de servicios de **laboratorios clínicos** (hoy Resolución 207 de 2020).
- Se inició la actualización del manual de imágenes diagnósticas
- Se avanzó en la elaboración de los manuales de acredicación para IPS de baja complejidad y para EPS
- Se acreditaron 7 nuevas IPS, acumulando un total de 48 instituciones prestadoras acreditadas en el país.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Por otra parte, según la Ley del PND, el Ministerio de Salud y Protección Social debe promover la gestión de la prestación de los servicios en salud, a través de avances y mejoras en conectividad en zonas apartadas del país, en articulación con los lineamientos de Ministerio de Tecnologías de Información y las Telecomunicaciones (MinTIC), impulsando programas de telesalud, historia clínica electrónica interoperable, factura electrónica y demás apropiaciones TIC. Así, en el marco de esta transformación digital emprendida por el presente Gobierno, se avanzó en:

Desarrollo de un nuevo marco reglamentario para telesalud y telemedicina.

Según la Ley 1419 (Art.2) la telesalud se define como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones—TIC. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud. Bajo este marco, en la vigencia anterior se expidió la **Resolución 2654 de 2019**, "por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros de práctica de la telemedicina en el país".

Se tiene como objetivo de la telesalud mejorar el acceso, la resolutividad, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud mediante el uso de las TIC. Además de lo estipulado en la Ley 1419, la nueva norma define las acciones

de teleorientación¹⁶ y el teleapoyo¹⁷ bajo el concepto de telesalud y advierte que estas actividades no se habilitan. Como valores para este desarrollo de la telesalud están: la libre escogencia, la autonomía profesional, la responsabilidad y competencias y el consentimiento informado.

La norma establece, entre otros aspectos, parámetros para la práctica de la telemedicina en temas como: Categorías (interactiva, no interactiva, telexperticia, telemonitoreo), Uso de medios Tecnológicos, Calidad y Seguridad de la Información, Calidad (en el marco de la Política Nacional de Seguridad del Paciente) y seguridad de los datos.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Con la actualización del plan de beneficios, se estableció que se financia con cargo a la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutividad en la prestación de dichos servicios.

• En cumplimiento de lo estipulado por el Art. 246 del PND, se trabajó en la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y se realizó una labor articulada con el Congreso de la República para la aprobación de la ley que la crea (hoy Ley 2015 de 2020). Tiene por objeto regular la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) para que se puedan intercambiar datos relevantes de salud de todos los colombianos, salvaguardando y respetando el Habeas Data. Garantiza el acceso y el ejercicio de los derechos a la salud y la información de las personas.

¹⁶ La teleorientación es entendida como el conjunto de acciones que se desarrollan mediante las TIC para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y palpación. El teleorientador en el marco de sus competencias debe informar el alcance de la orientación y entregar copia del resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

¹⁷ El teleapoyo es un soporte solicitado por una profesional de la salud a otro profesional de la salud, mediante TIC en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo la conducta que determina para el usuario.

La HCE deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma, clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad. Los prestadores de servicios de salud estarán obligados a disponer los expedientes de la historia clínica de los colombianos para que puedan ser consultados a través de una plataforma de interoperabilidad, es decir, que todos los sistemas se puedan comunicar para dar a conocer a los profesionales de la salud la historia clínica de cada colombiano.

El plazo máximo de implementación será de cinco (5) años a partir de la entrada en vigencia de la ley. Esta estrategia obedece a criterios donde se prioricen datos y sistemas existentes en los distintos prestadores. Por su parte, el modelo de interoperabilidad deberá ser reglamentado en un año.

A la HCE solo podrán acceder a ella los sujetos obligados por la ley y las personas autorizadas por el titular de esa información. Este avance promueve modernizar y hacer más eficiente el sistema de salud en beneficio de la gente. La HCE permitirá a las IPS tener acceso a los datos básicos de salud de pacientes, permitiendo mejores diagnósticos, seguimiento y menos trámites.

El Ministerio de Salud y Protección Social administrará el modelo de interoperabilidad de la HCE y el MinTIC será el responsable de la herramienta tecnológica. LA HCE se alinea con la Ley Antitrámites (Decreto-Ley 2106 de 2019) teniendo en cuenta que por ley todo paciente en Colombia tiene derecho a que le suministren su historia clínica por cualquier medio electrónico por parte de los prestadores de servicios de salud de forma gratuita, completa y rápida.

 Se avanzó en el alistamiento del sector para la implementación de la facturación electrónica en armonía con lo determinado por la autoridad tributaria (DIAN), lo que permitirá simplificar y estandarizar procesos para agilizar el flujo de recursos dentro del SGSSS. Además, permitirá detectar oportunamente eventuales prácticas inadecuadas y facilitará a las autoridades identificar hechos de corrupción en el sector salud.

Teniendo en cuenta que la implementación de la factura electrónica se ve como una oportunidad de transformar el sector, armonizando procesos, contar con soportes de las transacciones entre agentes del sector y facilitar el seguimiento a través de la trazabilidad de la facturas, desde el Ministerio se ha invitado a los diferentes actores en el SGSSS a participar en el desarrollo de las labores necesarias para dar cumplimiento a la implementación de la factura electrónica de acuerdo a sus características, condiciones determinadas en las diferentes normas para cada tipo de entidad y cronogramas estipulados, iniciando en 2019 con los clasificados como grandes contribuyentes.

Frente al sector salud el pago y trámite de glosas, continúan regidos por los Ar. 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011. Por su parte, la facturación electrónica para el recobro ante la ADRES por servicios y tecnologías no con cargo a la Unidad de pago por capitación, se regirán por el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1885 de 2018. La facturación electrónica para el recobro ante la ADRES, de reclamaciones por accidente de tránsito, que involucre un vehículo no

identificado, o por eventos terroristas o por eventos catastróficos, se rige por el Decreto 780 de 2016.

- Se trabajó en la eliminación y simplificación de trámites, incluyendo el trámite de reclamaciones de accidentes sin SOAT ante la entidad Administradora de los Recursos de Salud-ADRES y el de las licencias del cannabis medicinal (según el capítulo de salud del Decreto-Ley 2106 de 2019 o Antitrámites).
- Replicación del modelo exitoso de gestión "pre-tutelas" de Caldas, en Boyacá y con algunos avances en Bogotá.

Consiste en un modelo de gestión innovador que tuvo a Caldas como pionero. Establece una ruta abreviada para resolver una situación real al ciudadano y evitar la vía de la tutela. Es un sistema que ha demostrado ser capaz de resolver más del 80% de los casos. Así, en Caldas, se están reduciendo las tutelas por problemas de afiliación al sistema de salud, la demora en asignar una cita, la necesidad de un procedimiento médico, pruebas de laboratorio o la entrega de medicamentos, entre otros.

Se ha logrado con la implementación de una Oficina de Gestión en la ciudad de Manizales. Busca resolver en 48 horas o menos las causas que llevan a un ciudadano a interponer el recurso legal de la tutela. La estrategia ha sido implementada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), con el concurso de los prestadores de servicios, organismos de control y la Supersalud. La oficina está ubicada en el Palacio de Justicia de Manizales, al lado de donde se radican las tutelas. A ella acceden los ciudadanos para revisar si su caso tiene una solución en 48 horas. Si no se atiende efectivamente en ese tiempo, la persona puede presentar el recurso.

Es una estrategia ejemplar pues se anticipa a las situaciones que llevan a los usuarios a interponer tutelas ante el sistema de salud y les plantea una ruta expedita en la que todos los actores del departamento realizan las gestiones pertinentes, para resolver sus casos. Estas soluciones descongestionan el sector judicial y le dan una respuesta efectiva al ciudadano, evitando un sobrecosto para todo el sistema legal y mejorando el acceso y el cumplimiento de las expectativas en salud de los usuarios. Una vez la persona radica su caso en la oficina, se activa un protocolo desde un software construido por la misma DTSC, que notifica inmediatamente a EPS y demás partes para que gestionen la solución. Las acciones y tiempos de respuesta van quedando registradas en el sistema. Con esta iniciativa se les resuelve a las personas, por una vía menos difícil y engorrosa, las dificultades que puedan haber tenido para el acceso a los servicios de salud. Tras el éxito de la iniciativa, la DTSC proyecta llevar una Oficina de Gestión a cada uno de los 27 municipios del departamento; Boyacá también ha avanzado en replicar este modelo.

 Realización, por primera vez, de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia, con el Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (IFC). Este análisis cubre la provisión de servicios, tanto público como privado. Evalúa el estado de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, valiéndose de comparaciones internacionales donde es posible. Evalúa las estrategias, políticas, regulaciones y capacidad del sector para mejorar la calidad de la atención. Su metodología se vale de las buenas prácticas internacionales y la evidencia científica respecto de los determinantes de sistemas de salud de alto desempeño. Los resultados, conclusiones y recomendaciones de esta evaluación (y sobre las cuales el Ministerio y el Gobierno Nacional ya se está dando pasos) se encuentran disponibles en:

https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia

Se espera actualizar los resultados del estudio en dos (2) años para medir el progreso y compararlo con otros países.

- Se fortaleció el empoderamiento de las personas para el ejercicio de sus derechos, actualizando la regulación acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las EPS para la elaboración y entrega de una carta de derechos y deberes y una carta de desempeño, con el propósito de que cuenten con información adecuada y suficiente como mecanismo para ejercer su libertad de escogencia.
- En el marco del **Modelo de Asistencia Técnica** en materia de calidad cabe resaltar lo siguiente:
- Fortalecimiento del Modelo de Asistencia Técnica que permite al nivel nacional y territorial la identificación de los avances y necesidades en la consecución de niveles superiores de calidad en las IPS, a través de la autoevaluación en acreditación por los Hospitales Universitarios apoyados en el marco del Modelo.
- Unidad de criterios para identificación proactiva y consolidación de fuentes de mejoramiento de la calidad a partir de los resultados de indicadores de los diferentes procesos de la dirección territorial y la conformación de mesas técnicas interinstitucionales, que permiten planear la asistencia técnica territorial.
- Priorización de planes de acción de la dirección territorial de salud en cuanto al mejoramiento de la calidad enfocada en resolución de problemas del territorio, a partir de las fuentes de información para trascender de los planes de mejoramiento de la calidad a planes de resolutividad enfocados en solucionar de manera proactiva las problemáticas en el territorio.
- Evidencia del compromiso en la identificación del estado de habilitación y los proyectos de infraestructura y dotación del Plan Bienal formulados por los Hospitales Universitarios y las Empresas Sociales del Estado, con el fin de facilitar el cumplimiento de requisitos de entrada para Acreditación.



Todo lo anterior aporta para que en el sector se retome la preponderancia de la calidad asistencial y su mejoramiento, algo fundamental en un país que prácticamente ya logró la cobertura universal del aseguramiento y espera contar con servicios dignos, oportunos, integrales y seguros.

4. Desarrollo del talento humano en salud

El MSPS ha buscado retomar la dimensión del desarrollo del talento humano en salud en la agenda actual, con propuestas concretas y la visibilidad necesaria. A continuación, se exponen los principales logros avances en esta materia:

Mediante la Resolución 1872 de 2019 se inició¹⁸ la **reglamentación de la Ley de Residentes** (o Ley 1917 de 2018, que creó el Sistema de Residencias Médicas) y que entró en funcionamiento desde el segundo semestre de 2020, con gran impacto sectorial. Más de **4.800 residentes de primera especialidad médico-quirúrgica recibieron apoyo de sostenimiento educativo de 3 salarios mínimos mensuales legales vigentes** (SMMLV) a partir del segundo semestre de 2020. La resolución es aplicable a los escenarios de práctica formativa de programas de especialización médico quirúrgicas, a los médicos que las cursen en Instituciones de Educación Superior–IES, a las entidades territoriales y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud–ADRES.

Por medio de la norma se establece, entre otros aspectos: i) El reconocimiento mensual al residente, de mínimo tres (3) salarios SMMLV; ii) Un contrato especial para la práctica formativa de residentes, firmado por la IES, el residente y el prestador de servicios de salud que se constituya como escenario de práctica formativa de programas de especialización médico quirúrgica, donde los prestadores de servicios de salud deberán asumir el costo de los exámenes médicos ocupacionales de los residentes.

Con base en la información reportada por la IES en el Registro Único de Talento Humano en Salud-ReTHUS, se procederá a girar al prestador de servicios de salud (que se constituya como escenario de práctica de base), el monto del apoyo de sostenimiento educativo del período, para que la IES proceda al pago del residente dentro de los quince (15) días hábiles siguientes del recibo efectivo de los recursos. Por su parte, los prestadores de servicios de salud deberán realizar el registro de los servicios prestados o actividades desarrolladas por le residente, el cual deberá realizarse cada tres (3) años por un período de seis (6) meses e incluir principalmente la siguiente información: i) Identificación del residente; ii) Identificación de la IES; iii) Programa académico y práctica formativa que se encuentra desarrollando; iv) Fecha; v) Tipo y denominación del servicio asistencial, según la normativa de habilitación vigente; vi) Procedimiento realizado con su respectivo código CUPS; vii) Nombre, identificación y perfil del supervisor, docente o tutor, según lo establecido en el convenio docencia servicio y en los anexos; viii) Valor del servicio prestado, cuando haya lugar a ello.

¹⁸ Posteriormente, en enero de 2020, se emitió la Resolución 059, por medio de la cual "se definen las especificaciones para el reporte de la información v del Sistema Nacional de Residencias Médicas al Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-ReTHUS".

Adicionalmente, se programaron los recursos presupuestales necesarios y se redefinió el proceso de financiamiento para implementar la ley, con la suscripción de contratos especiales para la práctica formativa de residentes y que se adelantará en forma progresiva de acuerdo con la disponibilidad presupuestal de cada vigencia.

En este eje de talento humano también se dieron los siguientes avances:

- Se benefició con 2 SMMLV a 3.317 residentes del programa becas crédito para la vigencia 2018 y 3.297 para la vigencia 2019. Adicionalmente, más de 2.800 residentes contaron con este apoyo durante el primer semestre de 2020.
- Concertación con las centrales obreras en los temas de salud y de un proyecto de ley que da facultades extraordinarias al Sr. Presidente de la República para expedir un nuevo estatuto laboral para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado-ESE, el cual se encuentra en revisión luego de la evaluación realizada por Minhacienda.
- Concertación con las centrales obreras en los temas de salud y de un proyecto de ley que da facultades extraordinarias al Sr. Presidente de la República para expedir un nuevo estatuto laboral para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado-ESE, el cual se encuentra en revisión luego de la evaluación realizada por Minhacienda.
- Se propició el establecimiento de una mesa intersectorial de diálogos con asociaciones gremiales de la salud en el marco de la gran conversación nacional que el Gobierno adelanta con todos los sectores, cuyo énfasis principal ha sido la implementación de la Ley Estatutaria de Salud, temática sobre la cual el Minsalud ha trabajado con la Academia Nacional de Medicina, en una comisión conformada para emitir recomendaciones para su implementación progresiva, las cuales se encuentran actualmente en revisión final por el Ministerio.
- Con el propósito de fortalecer la enfermería en Colombia, se avanzó en la construcción de un documento con la propuesta de un "Plan Nacional de Enfermería 2020–2030", elaborado en conjunto con asociaciones de la profesión, la cual se sometió a socialización y validación a través de múltiples reuniones regionales con expertos, propuesta que se someterá a discusión con diferentes entidades de gobierno.
- En conjunto con el legislativo se avanzó en la construcción de una propuesta de Proyecto
 de Ley para el fortalecimiento del Servicio Social Obligatorio, incluyendo mayor
 gobernanza para definir los lugares de nuevas plazas, así como la modalidad de prestación
 para especialistas médico-quirúrgicos, proyecto de ley que se debatirá en la presente
 legislatura durante 2020.
- Se avanzó en un proyecto de Decreto que implementará el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano del Sector Salud, que pasó a consulta pública y el cual se encuentra actualmente en ajustes. En paralelo se avanza en una propuesta de Plan Nacional de Formación Continua para el THS del país.

- Se desarrollaron acciones de formación como asistencia técnica, de manera directa o con el apoyo de otras entidades, beneficiando cerca de 10 mil personas de entidades territoriales, así como personal de salud y administrativo de hospitales priorizados en temas relacionados con las prioridades en salud pública del país.
- Se avanzó en la definición de Lineamientos técnicos para la gestión y funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud, con énfasis en el componente primario de atención, y bajo el liderazgo de perfiles tales como Médicos Familiares, Médicos y Enfermeros Generales. El documento se encuentra en revisión antes de su socialización y discusión con actores interesados.
- Se formaron 27 Auxiliares en Salud Pública con Enfoque Intercultural del pueblo UWA en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, con el apoyo del SENA.
- En conjunto con las instituciones educativas en Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC), se generaron lineamientos de consenso sobre componentes curriculares de 4 de las disciplinas relacionadas con MTAC, documento publicado en el Observatorio de Talento Humano en Salud.

Se ingresó a la **iniciativa para la medición del desempeño de la atención primaria en salud**, liderada por el Banco Mundial (BM), efectuándose una primera medición sobre la cual el comité directivo que se conformó y el BM se encuentran generando recomendaciones.

5. Respuesta a la pandemia por Covid-19

5.1. Atención Integral a la población debido a la pandemia por Covid-19

Una sección especial en el presente documento merece la descripción de las acciones de respuesta adelantas por el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con los distintos actores y sectores, ante la aparición de la enfermedad COVID-19 ocasionada por el nuevo coronavirus (2019-nCOV o SARS-CoV-2).

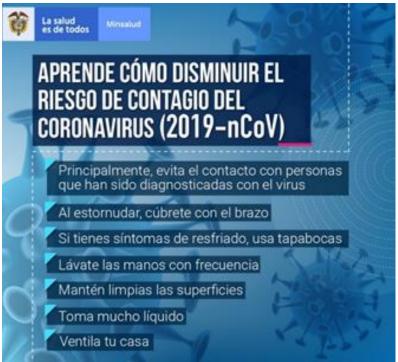


Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

La infección por el nuevo coronavirus se produce generalmente cuando un infectado expulsa partículas del virus, por ejemplo al toser o estornudar y luego entran en contacto con otras personas a su alrededor. Este mecanismo es similar entre todas las IRA. El virus se transmite de persona a persona por ejemplo cuando se tiene contacto estrecho con un infectado, al vivir bajo el mismo techo, compartir la misma sala en un hospital o cuidar a un enfermo sin la debida medida de protección, ya que se transmite a través de la saliva, el moco y otras secreciones (como las que puede llegar a producir el ojo humano).

El tratamiento, depende del estado clínico del paciente, está orientado a aliviar los síntomas y mejorar el estado general de cada persona según la levedad o gravedad de los mismos.

Por ser una enfermedad de tipo respiratoria, se debe tener en cuenta para la prevención el evitar el contacto cercano y la transmisión a través de las pequeñas gotas como las provenientes de la tos y los estornudos.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Para la atención de cualquier epidemia –como la del COVID-19– existen tres fases: i) preparatoria; ii) contención (una vez sucede el primer caso confirmado en el país); y, iii) mitigación (cuando solamente se deben hospitalizar los casos graves y el resto se maneja con medidas de protección en casa). Cada etapa requiere ir tomando medidas paulatinas y cada vez más rigurosas para controlar la situación. A continuación, se resumen las acciones de respuesta más notorias ante la aparición del nuevo coronavirus:

• Desde que la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus, con epicentro en China, se realizó evaluación permanente del riesgo, se generó una intensificación de la vigilancia epidemiologia, intervención rigurosa ante cada uno de los casos en el país (incluidos los colombianos repatriados desde China), se efectuó estricto monitoreo y se realizó seguimiento a nivel global, al interior del país y en cada uno de sus territorios. Igualmente, se generaron estrategias para una adecuada comunicación del riesgo, evitando desinformación, imprecisiones y/o noticias falsas como las que circulan en redes sociales de fuentes no oficiales.

- En la fase de preparación se realizó diagnóstico detallado de los epidemiólogos, equipos de respuesta, capacidad de laboratorios y salas de análisis de riesgo de cada secretaría de salud. Colombia es el primer país de Latinoamérica en tener pruebas directas de diagnóstico para el nuevo coronavirus a través del Instituto Nacional de Salud (INS). Una vez inicia la fase de contención, se avanzó en la ampliación de la capacidad de laboratorios en regiones como Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Nariño. También se decide habilitar más capacidad con laboratorios en otras zonas y de frontera como Norte de Santander y Arauca. Lo que se busca ampliando la capacidad instalada de diagnóstico es tener una respuesta mucho más rápida y que otros territorios cercanos puedan enviar sus exámenes en tales sitios para responder a tiempo. Se fortalece la seguridad y capacidad para el transporte de muestras y envío de resultados.
- Desde febrero de 2020, se intensificaron los mensajes de prevención del contagio. Se reforzó la campaña nacional de **lavado de manos** (frecuentemente durante el día, alrededor de 40 segundos cada vez y con las técnicas apropiadas), de higiene respiratoria (toser y estornudar adecuadamente), correcto uso del tapabocas y conductas adecuadas (evitar tocarse la cara, evitar el contacto, distanciamiento social, prácticas de limpieza e higiene general, etc.).
- Se instó a los ciudadanos a quedarse en casa cuando existen síntomas respiratorios y aplicar aislamientos preventivos. Se crea conciencia para prevenir el contagio, con rigurosidad en cuanto al lavado de manos y aislarse. La mayoría de los casos se previenen con lavado de manos, evitar el contacto, informarse, recibir orientación adecuada a través de las líneas de salud y sobre la consulta oportuna a los centros sanitarios. Solo se debe acudir a urgencias en los casos de presentar dificultad respiratoria —o sea cuando se presenta respiración más rápida de lo normal, el pecho suena o duele al respirar—, ante la presencia de fiebre de difícil control que persiste, de eventuales convulsiones o del deterioro rápido del estado general de salud.
- Inicialmente, y desde enero de 2020, se solicitaron al tesoro nacional \$15 mil millones adicionales para contar con recursos en los presupuestos del MSPS e INS con el fin de afrontar la situación, fortalecer las campañas, los laboratorios de salud pública, entre otros temas. Posteriormente, en marzo y con la articulación con MinHacienda, se generaron las alternativas para contar con los recursos que permitan al sector afrontar la situación.
- Desde la fase de preparación, se profundizaron con los actores de salud, EPS e IPS, las medidas de prevención, de capacidades de atención, de fortalecimiento de la bioseguridad, de capacitación del talento humano, así como el aprovisionamiento de elementos de protección al personal de salud. Se han desarrollado esquemas de reducción de riesgo en las IPS ambulatorias y en las urgencias para minimizar el contagio, para que las IPS tengan sitios de aislamiento y que los médicos tengan la suficiente capacitación para implementar las medidas necesarias de bioseguridad. Se realizó un YouTube Live, el 10 de marzo de 2020, con orientaciones para el Talento Humano en Salud (THS) para enfrentar la llegada del virus a Colombia (que desde el inicio más de 22 mil reproducciones).

- Se ha trabajado en la respuesta articulada con los actores como las secretarías de salud, EPS, ARL y agremiaciones del sector. Es entre todos los actores y la misma comunidad que se da una respuesta efectiva a los retos que presenta la enfermedad. Se reitera que el manejo de una epidemia depende en parte de la capacidad de las autoridades sanitarias, pero el resto depende de la comunidad y la conducta de cada persona. Por eso es importante el entendimiento de la corresponsabilidad de cada persona y el autocuidado.
- Se realiza articulación permanente e intersectorial, con la participación de distintas entidades del orden nacional y territorial. En el nivel nacional, la coordinación se da entre la Presidencia de la República, Vicepresidencia, Minsalud, INS, Mintrabajo, Mineducación, Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, Mininterior, Mintransporte, Migración Colombia, Minhacienda, Mindefensa, Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, entre otras. Desde marzo entró a operar de manera permanente el Puesto de Mando Unificado-PMU desde donde se monitorean, anuncian, coordinan, gestionan y evalúan todas las medidas y acciones adoptadas, con el liderazgo del Sr. Presidente de la República y el Ministro de Salud y Protección Social. Se determina que la toda la información oficial es liderada y canalizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Minsalud aportó orientaciones a Mintrabajo para expedir lineamientos (Circular 17 del 24 de febrero de 2020) a las ARL, empleadores y trabajadores en el sector público y privado, sobre acciones de promoción y prevención, preparación, respuesta y atención de casos, así como acciones de contención, incluyendo directrices de trabajo flexible, virtual y en casa. En coordinación con entidades como Mintrabajo y DAFP, se expidieron directrices como la Circular Externa 19 del 10 de marzo de 2020, sobre acciones de contención y prevención de enfermedades respiratorias, así como instrucciones de intervención, respuesta y atención de la situación (de manera complementaria a la Circular 17), aplicables a distintas entidades públicas y privadas, ARL y trabajadores de todos los sectores. En conjunto con Mineducación se expiden lineamientos y recomendaciones (Circular Conjunta de 11 de marzo de 2020) a entes territoriales y al entorno educativo para la prevención, manejo y control en la materia.
- Hasta febrero de 2020, no existían casos confirmados en Colombia; no obstante, desde ese mismo mes se decidió –en comité MSPS e INS– elevar el riesgo de bajo a moderado; posteriormente fue elevado a riesgo alto. Todas las acciones se han tomado paulatinamente y en línea con las declaratorias, alertas y orientaciones técnicas de la OMS. Una vez fue confirmado el primer caso en Colombia, el 6 de marzo, se finalizó la fase de preparación que duró 8 semanas– y se activó la fase de contención, en la que se identificaron rigurosamente los casos y se aplicaron mayores controles para evitar la diseminación del virus en el territorio nacional. El 12 de marzo se declaró la emergencia sanitaria lo que incluye medidas rigurosas en la contención del virus..
- Inicialmente se instauraron y ampliaron medidas de control sanitario a los migrantes desde países que han presentado brotes como, China Italia, España y Francia. Se expide la Resolución MSPS 380 de marzo 2020 y se indica la necesidad de tomar medidas de aislamiento preventivo a personas provenientes de estos países con el fin de proteger la salud colectiva.

- Mediante Resolución 385 del 12 de marzo, se declaró la emergencia sanitaria. A partir del 16 de marzo, en los aeropuertos se restringe el ingreso al país de personas no nacionales y no residentes en Colombia. Todos los pasajeros colombianos y residentes extranjeros tendrán aislamiento preventivo obligatorio por 14 días.
- Desde el 17 de marzo hasta el 30 de mayo 2020 quedan cerradas todas las fronteras terrestres, marítimas y fluviales del país. Se restringe la entrada y salida del país de todos los ciudadanos nacionales y extranjeros.
- A través de la Resolución 464 del 18 de marzo de 2020, se intensificaron las medidas de protección para los adultos mayores.
- En el marco de la emergencia sanitaria y con el Decreto 457 de 2020, el Gobierno ordena el aislamiento preventivo obligatorio en todo el territorio nacional, a partir del 25 de marzo y hasta el 13 de abril; el Gobierno comunica permanentemente a la ciudadanía todas estas decisiones.
- El 25 de marzo, Minsalud expide la Circular 19 de 2020 dirigida a los actores de salud, actualizando la estrategia de detección temprana de casos de infección y abordando el manejo de pruebas rápidas a partir del 1º de abril.

Se tiene dispuesto el aplicativo móvil "CoronApp-Colombia" para conocer los síntomas, practicar autodiagnósticos, saber en qué momento es necesario ir al médico, etc. Para la información ciudadana y adecuada orientación, sumado a las líneas de atención dispuestas por cada entidad territorial y secretarías de salud, se habilitó la línea única gratuita nacional 01 8000 955590; en Bogotá 3305041 (fuera del país +5713305041) y la línea para celular 192. Las EPS también deben orientar a sus afiliados a través de sus propios canales y atender sus inquietudes.

Para consultar la **información oficial y actualizada** sobre este coronavirus, se disponen los siguientes enlaces:

https://www.minsalud.gov.co

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19.aspx

https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx

La protección de la vida y la salud de los colombianos ha sido el objetivo principal del Gobierno Nacional en respuesta a la pandemia. Por esto, las estrategias implementadas encaminadas a reducir los contagios, desde el MSPS se buscado el fortalecimiento permanente del sistema de salud. Adicionalmente, y de forma paralela, formuló el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

Así, con el fin de ampliar la capacidad de detección del covid-19 se publicaron los lineamientos para el uso adecuado de pruebas diagnósticas, se pasó de tener un laboratorio para el diagnóstico del virus a una red de 172 habilitados en el territorio nacional, con capacidad de realizar más de 60 mil pruebas diarias y juntamente con ello se han realizado acciones de mejoramiento para fortalecer la red de laboratorios, como: capacitación y asesoría técnica para la implementación de las áreas de biología molecular en los Laboratorios de Salud Pública-LSP. En articulación a estas acciones se ha hecho gestión y donación de equipos claves para el fortalecimiento del sector en todo el país. Esto incluye extractores de DNA/RNA, cabinas de flujo laminar de bioseguridad, termocilicadores, ultracongeladores, entre otros.

Así, con respecto a la ampliación de la oferta de servicios de salud, que tiene como propósito aumentar la capacidad instalada para la atención de la enfermedad, en particular para los pacientes con afecciones severas y críticas, se previó entre otras cosas, la adecuación de camas hospitalarias de cuidados intermedios y cuidados intensivos, la compra de ventiladores y monitores, camas hospitalarias, bombas de infusión, unidades portátiles de Rayos X, la dotación de elementos de bioseguridad, el mejoramiento y ampliación de la dotación de la red de prestadores de servicios y de urgencias necesarias para la atención de la pandemia, y la financiación de la operación de la prestación de servicios de salud.

Para garantizar la atención en salud para todos los colombianos, se incrementó 5,18% la prima que se reconoce para la atención de cada usuario dentro del Plan de Beneficios en Salud, conocida también como Unidad de Pago por Capacitación.

Finalmente, la inversión en infraestructura durante el último año fue de más de \$782.000 millones que incluyeron proyectos, dotación, unidades médico odontológicas, vehículos extramurales, entre otros.

Por otra parte, en el mes de agosto de 2020, se inició la fase de aislamiento selectivo en municipios de alta afectación por covid-19 y el distanciamiento individual responsable. A partir de entonces, se construyeron protocolos de bioseguridad enfocados a los distintos sectores económicos y sociales, para dar paso a su apertura progresiva. Conforme la evolución del comportamiento del virus, se fueron extendiendo y ajustando las medidas de acuerdo con la situación de cada ente territorial, según lineamientos otorgados desde el Gobierno Nacional. Además, se creó la estrategia PRASS: Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible[1]. Lo anterior se traduce en ampliación de la oferta de pruebas, detección oportuna de casos, rastreo de contactos y su aislamiento.

En el mismo sentido, se han destinado esfuerzos para la vigilancia de la Salud Pública a través de objetivos tales como, detectar de manera oportuna los casos probables de covid-19; caracterizar en persona, tiempo y espacio los casos confirmados en el territorio nacional; describir las características sociales, demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de los casos; y detectar conglomerados de casos confirmados y probables para generar alertas tempranas de situaciones inusuales en el comportamiento del virus.

De igual forma, el manejo de la pandemia ha llevado a estructurar e implementar medidas tales como el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) con el objetivo de organizar la prestación de servicios de salud de los servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y terapéutico. Así mismo, se ha orientado la organización, expansión y formación continua del talento humano en salud (THS) para mejorar la disponibilidad y capacidad resolutiva necesaria. De manera simultánea se han definido los protocolos para orientar a autoridades administrativas y sanitarias del orden departamental, distrital y municipal, así como a empresas y personas naturales, poblaciones vulnerables, grupos étnicos y a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Direcciones Territoriales de Salud, prestadores y aseguradores).

5.2. Plan Nacional de Vacunación

El Ministerio del a Protección social ha planteado como meta Inmunizar al 70% de la población residente en Colombia.

En cumplimiento a este propósito, determina una priorización de la vacunación por grupos de riesgos claramente definidos en el Decreto 109 de 2021 en su artículo 7° y fija las etapas de gradualidad (5 etapas) para la aplicación de la vacuna en la población priorizada.

Para garantizar la vacunación, el Ministerio de Salud y la Protección Social realiza procesos de adquisición de vacunas e insumos, los cuales son asignados y entregados a los 37 territorios (32 Departamentos y 5 Distritos) para su distribución y aplicación.

Cabe anotar que el MSPS ha fortalecido su arquitectura institucional durante la pandemia con el fin de constituir órganos asesores que permitan acompañar la toma de decisiones de alto nivel respecto de las mejores decisiones y prácticas respetando el marco jurídico nacional, pero utilizando la mejor evidencia técnica y científica. Es así como se constituyen los siguientes espacios:

Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente a la Covid – 19, creado mediante Resolución 1270 del 20 de julio de 2020.

Este comité está integrado por:

- El Ministro de Salud y Protección Social
- El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
- El director del Instituto Nacional de Salud
- El Director de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social
- El Director de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.
- El Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social
- Un asesor del despacho del señor ministro.

Se creo la instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars – cov 2 (Covid – 19), creado mediante Decreto 1258 del 15 de septiembre de 2020, cuyos integrantes están contenidos en la Resolución 1628 de 2020. El propósito de esta instancia es tener un espacio participativo externo al Ministerio de Salud y Protección Social para analizar y recomendar las estrategias y mecanismos que el Estado debe adoptar con el fin de acceder a vacunas seguras y eficaces atendiendo a los principios de disponibilidad, universalidad, equidad, solidaridad y oportunidad del derecho fundamental a la salud.

Como parte del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, se creó el Consejo de Evaluación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización Contra la COVID-19, para las vacunas que hayan sido suministradas por el Estado Colombiano (Ley 2064 del 2020, Artículo cuarto), cuya función es revisar y evaluar la existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna contra la COVID-199 por parte del Estado Colombiano.

Monitoreo y seguimiento

El MSPS tiene definido un esquema de monitoreo y seguimiento a través de instrumentos específicos:

- Una estructura desglosada de tareas (EDT) para seguimiento a la ejecución física de sus tareas.
- Una matriz de riesgos
- Sistemas de información que alimentan la base de datos maestra denominada Mi Vacuna

WBS	Name
1	PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN COLOMBIA
1.1	GESTIÓN DE INSUMOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
1.1.1	Justificación de la Selección de insumos
1.1.2	Gestión de Adquisiciones
1.1.2.1	Compras
1.1.2.1.1	Compra de Vacunas
1.1.2.1.2	Compra de ultracongeladores
1.1.2.1.3	Compra de equipos de refrigeración
1.1.2.1.4	Compra de refrigeradores solares y eléctricos
1.1.2.1.5	Compra de Jeringas (aplicación)
1.1.2.1.6	Compra de Diluyentes
1.1.2.1.7	Compra de Carnés
1.1.2.1.8	Compra de Elementos de Protección Personal
1.1.2.2	Recepción, Inventario, distribución e Instalación
1.1.3	Donaciones
1.2	MICROPLANIFICACIÓN TERRITORIAL
1.2.1	Capacidades del TH para gestión del PNV
1.2.2	Seguimiento a la infraestructura de Vacunación
1.2.3	Infraestructura de Insumos
1.2.4	Agendamiento
1.2.6	Vacunación
1.2.7	Reportes coberturas
1.2.8	Definición de la estrategia de Comunicaciones Adaptada Medios Locales
1.3	ELEMENTOS FACILITADORES
1.3.1	Priorización de la población
1.3.2	Financiamiento de la operación de la estrategia de vacunación
1.3.2.8.2	Elaboración y envío de solicitud de recursos con estudio previo a la subcuenta coordinadora de Covid-19, Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD)
1.3.3	Sistemas de información
1.3.3.1	Migración e infraestructura
1.3.3.2	Desarrollo de Aplicaciones
1.3.4	Comunicación, información y movilización social
1.3.4.1	Elaboración de plan de comunicaciones

1.3.4.2	Elaboración plan de crisis
1.3.4.3	Socialización y soporte a Grupos de valor
1.3.5	Ajuste Normativo

Resumen estructura EDT del PNV

6. Otros resultados de la gestión

6.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La Agenda 2030 con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población desde un enfoque que integre todas las dimensiones del desarrollo, representadas en 17 objetivos y 169 metas.

Colombia, como uno de los países partícipes en la formulación de la Agenda y pionero en adelantar el proceso de implementación de la misma, ha desarrollado un instrumento de política pública que parte del reconocimiento de los principales retos que constituye para el país la implementación de la Agenda 2030 y sus ODS.

Dentro de los principales retos se encuentran los relacionados con las acciones que como Estado se deben adelantar para generar las sinergias necesarias entre los diferentes actores involucrados en su implementación. El documento CONPES 3918 de 2018 define la estrategia de implementación de los ODS en Colombia, estableciendo el esquema de seguimiento, reporte y rendición de cuentas, el plan de fortalecimiento estadístico, la estrategia de implementación territorial y el mecanismo de interlocución con actores no gubernamentales (DNP, 2018).

De acuerdo con el último reporte realizado en marzo de 2020, el Sector Salud cumplió con las metas intermedias de 13 indicadores, no cumplió con 16; 6 indicadores están en proceso de ajuste o no cuentan con dato y 19 tiene como fuente una encuesta.



Metas ODS cumplidas por el sector Salud

Adicionalmente, en el marco de la estrategia Plan de Fortalecimiento Estadístico el Ministerio de Salud ha participado activamente de los espacios convocados por el DANE y las agencias custodias del Sistema de Naciones Unidas. Estos espacios han tenido como objetivo la revisión y el levantamiento de un diagnóstico sobre la disponibilidad de información del país para responder a los indicadores globales.

Por último, en conjunto con la OPS se adelantó en el primer trimestre de la vigencia la revisión de la batería de indicadores propuesta por esta Organización, para el seguimiento desde un enfoque de desigualdades el monitoreo de las metas del ODS 3.

6.2. Implementación del Acuerdo de Paz

De conformidad con lo estipulado en el Acuerdo Final, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tiene compromisos derivados de cuatro (4) puntos: Reforma Rural Integral (punto1), Fin del Conflicto (punto 3), Solución al problema de las drogas (punto 4) y Víctimas (punto 5). Como ente rector del sector, este Ministerio lidera la implementación de estos compromisos, de la siguiente manera:

Punto 1. Hacia un Nuevo Campo Colombiano. Reforma Rural Integral

En diciembre de 2019 se realizó el cierre técnico del Plan Nacional de Salud Rural -PNSR, a cargo de DNP y la Consejería Presidencial para la Estabilización. Durante el primer trimestre de la vigencia 2020 se adelantó el proceso de elaboración y publicación del proyecto de resolución para su adopción formal. Si bien, el Plan no está adoptado formalmente, con el objetivo de contribuir a la superación de la pobreza y la desigualdad, el MSPS ha venido desarrollando acciones en el marco de las estrategias definidas para tal fin, obteniendo los siguientes resultados:

Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano

Infraestructura

El Ministerio de Salud y Protección Social, realizó transferencias por \$ 37.287.758.341 para la cofinanciación de 52 proyectos que tienen como objeto la adquisición de ambulancias, mejoramiento de infraestructura hospitalaria y dotación que beneficiaran a los hospitales de 35 municipios priorizados por el PNSR. De este recurso \$ 24.939.844.545 corresponde a la inversión realizada en municipios PDET para la cofinanciación de 34 proyectos que tienen

como objeto la adquisición de ambulancias, mejoramiento de infraestructura hospitalaria y dotación que beneficiaran a los hospitales de 27 municipio PDET.

Adicionalmente, con recursos de funcionamiento del rubro A-03-11-01-003-037: Programa Emergencia Sanitaria - Fortalecimiento Institucional para la Gestión Territorial, Participación Social, Gestión del Riesgo de Desastres y Atención Humanitaria en Salud, se adquirieron equipos para la atención de la pandemia por COVID – 19, con corte 9 de enero de 2021, **el Ministerio de Salud y Protección Social instaló 126 ventiladores correspondientes a 12 municipios incluidos en el PNSR**.

Respecto a municipios PDET, con recursos del rubro en mención el MSPS instaló 139 ventiladores en 10 municipios PDET con fin de atender la emergencia ocasionada por la pandemia de la COVID-19. Esta distribución se efectuó de acuerdo con el comportamiento de la pandemia en el país y la disponibilidad o adecuaciones de áreas para su utilización.

Es importante resaltar que durante la vigencia 2020 **se ejecutaron 31 proyectos de infraestructura en salud, dotación biomédica, mixtos y de transporte**, en 26 municipios del PNSR, que fueron cofinanciados por el Ministerio en vigencias anteriores. De estos, 22 proyectos corresponden a 22 municipios PDET ubicados. El detalle se presenta a continuación:

- 22 ambulancias
- 1 unidad medico odontológica
- 8 proyectos de construcción o mejora de infraestructura en salud.

Por otro lado, como parte de la gestión que adelanta este Ministerio para la mayor cobertura de la modalidad de prestación de servicios de Telemedicina, se destacan las siguientes acciones:

- ✓ Se brindaron 60 asistencias técnicas para el desarrollo de las iniciativas de los departamentos para la apropiación de la Telesalud y la Telemedicina en el marco de sus modelos de atención y para el manejo de los cuidados críticos adelantados por agremiaciones científicas y académicas.
- ✓ Se acompañó la implementación del programa de TELEUCI solidaria del hospital universitario de la universidad nacional que se está llevando a cabo en el marco de la cooperación con Cisco Colombia que apoya a los hospitales públicos de zonas apartadas a los que se les han entregado ventiladores. El programa incluye capacitación y entrenamiento a distancia del personal de enfermería en cuidado crítico y sus procesos, lo mismo que la realización de 2 revistas diarias en la modalidad de Telemedicina acompañando al personal asistencial de las nuevas UCI. De los hospitales con el apoyo en mención, seis (6) son municipios PDET:

Por último, es importante resaltar que a corte a 31 de diciembre de 2020, de acuerdo con lo consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de salud-REPS, se contaba con 96 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaban 539 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 69 municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural. Y en relación a los municipios PDET, para el mismo corte, se contaba con 75 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaban 366 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 54 municipios PDET.

Talento Humano en Salud

A partir de la información disponible en ReTHUS interoperando con otros sistemas e información como la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA y el Registro Único de Afiliados RUAF, se identificó el siguiente Talento Humano en Salud en los municipios priorizados por el Plan Nacional de Salud Rural:

- 35.673 Auxiliares en enfermería
- 186 Auxiliares en salud publica
- 2.967 Bacteriólogos
- 9.543 Profesionales en enfermería
- 14.240 Profesionales en medicina
- 3.172 Profesionales en odontología

A través de los procesos de Servicio Social Obligatorio, se han designado 1339 plazas de servicio social obligatorio en municipios priorizados por el PNSR, en el que también se incluyen municipios PDET; estas fueron distribuidas de la siguiente manera: 829 médicos, 206 de enfermería, 174 plazas de odontología y 130 plazas de bacteriología. Por otro lado, se adelantó la elaboración del proyecto de resolución de adopción del documento "Organización y funcionamiento de los Equipos multidisciplinarios para la Salud".

Por último, es importante resaltar que, con el fin de fortalecer la respuesta de la red prestadora, se realizó asignación de \$ 73.914.670.000 para el pago de obligaciones con el Talento Humano en Salud por concepto de salarios y seguridad social de personal de planta y honorarios de contratistas, personas naturales o jurídicas. En consecuencia, se expidieron dos resoluciones sobre el particular, la Resolución 753 del 14 de mayo de 2020 con finalización de ejecución a 30 de diciembre de 2020 con la que fueron beneficiados 71 municipios del PNSR, y la Resolución 2017 del 9 de noviembre de 2020 actualmente en ejecución, con la cual fueron beneficiados 59 municipios del PNSR..

Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios

Durante la vigencia 2019, se adelantó el proceso de formulación, adopción e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en los 32 departamentos del país. En relación a la vigencia 2020, y dada la emergencia sanitaria derivada de la pandemia del Covid -19, se adoptó

la Resolución 1147 de 2020 por medio de la cual se amplía el plazo de formulación del Plan de Acción de MAITE. Ahora bien, desde las diferentes dependencias del Ministerio de Salud se aunaron esfuerzos con el objetivo de incidir en el proceso de planeación integral en salud, ejercicio del cual se resaltan los siguientes resultados:

- La totalidad de los municipios PDET cuentan con el 100% del Plan Territorial de Salud cargado.
- 27 (75%) entidades departamentales y distritales incluyeron acciones relacionada con el enfoque de género o con intervenciones orientadas a su implementación en el Plan de Acción en Salud.

Proyecto Salud Para La Paz

Durante el 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional para las Migraciones y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, y gracias al apoyo financiero del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Sostenimiento de la Paz, avanzó en la implementación de la segunda fase del proyecto Salud para la Paz con acciones focalizadas en 26 municipios priorizados y algunas adicionales que benefician a los 170 municipios PDET.

El objetivo del proyecto Salud para la Paz es fortalecer las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud -APS, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva -SSR, salud mental (SM), prevención del consumo de sustancias psicoactivas -SPA y la salud infantil y nutricional, en 26 municipios, 25 de los cuales formularon PDET y en 23 se ubicaron Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación -ETCR. A partir del mes de mayo de 2020, el proyecto incorporó acciones orientadas a apoyar territorios PDET en la respuesta a la emergencia generada por la pandemia. La implementación del proyecto Salud para la Paz permite avanzar en el fortalecimiento de los servicios de salud en zonas rurales, e incorpora acciones diferenciales que benefician de forma particular a las mujeres de estos territorios.

En el marco de los alcances del proyecto Salud para la Paz, se ha avanzado en las siguientes acciones correspondientes a la fase II de su implementación:

- Se capacitaron 515 profesionales de los 26 municipios priorizados en derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, emergencias obstétricas y violencias basadas en género.
- A través de 26 profesionales de la salud (médicos y enfermeros) contratados por el proyecto para apoyar servicios de salud sexual y reproductiva en los hospitales locales de los 26 municipios priorizados, se han realizado al 31 de diciembre de 2020 un total de 40.072 atenciones, de las cuales el 98,3% corresponden a mujeres y el 52% corresponden a atenciones realizadas en las zonas rurales y rurales dispersas.

- Se distribuyeron 12.350 implantes subdérmicos y 26 juegos de pinzas para inserción del DIU en 26 hospitales priorizados, con el objetivo de favorecer el acceso de mujeres de zonas rurales a anticonceptivos de larga duración.
- 8.550 mujeres en condición de vulnerabilidad de los 170 municipios PDET recibieron insumos de autocuidado, higiene personal y protección personal para prevenir el Covid-19.
- Se dispuso una línea de teleapoyo en SSR para el personal de salud de los municipios PDET, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que realizan a la población. Hasta el 31 de diciembre de 2020 se han recibido 674 solicitudes de teleapoyo.
- Se han realizado 4 webinar dirigidos al fortalecimiento de capacidades del personal de salud de los municipios PDET en los cuales se abordaron temas como: Salud materna en el marco de Covid-19, anticoncepción centrada en promover la utilización de métodos de larga duración, interrupción voluntaria del embarazo y violencia basada en género, en los cuales han participado 1054 trabajadores de la salud de los municipios PDET.
- Se realizaron 30 talleres para la consolidación de planes de trabajo municipales para la
 prevención del embarazo en adolescentes en municipios PDET, contando con la participación
 de 85 hombres y 363 mujeres que trabajan en las instituciones territoriales encargadas de
 liderar los procesos con las poblaciones. Así mismo, se desarrollaron 5 foros juveniles para
 promover la participación en derechos sexuales y derechos reproductivos, contando con la
 participación de 30 jóvenes líderes de municipios PDET quienes lideran estrategias locales
 para la prevención del embarazo adolescente.

Adicionalmente, con el objetivo de fortalecer la prestación de servicios de salud que se brindan a las mujeres en territorios PDET, el proyecto Salud para la Paz entregó insumos y equipos a 26 hospitales.

PUNTO 3. FIN DEL CONFLICTO. REINCORPORACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Atención en salud en las ETCR

Durante la vigencia 2020 el MSPS continuo con la implementación del Esquema de Salud de los Espacios Territoriales de Salud, del cual se resalta un total de 9.705 atenciones a lo largo del año 2020 a través del despliegue mensual de médicos en antiguos ETCR y veredas aledañas. Del total de atenciones 60% han sido a mujeres y 35% a niños, niñas y adolescentes. Así mismo, de las 9705 atenciones, 64% ha sido a comunidades aledañas y el resto a población en proceso de reincorporación.

A esto se suma la realización de 70 jornadas extramurales adicionales en dichos espacios en los que se realizaron 7.372 atenciones, de los cuales el 72% a comunidades y el restante a población en proceso de reincorporación. Del total 62% de las atenciones fueron a mujeres, y 44% a Niños, niñas y adolescentes.

Es importante destacar que a la fecha se han reportado 825 evacuaciones con las ambulancias dispuestas para los esquemas de salud en antiguos ETCR.

Finalmente, es de mencionar que mediante la Resolución 2526 de 2020, el Ministerio de Salud realizó transferencias por \$1.932.550.000 a Empresas Sociales del Estado con el objetivo de fortalecer la implementación de Esquema de salud para los antiguos Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación.

Atención y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto

Con el fin de avanzar la cobertura de la meta esperada para las personas con discapacidad en proceso de reincorporación, a través del Convenio ARN-OIM-Minsalud, se logró que 316 personas con discapacidad en proceso de reincorporación fueran valoradas por el equipo multidisciplinario según las disposiciones de la Resolución 113 de 2020, es decir el 28% de la meta definida para 2021 (1.100 personas con discapacidad en proceso de reincorporación).

Estas valoraciones se realizaron a través de profesionales formados como certificadores y que se encontraban en el directorio nacional de certificadores y las IPS donde se desarrollaron las valoraciones dieron cumplimiento a los requisitos técnicos, tecnológicos y administrativos establecidos por la Resolución 1043 de 2020.

Los resultados de estas valoraciones se encuentran en la plataforma SISPRO- Aplicativo WEB de la Certificación y Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Sobre la atención integral en salud para diciembre 2020, se encontró que el 61% del total de personas excombatientes de las Farc valoradas para certificación de discapacidad que han recibido atención en salud. Es decir, a la fecha de corte 130 personas del total de valoradas han recibido atención en salud.

PUNTO 4. SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas

Durante la vigencia 2020, se adelantó el ajuste en la Ruta Integral de Atención para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia (diagrama de capas), y el lineamiento técnico para su operación, en lo relacionado con la matriz de evidencia, intervenciones individuales y colectivas. Es de resaltar en a través de los diferentes componentes se transversalizó el enfoque de género, esto como respuesta a los indicadores de género del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final.

Adicionalmente, se socializó el avance de la Ruta en el espacio de dialogo nación-territorio con los referentes territoriales, con el fin de recibir primeras apreciaciones o ajustes.

Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas Implementación de la Política

Durante el transcurso de la vigencia 2020 se asistieron técnicamente las 32 entidades direcciones departamentales de salud frente al proceso de formulación e implementación de la dimensión de convivencia social y salud mental Plan Territorial de Salud, así como en la formulación y ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas.

Este ejercicio se ve reflejado en la inclusión de acciones para la implementación de la política integral para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, en los 32 planes departamentales de salud.

Por otro lado, es importante resaltar que a finales del mes de diciembre de 2019 se logró la adopción del "Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas", en la Sesión Ordinaria N° 34 de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones indígenas lo que significa el cumplimiento anticipado de la meta definida para 2020, y durante el último trimestre del 2020 se elaboró y socialización el ABECÉ de los lineamientos para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y las comunidades indígenas con lo cual se espera fortalecer el acompañamiento técnico territorial en la implementación del lineamiento.

Adicional a lo anterior, en el marco de la implementación del enfoque étnicos en la política se avanzó en acompañar técnicamente en:

- Inclusión del abordaje étnico indígena en la construcción del programa nacional de conducta suicida que se aterrizará en los territorios en un plan; en este sentido se acompañó técnicamente a Cauca y Córdoba.
- Socialización de la caracterización realizada en el departamento de Boyacá- mesa interdepartamental, relacionada con la comunidad Uwa; a partir de este espacio, se acompañó técnicamente al hospital de Cubará en la construcción de una propuesta de modelo de abordaje de salud mental intercultural para el pueblo Uwa
- Seguimiento a los avances realizados por el departamento de Vaupés y Amazonas frente a la situación de la conducta suicida en población indígena.
- Análisis interno (MSPS) frente al alto consumo de SPA en población Nukak, Guaviare.
- Implementación y el cierre del proyecto de uso intercultural de la guía mhGAP con el pueblo Awá, en Nariño, en coordinación con OPS.
- Conversatorio nacional sobre abordaje intercultural de la conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas desde las voces de los pueblos indígenas (experiencias nacionales e internacionales)
- Asistencia técnica a los departamentos de Tolima; Huila; Boyacá, Cundinamarca, Córdoba Sucre, Cesar, Guainía, Amazonas, Putumayo, Caquetá, Guaviare, Vaupés Nariño; Cauca; Bolívar, Arauca, Meta, Casanare, Santander y Norte de Santander frente a la implementación del "Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI", así como de las recomendaciones para la promoción de la convivencia y la armonía espiritual y del pensamiento (salud mental) durante el brote del COVID-19 en población indígena.

 Desarrollo de Grupo focal sobre el abordaje de salud intercultural para población afrodescendiente, raizales, palenqueros y negros para recoger elementos que permitieran avanzar en la estructuración de una propuesta de documento técnico para el abordaje integral e intercultural en salud mental para esta población.

Atención en salud a personas que consumen sustancias psicoactivas

Con corte a 31 de diciembre fueron atendidos 20.531 mujeres y 43.255 hombres con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, es importante precisar que este indicador tiene un rezago 180 días, por lo tanto, el reporte oficial se realizará el en mes de julio de 2021.

Frente al desarrollo de capacidades, al inicio de la vigencia se continuo con el proceso de formación al Talento humano en salud para la atención de las personas que consumen sustancias psicoactivas se continua con el proceso de implementación territorial del Curriculum Universal De Tratamiento (UTC) en su componente básico, se cuenta con 42 entrenadores nacionales de Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Antioquia, Risaralda, Quindío, Atlántico, Bolívar y Magdalena.

Y, para finalizar la vigencia, se inició proceso de formación para el talento humano en salud, financiado por la embajada americana con el fin de realizar desarrollo de capacidades a través de UNODC en herramientas para el tratamiento, adicionalmente se avanzó en el plan de asistencia técnica y acompañamiento territorial permanente, orientado a mejorar las capacidades individuales, organizacionales y comunitarias en el ámbito territorial (departamentos, distritos y municipios) para contribuir al logro de la gestión territorial y los resultados en salud esperados.

Entrega del Premio Nacional a la "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas".

El Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento al artículo 8 de la Ley 1566 de 2012, entrego por primera vez el Premio Nacional a la "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas". Para la vigencia 2020 el premio está orientado a las Buenas prácticas de reducción de consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19.

En el proceso de evaluación participaron 23 jurados evaluadores en su mayoría miembros pertenecientes del Consejo Nacional de Salud Mental, reconocidos expertos y académicos a nivel nacional y especialistas del Ministerio de Salud y Protección Social. Tras el proceso de evaluación, los ganadores fueron:

Entidad territorial: Alcaldía de Gachancipá (Cund.)

Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Asociación Niños de Papel.

Organizaciones no gubernamentales: Corporación Nuevos Rumbos.

Entidades Educativas: Universidad del Cauca.

Conversatorio" Personas de los sectores sociales LGBTI y derecho a la atención en salud durante la pandemia"

El Ministerio de Salud y Protección Social realizó el conversatorio" Personas de los sectores sociales LGBTI y derecho a la atención en salud durante la pandemia" dirigido a las entidades territoriales de salud y de los sectores sociales, en el este espacio participaron 105 personas pertenecientes a los 32 departamentos y 5 distritos del territorio colombiano referentes de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.

PUNTO 5. VICTIMAS. PLAN NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El Ministerio publicó el proyecto de Decreto a través del cual se adopta el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición. En relación con las líneas estratégicas del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, frente a las cuales el Ministerio avanza en su ejecución, se destaca las siguientes acciones desarrolladas:

LÍNEA 1. ARTICULACIÓN CON LOS MECANISMOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE VERDAD, JUSTICIA, REPARACIÓN Y NO REPETICIÓN.

El Ministerio continuó las acciones de coordinación y derivación de casos de víctimas que solicitan atención en el marco del PAPSIVI, por parte de la Jurisdicción Especial para la Paz y la Unidad de Búsqueda de Personas Desaparecidas. Así mismo, se desarrolló acciones específicas de coordinación con la Comisión de la Verdad, con el fin de contribuir con información frente a los daños psicosociales y las afectaciones en salud con ocasión al conflicto armado. Lo anterior, en el marco de los informes que adelanta la Comisión.

LÍNEA 2. MEDIDAS PARA LA RECUPERACIÓN EMOCIONAL INDIVIDUAL

Componente psicosocial

El Ministerio adelantó el proceso competitivo en el marco del Decreto 092 de 2017, a través del cual se seleccionó las ESAL (es) con idoneidad técnica para la implementación nacional del PAPSIVI, en el marco de lo anterior se seleccionó y suscribió los siguientes convenios de asociación: 473 de 2020, 469 de 2020 y 470 de 2020.

Con la implementación de los tres convenios de implementación se atendieron alrededor 97.153 personas, se estas, alrededor del 17% (16.730) manifestaron pertenecer a un grupo étnico.

Componente de Atención Integral en Salud

Cobertura de afiliación

Como resultado del cruce entre el Registro Único de Víctimas (RUV) y la Base Única de Afiliados (BDUA), (con corte a enero de 2021), el MSPS identificó que de un total de 8.187.494 personas víctimas únicas plenamente identificadas, 7.581.620 víctimas se encontraron afiliadas al Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que representa el 92.6% de cobertura de afiliación.

Rehabilitación física y mental

En el marco del SGSSS, con corte de información a noviembre de 2020, 14.758 víctimas recibieron 86.125 atenciones de rehabilitación física y 18.015 víctimas recibieron 123.158 atenciones en rehabilitación mental. Así mismo, 3141 víctimas recibieron servicios de rehabilitación física y mental, con un total de 64.155 atenciones.

6.3. Estudios, evaluación de políticas públicas en salud y gestión del conocimiento

Se desarrollaron estudios, evaluaciones e investigaciones priorizados en la Agenda 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, en esta agenda, se abordaron temas de interés en materia de salud pública y se generaron insumos que contribuyan a la toma de decisiones de las áreas misionales y aporten elementos para orientar la formulación y re orientación en política pública.

Las principales temáticas abordadas fueron:

Evaluación de Resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La evaluación de resultados del sistema es una iniciativa delegada a la OAPES, para dar respuesta a lo establecido en el Art. 2 de la Ley 1438, la cual establece que "le corresponde al Gobierno Nacional, realizar cada 4 años una evaluación integral de resultados del SGSSS", dado que la misma Ley definió que es competencia del "Gobierno Nacional" la realización de la evaluación del sistema, la OAPES presentó al Departamento Nacional de Planeación - DNP a finales del año 2019 la propuesta de ejecución de esta evaluación, haciendo énfasis en el requerimiento normativo, pero principalmente, destacando la importancia que representa para el gobierno identificar y sistematizar recomendaciones y aprendizajes que orienten las políticas públicas del país en materia de salud. Resultado de esta gestión, el DNP incluyó la evaluación del SGSSS en la agenda nacional de estudios y evaluaciones para el año 2020.

A lo largo del año 2020, se fortaleció una dinámica de trabajo interinstitucional, entre el Grupo de Estudios Sectoriales de la OAPES del Ministerio y dos personas delegadas por el DNP, en este período se construyó la ruta metodológica que estableció de manera conjunta con los equipos técnicos de las diferentes dependencias del Ministerio, los parámetros de investigación definidos

para evaluaciones de este tipo, trabajo que se realizó a lo largo de la vigencia 2020 y se espera culminar en el año 2021.

De otra parte, la evaluación busca adicionalmente:

- Involucrar la visión y aportes de todas las áreas técnicas del Ministerio de Salud.
- Involucrar la visión y aportes de otras instituciones del sector, academia y organismos internacionales como la OPS.
- Construir sobre lo construido, capitalizar esfuerzos e investigaciones previas adelantadas por el MSPS, OCDE y otros actores que han trabajado por el mejoramiento del sistema de salud del país.
- Elaborar un documento de investigación y consulta, que se constituya en fuente para la toma de decisiones y orientación en materia de política pública en salud.
- Aportar en la construcción de un sistema de evaluación continua, que permita el seguimiento y monitoreo permanente; facilite la evaluación periódica de factores críticos del sistema y genere sinergias que nutran otras evaluaciones mandato de ley, entre ellas la Ley Estatutaria en Salud.

El balance del año 2020 fue la elaboración del informe metodológico, el cual fue preparado por los miembros del GESEPP y el equipo de la DSEPP del DNP, como se mencionó anteriormente, este documento se constituye en el marco orientador para el desarrollo de las siguientes fases de la evaluación que se ejecutarán en la vigencia 2021. El documento fue socializado con los delegados de las diferentes dependencias del Ministerio y con actores claves identificados en el marco de la Evaluación, ellos: Organización Panamericana de la Salud – OPS; Universidad Javeriana; Superintendencia Nacional de Salud – SNS e Instituto Nacional de Salud - INS, de los cuales se recibirá retroalimentación en el mes enero de 2021.

Así mismo, se encuentra en etapa final el proceso de priorización de eventos en salud que quedaran incluidos en el marco de la evaluación, el proceso incluye una fase de validación de los indicadores priorizados con expertos técnicos del Instituto Nacional de Salud - INS y de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud.

Acompañamiento en la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2022-2031

Durante 2020, se diseñó la ruta metodológica que incluye las fases de: Aprestamiento, Formulación; Implementación; Seguimiento, monitoreo y evaluación. Así mismo, se acompañó la elaboración del documento de "Lineamientos Generales para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031", que incluye, antecedentes, marco político y normativo; Balance preliminar de las metas alcanzadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; la Propuesta de Esquema Operativo; la Ruta Metodológica y el Plan de Trabajo con su correspondiente Cronograma.

De otra parte, en la vigencia 2020, se apoyó la estructuración de la propuesta de productos de la Fase de formulación, que define orientaciones técnicas de:

- Diagnostico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades.
- Revisión sistemática de para la estructuración de los ordenadores del PDSP 2022-2031.
- Diagnóstico de necesidades para la participación, social, comunitaria y ciudadana

Acompañamiento en la Evaluación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de (PAPSIVI) Fase II

El Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública-GESEPP brindó acompañamiento técnico a la Oficina de Promoción Social en la "Evaluación de procesos, institucional y de resultados del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas de la Violencia – PAPSIVI ", el propósito fue la identificación de resultados del programa y de los aspectos a mejorar en la implementación tanto del componente de Atención Psicosocial como del componente de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial. Lo anterior, en el marco de la Ley 1448 de 2011 en lo pertinente a las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, en relación con los contenidos del último informe de la evaluación, se realizaron diferentes consideraciones desde el GESEPP-OAPES, los cuales quedaron consignados en diversos memorandos enviados a la Oficina de Promoción Social.

Como resultado en la vigencia 2020, la Oficina de Promoción Social elaboró el informe final de la evaluación.

Acompañamiento a la Evaluación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social – PPDIS.

El GESEPP de manera conjunta con la Oficina de Promoción Social, participó en el Comité Técnico de Seguimiento de la Evaluación de la PPDIS liderado por el Departamento Nacional de Planeación, realizando observaciones, sugerencias y aportes al proceso desarrollado en la evaluación, y por ende a cada uno de los productos presentados. Se generaron sinergias importantes entre las áreas técnicas del Ministerio, el equipo delegado por el DNP y la firma consultora Unión Temporal Econometría – SEI, operador de la evaluación.

Resultado del proceso de acompañamiento se apoyó y oriento el desarrollo de los siguientes productos:

- Informe metodológico y anexos
- Informe prueba piloto y anexos
- Informe final de trabajo de campo y anexos
- Informe de resultados y anexos
- Informe de recomendaciones y anexo

Los resultados consolidados de la Evaluación de PPDIS., serán presentados por el DNP y la firma en el primer trimestre del año 2021.

Finalmente, en el marco del Seminario Diálogos en Salud, escenario de divulgación y socialización de estudios y evaluaciones propios y de otras entidades, se realizaron diez (10) sesiones a lo largo del año 2020, donde se abordaron temas de interés nacional, entre ellos:

- Avances en la Evaluación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral PAPSIVI – MSPS – Oficina de Promoción Social / GESEPP
- Experiencia y retos para acelerar el descenso de la fecundidad adolescente. Caso Bogotá: Resultados del Estudio maternidad y paternidad temprana en adolescentes y jóvenes vulnerables – Secretaria Distrital de Integración Social
- Incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas PIC en la evolución financiera y en la operación de los hospitales Públicos – MSPS – OAPES / GESEPP
- Estrategia entorno laboral informal MSPS Dirección de Promoción y Prevención -Subdirección de Salud Ambiental
- Encuesta Nacional de Violencia contra niños, niñas y adolescentes en Colombia MSPS
 Dirección de Promoción y Prevención
- Boletines poblacionales: Una aproximación al enfoque diferencial MSPS Oficina de Promoción Social
- Contexto general de las Enfermedades Huérfanas en Colombia MSPS Subdirección de Enfermedades no Transmisibles
- Estudio de Solidaridad Cambios de comportamiento y expectativas luego de la cuarentena para controlar Covid-19 en Colombia Profamilia
- Migración y salud, perspectiva actual y retos del sector MSPS Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

A partir de la nueva realidad de Covid-19 se implementó la realización de seminarios virtuales. El uso de la tecnología, se constituyó en un factor favorable en la divulgación de conocimiento, dado que facilitó la participación de un mayor número de asistentes con una representatividad interesante por parte de actores fuera del ministerio y de territorios, pasando de una asistencia promedio de entre 20 y 25 personas a 80 a 100 asistentes.

6.4. Sistema de gestión

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Resolución 2363 del 5 de junio de 2018, ha mantenido su Sistema Integrado de Gestión como una herramienta sistemática y transparente constituida por el conjunto de instancias, políticas, estrategias, metodologías, principios, normas, procedimientos y mecanismos para la gestión de los diferentes procesos en procura de fortalecer el desempeño institucional. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Ministerio está articulado con los sistemas de Desarrollo Administrativo, de Gestión de la Calidad y el de Control Interno y se complementa con los demás sistemas de gestión como el de Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo y de Gestión Ambiental. Es así que el Grupo de Desarrollo Organizacional apoya constantemente a los líderes de los otros sistemas de Gestión en esta articulación.

Para la vigencia 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social contrato la auditoria de seguimiento de la Certificación Internacional de Calidad ISO 9001:2015, la cual fue ratificado en el cumplimiento de los requisitos, que en su conjunto permiten aumentar la calidad de los distintos servicios que ofrece el Ministerio. Como resultado la firma SGS S.A.S, concluyó que la entidad ha establecido y mantenido su Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos y servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.

En articulación con el modelo integrado de gestión en el año 2020, se definió una metodología para diseñar y mejorar procesos y procedimientos mediante el análisis de su contexto y la aplicación de diferentes herramientas de la gestión, con el fin de optimizar las actividades orientadas al servicio público y mejorar los resultados del Ministerio de Salud y Protección Social. Para lo cual se realizó un diagnóstico de los procesos y procedimientos a través del análisis de las funciones de las dependencias, y su relación con el Mapa de Procesos actual. De este resultado se elaborará propuesta del mapa de procesos mejorado, con el fin de que sea aprobado mediante los instrumentos dados en la metodología de Gestión integral del Cambio para la vigencia 2021.

Así mismo el Sistema Integrado de Gestión del Ministerio de Salud y Protección Social implemento, mejoro y aplico las metodologías relacionadas con:

- Oferta Institucional de productos y servicios
- Planes de Mejora
- Grupos de valor y de interés
- Gestión integral del cambio
- Elaboración y control de documentos del SIG
- Indicadores de Gestión de Procesos
- Medición de la satisfacción de las partes interesadas
- Gestión del conocimiento y la innovación

6.4.1 Modelo Integrado de Planeación y Gestión

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión–MIPG (Decreto 1499 de 2017) busca fortalecer la gestión y el desempeño de la Administración Pública y se adopta en la entidad bajo la Resolución 2363 de 2018, donde define las instancias y funciones para su implementación y evaluación; entre esas instancias está la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales como representante del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar la implementación del modelo. El Modelo es operado por 7 dimensiones y 18 Políticas que de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

De acuerdo a la calificación del FURAG obtenida de la vigencia 2019 y algunos autodiagnósticos de las diferentes políticas de gestión y desempeño, se elaboró el Plan de Actualización del Modelo

Integrado de Planeación y Gestión para la vigencia 2020, donde se definen actividades para la implementación de dichas políticas en los aspectos a mejorar identificados.

En la instancia de Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado en la vigencia 2020, se definieron los roles y responsabilidades de los líderes de implementación e intervinientes para cada una de las políticas del MIPG, entre las cuales la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales fue designada como líder de las políticas de Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, Gestión de la Información Estadística, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno, entre otras participaciones.

6.4.2 Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG)

La medición de la gestión y desempeño institucional, se realiza a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG), definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), que permite evaluar la implementación del MIPG y el cumplimiento de los requerimientos de las Políticas de Gestión y Desempeño de cada una de las Dimensiones del Modelo. Desde la OAPES se articula el levantamiento de la información con todas las dependencias para reportar, en el aplicativo FURAG, las acciones realizadas frente a las políticas de gestión y desempeño institucional contempladas en el MIPG.

Igualmente ha sido estructurada una metodología para la consolidación de las respuestas y evidencia objetiva de la vigencia 2019. Esta metodología consiste en un trabajo colaborativo entre los líderes de las diferentes políticas y un grupo operativo conformado en el que hace parte el Grupo de Desarrollo Organizacional, que permitió mejorar el puntaje obtenido en el FURAG para 2019.

Así, la gestión objeto de la última medición correspondió al año 2019, siendo la segunda realizada, ya que para 2018 se estableció una primera medición -o línea base- y sobre la cual se han efectuado distintos análisis comparativos. Es así que para la vigencia 2019 se tuvo un resultado global para el sector salud de 77,4% (mejoró 5,8 puntos en comparación con la medición anterior) y para el Ministerio de Salud y Protección Social de 93,4% (mejoró 18,1 puntos en comparación con la medición anterior). Es una mejora de 21% al compararse con los 76,2 puntos del 2018.

De acuerdo con el análisis de los resultados, el Ministerio ahora se ubica como la 10^a entidad entre las 223 entidades evaluadas, muy superior al puesto 54 obtenido en el 2018 (en ese entonces, 215 entidades de orden nacional fueron evaluadas).

Tomando como referente las políticas de gestión y desempeño, elemento base del MIPG, hay que destacar que el Ministerio ocupó el 1er. puesto entre los ministerios y cabezas de sector en las políticas de Gobierno Digital (puesto 2 entre 223 entidades del orden nacional) y en Gestión Documental (puesto 7 entre 223), y es el segundo mejor ministerio en Seguridad Digital (puesto 8 entre 223 y a solo 0,7 puntos de MinTIC que fue el mejor ministerio en esta política). Por otra parte, y si bien la Política de Gestión de la Información Estadística en este momento no es parte de la evaluación del FURAG 2019 por tratarse de una nueva medición, se destaca que se obtuvo el 7º puesto en esta política entre las 223 entidades del orden nacional

Adicionalmente, se acompaña a las entidades adscritas al Sector Salud y Protección Social, con el propósito de continuar implementando y mejorando el MIPG; entre otros aspectos, se estableció la estrategia Plan Padrinos y el Premio a la Gestión Sectorial.

6.5 Transparencia

En marco del cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, se ha trabajado en la implementación de sus requerimientos y de los criterios establecidos en la normatividad vigente. Con la implementación de la Ley de transparencia, se adelanta la articulación de los requerimientos de la Ley con otros planes y programas:

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Servicio al Ciudadano
- Estrategia Anti trámites
- Gestión de Calidad
- Estrategia Gobierno Digital
- Sistema Electrónico de Contratación Pública
- Iniciativa de Datos Abiertos
- Ley de Archivos –Programa de Gestión Documental
- Instrumentos de Gestión de la Información Pública.

Se mantiene actualizado el sitio web de la página de transparencia con los contenidos mínimos requeridos por la Ley.

(ver: https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/transparencia-acceso-informacion.aspx)

Además, se realiza seguimiento a la información publicada en la página web, mes a mes, de acuerdo a los parámetros establecidos en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información—ITA.

Por otra parte, en Comité Sectorial de Gestión y Desempeño, se construyó un plan de transparencia sectorial junto con las entidades del sector y el acompañamiento de las Oficinas Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Control Interno y Control Interno Disciplinario del Ministerio, en línea con las orientaciones de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. El plan abarca 5 subcomponentes: i) Política de Administración de Riesgos; ii)

Mapas de Riesgos; iii) Transparencia Sectorial; iv) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; v) Gestión Disciplinaria, el cual se estableció con actividades, productos, responsables (o gestores) y términos.

Se definió la Política sectorial de Transparencia e Integridad el cual establece las directrices que deben seguir el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y las entidades del adscritas al sector, para el desarrollo de planes, programas, herramientas o instrumentos enfocados a la detección, prevención de la corrupción y la promoción de la integridad y transparencia en la operación de sus procesos y la gestión de las actuaciones de sus funcionarios y servidores públicos.

6.5.1 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Para dar cumplimiento a lo establecido en el marco de la Ley 1712 de 2014, el Decreto 124 de 2016 y demás normas, se realizó la gestión para la formulación, consolidación y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (en la página Web del Ministerio) para la vigencia 2020. Esto en los componentes de: a) gestión del riesgo de corrupción—mapa de riesgos de corrupción; b) racionalización de trámites; c) rendición de cuentas; d) mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; e) mecanismos para la transparencia y el acceso a la información y f) Integridad.

Para su construcción se desarrolló orientación metodológica, recopilación y publicación del mismo incluyendo los componentes preestablecidos por ley. Se encuentra definidos los periodos de monitoreo y seguimiento para el desarrollo del mismo.

https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/plan-anticorrupcion-atencion-ciudadano-.aspx).

Adicionalmente, se realizaron las actualizaciones del caso con seguimiento cuatrimestral por parte de la Oficina de Control Interno.

Durante el mes de diciembre de 2020 se finalizó el ciclo de la gestión de los riesgos de corrupción y se inició la formulación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para el año 2021.

6.5.2 Administración de riesgos y oportunidades

Como resultado de la actualización de la política de administración de riesgos del 2019, se realizó la revisión y actualización para la vigencia 2020 de los riesgos de corrupción y riesgos de gestión en el marco de los objetivos de los procesos, así como la definición de los riesgos estratégicos en el marco de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se estableció en el marco de las líneas de acción de política institucional de riesgos, el monitoreo sobre los controles y las acciones establecidas para la primera línea de defensa por parte de los líderes de proceso y el seguimiento de la Oficina de Control Interno. Como parte de la estrategia de divulgación y sensibilización en las temáticas de riesgos se publicaron diferentes infografías en el tema a través de SaludNet.

Para la vigencia 2020, se dio inicio a la revisión y aprobación de la política de riesgos en lo relacionado con Seguridad Digital y la actualización de las metodologías con base en las observaciones y recomendaciones del ente certificador y de la Oficina de Control Interno. Para lo cual se plantearon acciones de mejora, enfocadas a garantizar la identificación de los controles y la priorización de los riesgos identificados frente a la cobertura de los procesos y su articulación al contexto estratégico 2020.



Anexos

Anexo 1. Informe de ejecución del Presupuesto del Sector Salud y Protección Social 2020

ANÁLISIS GENERAL SECTORIAL

Para la vigencia de 2020, para el sector se tiene una apropiación vigente de \$35.37 billones, de los cuales \$13 mil millones (0.04%), se encuentran en estado de apropiación bloqueada. Del restante de recursos para el mes de diciembre de 2020, quedan en apropiación real \$35.37 billones a corte de 31 de diciembre de 2020; se han comprometido el 97.66% de estos recursos y obligado el 97.30%.

APR. VIGENTE	APR BLOQUEADA	APROPIACIÓN REAL	COMPROMISO	OBLIGACION
\$35.367.853.689.768	\$13.726.701.898	\$35.354.126.987.870	\$34.527.146.007.229	\$34.401.120.271.746

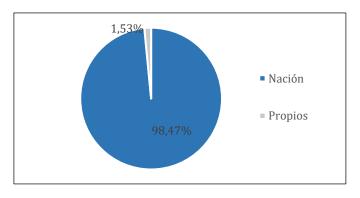
Apropiación Bloqueada por entidad

Entidad	APR BLOQUEADA
MSPS	\$347.508.650,00
INS	\$0,00
SUPERSALUD	\$4.425.161.846,00
INVIMA	\$8.954.031.402,00
FERROCARRILES - SALUD	\$0,00
FERROCARRILES - PN	\$0,00

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

La composición de los recursos por fuente de financiamiento de dicho presupuesto para el mes de diciembre de 2020 es de recursos nación \$34,83 billones y recursos propios \$541 mil millones (ver gráfico No. 1). Por otro lado, el gráfico No. 2 nos muestra cómo están distribuidos estos recursos por fuente de financiación en cada una de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico No. 1 Composición del Presupuesto por fuentes de financiación



FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

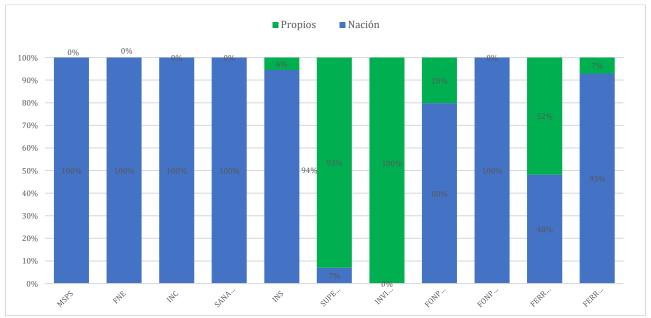
Tabla No. 1 Composición del Presupuesto por fuentes de financiación

ENTIDAD	NACIÓN	%	PROPIOS	%
MSPS	\$34.050.510.788.771	100%	\$0	0%
FNE	\$3.913.012.430	100%	\$0	0%
INC	\$1.874.137.996	100%	\$0	0%
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	\$842.113.695	100%	\$0	0%
INS	\$77.287.162.669	94%	\$4.517.408.000	6%
SUPERSALUD	\$11.629.342.867	7%	\$153.977.457.511	93%
INVIMA	\$0	0%	\$187.146.465.502	100%
FONPRECON PN	\$236.708.218.000	80%	\$59.822.670.000	20%
FONPRECON CN	\$1.637.748.000	100%	\$0	0%
FERROCARRILES SALUD	\$101.369.301.956	48%	\$108.971.622.000	52%
FERROCARRILES PN	\$341.552.399.371	93%	\$26.093.841.000	7%

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 – Cálculos MinSalud

Gráfico No. 2 Composición por entidad del destino de los recursos apropiados por fuente de financiamiento.

Vigencia diciembre 2020



FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

Así mismo, la composición de dicho presupuesto para el mes de diciembre de 2020 por funcionamiento es de \$34.66 billones y de inversión \$707 mil millones (ver gráfico No. 3). Por otra parte, el gráfico No. 4 nos muestra cómo están distribuidos estos recursos en cada una de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.



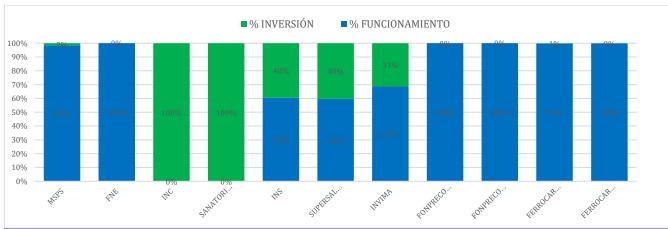
FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

Tabla No. 2 Composición del Presupuesto por destino de los recursos

Tabla No. 2 Composición del Fresupuesto por destino de los recursos						
	FUNCIONAMIENTO	% FUNCIONAMIENTO	INVERSIÓN	INVERSIÓN		
MSPS	\$33.506.458.525.186	98%	\$544.052.263.585	2%		
FNE	\$3.913.012.430	100%	\$0	0%		
INC	\$0	0%	\$1.874.137.996	100%		
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	\$0	0%	\$842.113.695	100%		
INS	\$49.424.612.072	60%	\$32.379.958.597	40%		
SUPERSALUD	\$98.715.994.000	60%	\$66.890.806.378	40%		
INVIMA	\$128.530.585.000	69%	\$58.615.880.502	31%		
FONPRECON PN	\$296.339.174.000	100%	\$191.714.000	0%		
FONPRECON CN	\$1.637.748.000	100%	\$0	0%		
FERROCARRILES SALUD	\$209.213.230.629	99%	\$1.127.693.327	1%		
FERROCARRILES PN	\$366.456.240.371	100%	\$1.190.000.000	0%		
SECTOR SALUD	\$34.660.689.121.688	98%	\$707.164.568.080	2%		

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

Gráfico No. 4 Composición por entidad del destino de los recursos de apropiación vigente. Diciembre 2020



FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

A diciembre de 2020 se han comprometido el 97.62% de los recursos apropiados del sector y obligado el 97.27%, sin embargo no es la óptima por ser la última del año. Ver gráfico 5.

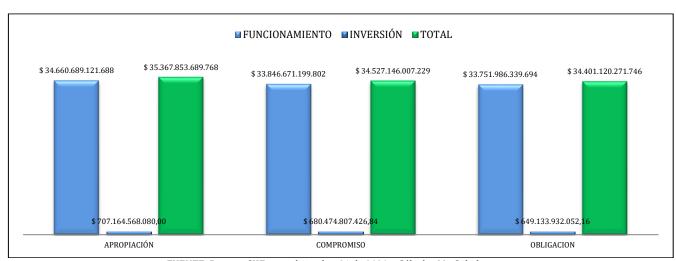


Gráfico No. 5 Estructura del Gasto y Ejecución

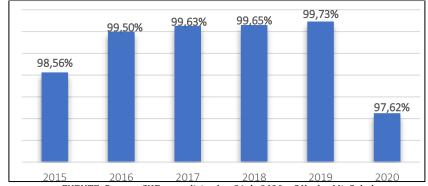
FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

De acuerdo con el Gráfico No. 5, los recursos de funcionamiento son el 98.00% del total de la apropiación, mientras que el presupuesto de Inversión es el 2.00%. En funcionamiento se acumularon compromisos por monto de \$33.85 billones, equivalentes al 95.70% de la apropiación y obligaciones por \$33.75 billones, equivalentes al 95.43%; por su parte, la inversión a nivel de compromisos fue del 1.92% (\$680 mil millones) y las obligaciones se ubicaron en el 1.84% (\$649 mil millones).

Nivel de desempeño para el periodo 2015 - 2020

El gráfico 6 contrasta los porcentajes comprometidos durante el mes doce del 2020 frente al mismo mes de la serie 2015 – 2019 de la cual se presenta que el 2020 es el nivel más bajo con un 97.62% comprometido. El porcentaje promedio de compromiso en los años anteriores es de 99.41%, y por lo tanto el año 2020 está por debajo 1.79%. Por otro lado, con relación al año inmediatamente anterior, se evidencia una disminución de compromiso de 2.11%.

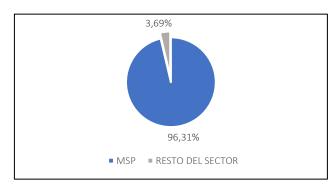
Gráfico No. 6 Comparativo de la ejecución acumulada al mes de diciembre 2015 a 2020



FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 – Cálculos MinSalud

Evaluación de la Ejecución diciembre 2020 por Entidad del Sector Salud

Gráfico No. 7 Composición Estructural del Presupuesto 2020



dan cuenta de la gestión del Sector.

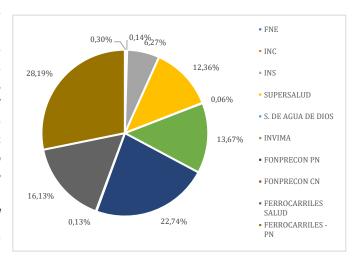
Con respecto de la participación en el presupuesto, se observa que el 96.31% (\$34.01 billones) del total corresponde a la Unidad Ejecutora 190101 Ministerio de Salud y Protección Social, mientras que el restante 3.69% (\$1.30 billones) se distribuyen entre las demás entidades que integran el Sector Salud y Protección Social, razón por la cual y en gran medida los resultados del Ministerio

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

Gráfico No. 8 Composición Estructural del

Presupuesto 2020

Con respecto de la participación en el presupuesto del resto del sector, el cual se evidencio que era un 3.69% (\$1,30 billones), distribuido en las 10 entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, exceptuando el Sanatorio de Contratación, y Dermatológico Federico Lleras Acosta que no tienen apropiación. Las unidades ejecutoras con mayor presupuesto son las 191402 fondo pasivo social de ferrocarriles nacionales de Colombia –pensiones 28.19% (\$367.65 mil millones) y 191301 fondo de previsión social del congreso – pensiones 22.74% (\$296,53 mil millones).



FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 – Cálculos MinSalud

Seguidamente, la tabla No. 3 muestra de manera discriminada por Entidad y consolidada del Sector, la estructura presupuestal por rubros principales con destinación de funcionamiento, lo cual nos presenta de forma discriminada como ha sido el porcentaje de inversión de los principales rubros de esta destinación.

En cuanto al Sector, se observa que el 98.67% del presupuesto corresponde a Transferencias, Gastos de Personal explican el 0.79%; las Adquisición de Bienes y Servicios en el 0.28%, y los Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora representan el 0.25%. Los demás rubros (Gastos de Comercialización y Producción, Disminución de Pasivos) no cuentan con recursos por funcionamiento del Sector.

Tabla No. 3 estructura presupuestal por rubros principales con destinación de funcionamiento

Entidad	Gastos de Persona l	Adquisi ción de Bienes y Servici os	Transfere ncias Corrientes	Gastos de Comerciali zación y Producció n	Disminució n de Pasivos	Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora
MSPS	0,19%	0,05%	99,50%	0,00%	0,00%	0,25%
FNE	42,48%	21,03%	35,32%	0,00%	0,00%	1,17%
INC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SANATORIO DE CONTRATACION	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
INS	71,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SUPERSALUD	71,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

INVIMA	73,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
FONPRECON PN	1,30%	25,49%	1,82%	0,00%	0,00%	1,49%
FONPRECON CN	0,00%	22,75%	5,74%	0,00%	0,00%	0,34%
FERROCARRILES SALUD	1,41%	19,72%	6,79%	0,00%	0,00%	0,49%
FERROCARRILES PN	0,44%	0,99%	97,69%	0,00%	0,00%	0,02%
SECTOR SALUD	0,79%	0,28%	98,67%	0,00%	0,00%	0,25%

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 – Cálculos MinSalud

Así las cosas, ya habiendo revisado los rubros principales con destinación de funcionamiento, se mostrará la estructura presupuestal por rubros principales con destinación de inversión (ver tabla 4), lo cual nos presenta de forma discriminada como ha sido el porcentaje de inversión de principales rubros de dicha destinación.

En cuanto al Sector, se observa que el 79.17% del presupuesto corresponde a el rubro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Inspección Vigilancia y Control con el 14.16%; Fortalecimiento de la Gestión en el 4.93%. Por otro lado, el rubro de Aseguramiento y Administración del Sistema de Seguridad Social en Salud representa el 1,74% del total de los recursos por inversión del Sector, que corresponden únicamente al Ministerio de Salud y Protección Social (1.98%) y a la Superintendencia Nacional de Salud (2.30%)

Tabla No. 4 estructura presupuestal por rubros Principales con destinación de inversión

ENTIDADES	Salud Pública y Prestación de Servicios	Aseguramiento y Administración del Sistema de Seguridad Social en Salud	Inspección Vigilancia y Control	Fortalecimiento de la Gestión
MSPS	97,48%	1,98%	0,00%	0,55%
FNE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
INC	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SANATORIO DE CONTRATACION	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	35,62%	0,00%	0,00%	64,38%
DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
INS	84,56%	0,00%	0,00%	15,44%
SUPERSALUD	0,00%	2,30%	71,93%	25,76%
INVIMA	0,00%	0,00%	88,75%	11,25%
FONPRECON PN	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
FONPRECON CN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
FERROCARRILES SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
FERROCARRILES PN	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
SECTOR SALUD	79,17%	1,74%	14,16%	4,93%

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

Ejecución Presupuestal del Sector por compromisos y obligaciones

En la tabla No. 5, se presenta por Entidad y consolidada del Sector, la apropiación presupuestal y frente a la misma se muestra la ejecución de los recursos representados en cifras y porcentaje, tanto de los compromisos como de las obligaciones presupuestales acumuladas a corte 31 de diciembre de 2020. Se evidencia que tanto el Sanatorio de Contratación, como el Dermatológico Federico Lleras Acosta no tienen recursos y por lo tanto el análisis se realiza sin tener en cuenta esas entidades.

Tabla No. 5 Ejecución Presupuestal del Sector por compromisos y obligaciones

Entidad	APROPIACIÓN	COMPROMISO	% COMP.	OBLIGACION	% OBLIG.
MSPS	\$34.050.510.788.771	\$33.266.911.398.586	97,70%	\$33.176.127.013.916	97,43%
FNE	\$3.913.012.430	\$2.682.118.989	68,54%	\$2.637.324.478	67,40%
INC	\$1.874.137.996	\$1.427.222.987	76,15%	\$1.203.673.677	64,23%
SANATORIO DE CONTRATACION	\$0	\$0	0,00%	\$0	0,00%
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	\$842.113.695	\$462.886.040	54,97%	\$285.931.298	33,95%
DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS	\$0	\$0	0,00%	\$0	0,00%
INS	\$81.804.570.669	\$78.656.544.403	96,15%	\$75.765.266.983	92,62%
SUPERSALUD	\$165.606.800.378	\$156.775.394.081	94,67%	\$149.799.344.696	90,45%
INVIMA	\$187.146.465.502	\$157.273.471.743	84,04%	\$156.386.685.897	83,56%
FONPRECON PN	\$296.530.888.000	\$293.996.593.270	99,15%	\$293.749.959.885	99,06%
FONPRECON CN	\$1.637.748.000	\$1.168.395.978	71,34%	\$1.168.395.978	71,34%
FERROCARRILES SALUD	\$210.340.923.956	\$202.700.269.404	96,37%	\$180.183.728.923	85,66%
FERROCARRILES PN	\$367.646.240.371	\$365.091.711.749	99,31%	\$363.812.946.016	98,96%
SECTOR SALUD	\$35.367.853.689.768	\$34.527.146.007.229	97,62%	\$34.401.120.271.746	97,27%

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2020 - Cálculos MinSalud

En cuanto al Sector, se observa que acumuló compromisos presupuestales del 97.62% y obligaciones del 97.27% del presupuesto definido para ese corte.

Por entidad se evidencia que, de las 13 unidades ejecutoras, Ferrocarriles Pensiones es la entidad que más ha comprometido con 99.31% y Sanatorio de Agua de Dios la que menos con 54.97%. En las demás entidades que componen el Sector Salud, se encontró con un total de compromisos entre el 68.54% y el 99.15%.

Respecto a las obligaciones presupuestales se con menos recursos obligados (33.95%) el Sanatorio de Agua de Dios; entre el 64.23% y el 98.96% se encontraron las demás entidades del sector salud como refleja el cuadro.

190101 - Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, el 98.40% del presupuesto corresponde a recursos de funcionamiento, mientras que la Inversión representa el 1.60% del total.

La ejecución total, en término de compromisos al 31 de diciembre de 2020 acumuló el 97.70%, en cuanto a funcionamiento fue del 97.71% y la Inversión del 97.28%.

En lo referente a obligaciones al cierre del mes de diciembre de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social acumuló el 97.43%, siendo en Funcionamiento del 97.50% y en Inversión 93.31%.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL								
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % OBLIG.								
FUNCIONAMIENTO	\$33.506.458.525.186	\$32.737.670.818.939	\$32.668.480.611.818	97,71%	97,50%			
INVERSIÓN	\$544.052.263.585	\$529.240.579.647	\$507.646.402.099	97,28%	93,31%			
TOTAL	\$34.050.510.788.771	\$33.266.911.398.586	\$33.176.127.013.916	97,70%	97,43%			

190106 - Unidad administrativa especial Fondo Nacional de Estupefacientes

El Fondo Nacional de Estupefacientes es la entidad con participación en el presupuesto del Sector del 0,01% y la ejecución en términos de compromisos a corte de 31 de diciembre de 2020 fue del 68.54% y obligaciones tan solo del 67.40%.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES								
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIG.								
FUNCIONAMIENTO	\$3.913.012.430	\$2.682.118.989	\$2.637.324.478	68,54%	67,40%			
INVERSIÓN	\$0	\$0	\$0	0,00%	0,00%			
TOTAL	\$3.913.012.430	\$2.682.118.989	\$2.637.324.478	68,54%	67,40%			

190109 - Instituto Nacional de Cancerología

El Instituto Nacional de Cancerología es la entidad con participación en el presupuesto del Sector del 0,01% y la ejecución en términos de compromisos a corte de 31 de diciembre de 2020 fue del 76.15% y obligaciones tan solo del 64.23%.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (INC)						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIG.						
FUNCIONAMIENTO	\$0	\$0	\$0	0,00%	0,00%	
INVERSIÓN	\$1.874.137.996	\$1.427.222.987	\$1.203.673.677	76,15%	64,23%	
TOTAL	\$1.874.137.996	\$1.427.222.987	\$1.203.673.677	76,15%	64,23%	

190111 - Sanatorio de Agua de Dios

El Sanatorio de Agua de Dios apropia el 0,002% del total del presupuesto del sector, siendo el menor de todos. El total de los compromisos fue del 54.97%; siendo para los recursos de funcionamiento del 0%, mientras que los recursos de inversión fueron del mismo 54.97%; respecto a las obligaciones presupuestales llegaron al 33.95% al cierre del último mes de la vigencia 2020.

SANATORIO DE AGUA DE DIOS						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIG.						
FUNCIONAMIENTO	\$0	\$0	\$0	0,00%	0,00%	
INVERSIÓN	\$842.113.695	\$462.886.040	\$285.931.298	54,97%	33,95%	
TOTAL	\$842.113.695	\$462.886.040	\$285.931.298	54,97%	33,95%	

190300 - Instituto Nacional de Salud - INS

El Instituto Nacional de Salud apropia el 0,23% del total del presupuesto del sector. El total de los compromisos fue del 96.15%; siendo para los recursos de funcionamiento del 96.21%, mientras que los recursos de inversión fueron del 96.06%; respecto a las obligaciones presupuestales llegaron al 92.62% al cierre del último mes de la vigencia 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIG.						
FUNCIONAMIENTO	\$49.424.612.072	\$47.552.671.611	\$47.061.431.871	96,21%	95,22%	
INVERSIÓN	\$32.379.958.597	\$31.103.872.792	\$28.703.835.112	96,06%	88,65%	
TOTAL	\$81.804.570.669	\$78.656.544.403	\$75.765.266.983	96,15%	92,62%	

191000 - Superintendencia Nacional de Salud - SNS.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud el 0,47% del total del presupuesto del sector. El nivel de ejecución de compromisos fue de 94.67%, teniendo en la parte de inversión una ejecución importante de 96.73%. En cuanto al de obligaciones llegó al 90.45%.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBL						
FUNCIONAMIENTO	\$98.715.994.000	\$92.072.480.137	\$91.290.560.847	93,27%	92,48%	
INVERSIÓN	\$66.890.806.378	\$64.702.913.944	\$58.508.783.848	96,73%	87,47%	
TOTAL	\$165.606.800.378	\$156.775.394.081	\$149.799.344.696	94,67%	90,45%	

191200 - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

El INVIMA da cuenta del 0.53% del total del presupuesto del Sector. El nivel de ejecución de compromisos fue de 84.04% y el de sus obligaciones llegó al 83.56% de los cuales inversión estuvo en 86.41% y funcionamiento en 82.26% al cierre del último mes de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % COMP.					% OBLIG.	
FUNCIONAMIENTO	\$128.530.585.000	\$106.095.553.166	\$105.734.660.429	82,54%	82,26%	
INVERSIÓN	\$58.615.880.502	\$51.177.918.577	\$50.652.025.467	87,31%	86,41%	
TOTAL	\$187.146.465.502	\$157.273.471.743	\$156.386.685.897	84,04%	83,56%	

191301 - Fondo de Previsión Social del Congreso (Pensiones) - FONPRECON.

La Unidad de Fondo de Previsión Social del Congreso (Pensiones), apropia el 0.84% del presupuesto total del sector, alcanzando al cierre del mes del presente informe una ejecución de recursos en compromisos y obligaciones del 99.15% y 99.06% respectivamente. Sus recursos de inversión han sido comprometidos en un 79.28% y obligado 56.46%, mientras que en funcionamiento los compromisos corresponden al 99.16% y lo obligado a 99.09%.

FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRESO - PENSIONES						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIGACIONES						
FUNCIONAMIENTO	\$296.339.174.000	\$293.844.593.270	\$293.635.959.885	99,16%	99,09%	
INVERSIÓN	\$191.714.000	\$152.000.000	\$114.000.000	79,28%	59,46%	
TOTAL	\$296.530.888.000	\$293.996.593.270	\$293.749.959.885	99,15%	99,06%	

191302 - Fondo de Previsión Social del Congreso (Cesantías y Vivienda) - FONPRECON.

Esta Unidad tiene tan solo un 0.005% de la apropiación total del sector salud, no cuenta con recursos de Inversión y para este periodo solo registró compromiso de 71.34% y que fue lo mismo que lo obligado.

FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRESO - CESANTIAS Y VIVIENDA							
RUBRO	RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLIG.						
FUNCIONAMIENTO	\$1.637.748.000	\$1.168.395.978	\$1.168.395.978	71,34%	71,34%		

INVERSIÓN	\$0	\$0	\$0	0,00%	0,00%
TOTAL	\$1.637.748.000	\$1.168.395.978	\$1.168.395.978	71,34%	71,34%

191401 - Fondo pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia - salud

La Unidad de Salud del Fondo pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con el 0.59% del total del presupuesto, presentó unos compromisos del 96.37% y obligaciones del 85.66% de acuerdo con el mes doce de la vigencia 2020. En los recursos de inversión cerro este mes con 93.23% de compromiso y 83.78% de obligado.

FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA - SALUD						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP. % OBLI						
FUNCIONAMIENTO	\$209.213.230.629	\$201.648.941.582	\$179.238.913.595	96,38%	85,67%	
INVERSIÓN	\$1.127.693.327	\$1.051.327.822	\$944.815.328	93,23%	83,78%	
TOTAL	\$210.340.923.956	\$202.700.269.404	\$180.183.728.923	96,37%	85,66%	

191402 - Fondo pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia - pensiones

La Unidad de pensiones del Fondo pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con el 1.04% del total del presupuesto del Sector, registró un total de compromisos del 99.31% y obligaciones del 98.96% para el cierre del mes de diciembre de la vigencia de 2020.

FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA -PENSIONES						
RUBRO APROPIACIÓN COMPROMISOS OBLIGACIONES % COMP.						
FUNCIONAMIENTO	\$366.456.240.371	\$363.935.626.130	\$362.738.480.792	99,31%	98,99%	
INVERSIÓN	\$1.190.000.000	\$1.156.085.618	\$1.074.465.224	97,15%	90,29%	
TOTAL	\$367.646.240.371	\$365.091.711.749	\$363.812.946.016	99,31%	98,96%	

CONCLUSIONES

Revisando las ejecuciones históricas se puede evaluar si el nivel de ejecución observado del 97.62% a final de 2020 es óptimo o no. Así las cosas, para el cierre del mes de diciembre de 2020 fue el más bajo de acuerdo a la línea de compromisos histórica de dicho mes, por cuanto todos se encuentra por encima del 98.56% en los últimos 6 años; el promedio del porcentaje de avance oscilaba entre el 99.41% los últimos 6 años; lo cual refleja que se estuvo por debajo 1.79% puntos porcentuales, esto con respecto al comportamiento de los últimos 6 años.

De manera comparativa con la vigencia anterior, la ejecución de la vigencia 2020 estuvo por debajo en 2.11% con respecto a 2019 lo cual muestra una leve tendencia a la baja frente a los recursos comprometidos a corte del cierre del mes actual.

Así las cosas, para el cierre del año 2020 falto por comprometer el 2.38%, lo cual conlleva a buscar estrategias para tener una utilización eficaz y eficiente de los recursos asignados al sector.

Es oportuno señalar que, en una vigencia afectada por la pandemia originada por la Covid-19, el nivel de ejecución alcanzado por parte del Sector Salud y Protección Social, da cuenta del importante esfuerzo realizado por aumentar mes a mes el nivel de compromisos y obligaciones, en la medida en que se avanza en el cumplimiento de los compromisos y metas del sector.



Anexo 2. Informe de ejecución de los proyectos de inversión, vigencia 2020

Informe de seguimiento a proyectos de inversión

Enero - Diciembre de 2020

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Planeación

1. Introducción

El seguimiento que efectúa la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales se fundamenta en criterios de impacto y cumplimiento, evidenciables en la calidad de la información registrada para cada proyecto de inversión en el aplicativo Seguimiento a Proyectos de Inversión SPI y en la generación de alertas tempranas que coadyuven a los directores/gerentes de proyectos en la correcta toma de decisiones sobre el desempeño de los proyectos a su cargo.

En este sentido, este ejercicio de reporte se desarrolla una vez finalizado el plazo para registrar el avance al mes de septiembre de los proyectos de inversión a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

Los indicadores de seguimiento que se analizan son los siguientes:

- % de Ejecución = Obligación / Apropiación Vigente
- % de Avance Físico del Producto = % de Avance Indicadores de Producto ponderados con la Apropiación Vigente. Corresponde al porcentaje de ejecución registrado de los productos, ponderado por el peso que cada uno tiene en el costo total del proyecto
- % de Avance Gestión = % de Avance Indicadores de Gestión ponderados con la Apropiación Vigente. Es el porcentaje de los indicadores de gestión, de acuerdo con la ponderación registrada en el SUIFP.

Como parte de la metodología se han definido tres rangos de evaluación así:

ALTO	MEDIO	BAJO
>= 90	>=80 - <90	<80
√		×

La estructura de este informe parte de la descripción de los resultados generales del Ministerio de Salud y Protección Social, para luego realizar el análisis a nivel de despachos y viceministerios y luego alerta sobre resultados con una ejecución inferior al 80%, las cuales se detallan para cada dependencia.

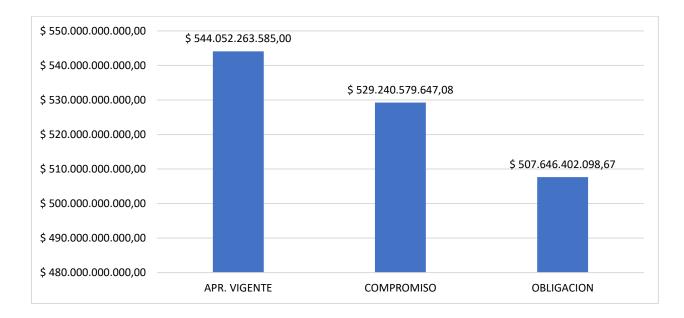
La fecha de corte del presente informe es 29 de enero de 2021. La fecha límite de registro de información en el SPI para el corte diciembre 31 de 2020 es enero 31 de 2021.

2. Ejecución financiera de los proyectos de inversión.

CONSOLIDADO EJECUCIÓN DE RECURSOS INVERSIÓN MSPS 2020

Apropiación	Compromisos	%	Ejecutado	%
Inicial	(diciembre 2020)	Compromiso	(diciembre 2020)	Ejecutado
\$ 544.052.263.585	\$ 529.240.579.647,08	97,28%	\$ 507.646.402.098,67	

Fuente SIIF Nación



El Ministerio de Salud y Protección Social MSPS inicia la vigencia 2020 con una apropiación presupuestal de recursos de inversión por valor de \$544.547.530.505, pero en el 2do. trimestre del año fueron adicionados \$13.523.509.240, valor que fue incorporado para atender necesidades del proyecto de inversión "Apoyo a Entidades Territoriales y ESE en proyectos que mejoren la capacidad resolutiva en la prestación de servicios de salud" por valor de \$10.000.000.000 y la diferencia corresponde a recursos que provienen de un convenio con el BID que fueron incorporados al proyecto de "Implementación de acciones de promoción y prevención

de la enfermedad", para atender la gestión administrativa y técnica del proyecto de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria – IREM.

Así mismo se tenía un bloqueo de recursos inicialmente por valor de \$20.000.000.000, de los cuales fueron desbloqueados \$5.280.000.000 quedando un total de \$14.720.000.000 bloqueados a corte a septiembre 30.

En total, en cuanto a las operaciones presupuestales relacionadas con recursos de inversión, durante la vigencia 2020 se realizaron adiciones por valor de \$26.774.466.160 y reducciones por valor de \$27.469.733.080, quedando al final de la vigencia una apropiación vigente de \$544.052.263.585.

La ejecución financiera acumulada a 31 de diciembre en relación con las obligaciones es del 93,31% presentando un incremento de 17.31 puntos porcentuales respecto del tercer trimestre. A nivel de compromisos, se llegó a un 97,28%, lo cual quiere decir que un 3,97% de los recursos de inversión se constituye en rezago presupuestal.



3. Ejecución física, financiera y de gestión proyectos de inversión MinSalud

Despacho	Programa	Código BPIN	Proyecto de Inversión	Avance Físico	Avance Gestión	Avance Financiero
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2016011000028	APOYO A ENTIDADES TERRITORIALES Y ESE EN PROYECTOS QUE MEJOREN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - NACIONAL	100,00%	100,00%	99,76%
Secretaría General	1999	'2017011000308	FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO LABORAL EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	100,00%	100,00%	96,68%
Despacho del Ministro	1901	'2017011000477	ORTALECIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL 100,00%		97,50%	71,06%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000015	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL NACIONAL	100,00%	100,00%	93,10%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000035	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	86,00%	90,00%	59,45%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000059	FORTALECIMIENTO DE LOS ACTORES PARA LA APROPIACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL EN SALUD NACIONAL	96,00%	100,00%	63,97%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1902	'2018011000060	ANÁLISIS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE BENEFICIEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD. NACIONAL	100,00%	100,00%	90,61%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000061	APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO NACIONAL	77,00%	50,00%	67,24%
Viceministerio de Protección Social	1902	'2018011000062	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	100,00%	0,00%	76,23%
Viceministerio de Protección Social	1902	'2018011000065	ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN Y SU IMPACTO PRESUPUESTAL RESPECTO A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN NACIONAL	100,00%	100,00%	70,61%



Despacho	Programa	Código BPIN	Proyecto de Inversión	Avance Físico	Avance Gestión	Avance Financiero
Despacho del Ministro	1999	'2018011000067	FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	100,00%	100,00%	93,74%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000073	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	100,00%	100,00%	81,76%
Secretaría General	1999	'2018011000081	REMODELACIÓN DE LAS SEDES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ	100,00%	100,00%	91,68%
Despacho del Ministro	1901	'2018011000085	ASISTENCIA PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD HACIA LA POBLACIÓN AFECTADA POR EMERGENCIAS Y DESASTRES NACIONAL	100,00%	100,00%	79,37%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000134	FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL	100,00%	100,00%	54,98%
Viceministerio de Protección Social	1901	'2018011000169	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y REGULACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD EN COLOMBIA. NACIONAL	9,00%	100,00%	90,51%
Despacho del Ministro	1999	'2018011000183	FORTALECIMIENTO DE LA COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD NACIONAL	100,00%	100,00%	90,57%
Secretaría General	1999	'2018011000199	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIO AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	100,00%	100,00%	98,97%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000202	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI NACIONAL	100,00%	92,00%	99,28%
Despacho del Ministro	1999	'2018011000208	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y DE LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES. NACIONAL	100,00%	100,00%	86,17%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000211	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. NACIONAL	86,00%	100,00%	91,42%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000213	FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CONDICIONES DE	97,00%	100,00%	85,38%



Despacho	Programa	Código BPIN	Proyecto de Inversión	Avance Físico	Avance Gestión	Avance Financiero
			INTEGRALIDAD, CONTINUIDADY CALIDAD NACIONAL			
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000221	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. NACIONAL	92,00%	97,60%	84,79%
Viceministerio Salud Pública y Prestación de Servicios	1901	'2018011000239	ASISTENCIA FINANCIERA PARA PROMOVER EL PROCESO DE FORMACIÓN DE RESIDENTES QUE CURSAN ESPECIALIZACIONES PRIORITARIAS PARA LA SALUD NACIONAL	100,00%	97,60%	100,00%
Viceministerio de Protección Social	1902	'2018011000246	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SGSSS- NACIONAL	68,00%	75,00%	61,06%
Despacho del Ministro	1901	'2019011000032	Apoyo al proceso de certificación de discapacidad Nacional	94,00%	100,00%	95,11%

Fuente SPI



Ejecución física, financiera y de gestión proyectos de inversión MinSalud

Proyecto de Inversión	APR. VIGENTE	COMPROMISO	% Compr	OBLIGACION	% Oblig
ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN Y SU IMPACTO PRESUPUESTAL RESPECTO A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN NACIONAL	\$ 4.000.000.000	\$ 3.084.564.712	77,11%	\$ 2.824.222.069	70,61%
ANÁLISIS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE BENEFICIEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD. NACIONAL	\$ 3.500.000.000	\$ 3.171.418.309	90,61%	\$ 3.171.418.309	90,61%
APOYO A ENTIDADES TERRITORIALES Y ESE EN PROYECTOS QUE MEJOREN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - NACIONAL	\$ 10.000.000.000	\$ 9.976.262.421	99,76%	\$ 9.976.262.421	99,76%
APOYO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD NACIONAL	\$ 5.000.000.000	\$ 4.765.360.667	95,31%	\$ 4.755.560.667	95,11%
APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO NACIONAL	\$ 10.264.635.000	\$ 8.894.336.783	86,65%	\$ 6.902.208.925	67,24%
ASISTENCIA FINANCIERA PARA PROMOVER EL PROCESO DE FORMACIÓN DE RESIDENTES QUE CURSAN ESPECIALIZACIONES PRIORITARIAS PARA LA SALUD NACIONAL	\$ 45.000.000.000	\$ 45.000.000.000	100,00%	\$ 45.000.000.000	100,00%
ASISTENCIA PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD HACIA LA POBLACIÓN AFECTADA POR EMERGENCIAS Y DESASTRES NACIONAL	\$ 1.000.000.000	\$ 904.060.622	90,41%	\$ 793.696.399	79,37%
FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL	\$ 26.274.223.840	\$ 22.361.943.729	85,11%	\$ 14.446.640.174	54,98%



Proyecto de Inversión	APR. VIGENTE	COMPROMISO	% Compr	OBLIGACION	% Oblig
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE					
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN	\$ 1.000.000.000	\$ 910.284.300	91,03%	\$ 847.911.197	84,79%
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. NACIONAL					
FORTALECIMIENTO DE LA COOPERACIÓN Y RELACIONES	\$ 500.000.000	\$ 452.829.207	90,57%	\$ 452.829.207	90,57%
INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD NACIONAL	\$ 500.000.000	\$ 452.629.207	90,57%	\$ 452.629.207	90,57%
FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS					
DE SALUD EN CONDICIONES DE INTEGRALIDAD,	\$ 4.950.000.000	\$ 4.540.850.901	91,73%	\$ 4.226.081.641	85,38%
CONTINUIDADY CALIDAD NACIONAL					
FORTALECIMIENTO DE LA RECTORIA PARA EL					
MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 1.550.000.000	\$ 1.012.988.058	65,35%	\$ 946.493.535	61,06%
EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -	\$ 1.550.000.000	\$ 1.012.988.038	05,5576	Ş 340.433.333	01,00%
SGSSS- NACIONAL					
FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y REGULACIÓN DE LAS	\$ 3.037.000.000	\$ 2.835.707.483	93,37%	\$ 2.748.740.101	90,51%
TECNOLOGÍAS EN SALUD EN COLOMBIA. NACIONAL	\$ 3.037.000.000	\$ 2.833.707.483	93,3776	\$ 2.746.740.101	90,5176
FORTALECIMIENTO DE LOS ACTORES PARA LA					
APROPIACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN	\$ 6.000.000.000	\$ 4.418.597.572	73,64%	\$ 3.838.436.965	63,97%
EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL EN SALUD NACIONAL					
FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS PARA LA					
ELABORACIÓN DE ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y					
EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y	\$ 1.150.000.000	\$ 1.037.301.035	90,20%	\$ 990.966.089	86,17%
DE LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE					
DECISIONES. NACIONAL					
FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL	\$ 480.000.000	\$ 459.983.807	95,83%	\$ 449.951.048	93,74%
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	\$ 460.000.000	Ş 433.363.60 <i>1</i>	93,63/6	\$ 445.531.046	93,74/0
FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO LABORAL EN EL					
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL	\$ 300.000.000	\$ 290.052.950	96,68%	\$ 290.052.950	96,68%
NACIONAL					



Proyecto de Inversión	APR. VIGENTE	COMPROMISO	% Compr	OBLIGACION	% Oblig
FORTALECIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	\$ 25.800.000.000	\$ 23.180.229.079	89,85%	\$ 18.333.166.194	71,06%
IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. NACIONAL	\$ 36.606.509.240	\$ 35.477.564.926	96,92%	\$ 33.465.423.798	91,42%
IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI NACIONAL	\$ 350.501.895.505	\$ 349.940.478.162	99,84%	\$ 347.991.125.047	99,28%
IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	\$ 3.400.000.000	\$ 3.147.122.472	92,56%	\$ 2.021.412.375	59,45%
IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	\$ 200.000.000	\$ 176.927.425	88,46%	\$ 163.515.999	81,76%
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIO AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 150.000.000	\$ 148.454.166	98,97%	\$ 148.454.166	98,97%
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 1.700.000.000	\$ 1.441.812.974	84,81%	\$ 1.295.968.268	76,23%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 1.288.000.000	\$ 1.244.741.711	96,64%	\$ 1.199.158.378	93,10%
REMODELACIÓN DE LAS SEDES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ	\$ 400.000.000	\$ 366.706.175	91,68%	\$ 366.706.175	91,68%
Total general	\$ 544.052.263.585	\$ 529.240.579.647	97,28%	\$ 507.646.402.099	93,31%

Fuente SIIF

4. Ejecución física, financiera y de gestión por programa presupuestal

En la siguiente tabla se observa el avance realizado por programa presupuestal siendo el de "Salud pública y prestación de servicios" el que jalona el resultado consolidado respecto al avance financiero, físico y de gestión, mientras que el programa de "Fortalecimiento de la gestión y dirección del Sector Salud y Protección Social" es el más rezagado respecto al avance financiero y físico.

Programa Presupuestal	Total Proyectos	Apropiación Vigente	Avance financiero	Avance Físico	Avance Gestión
Salud pública y prestación de servicios	16	\$ 530.322.263.585	93,66%	89,81	95,29
Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud - SGSSS	4	\$ 10.750.000.000	76,63%	92	68,75
Fortalecimiento de la gestión y dirección del Sector Salud y Protección Social	6	\$ 2.980.000.000	90,57%	100	100
TOTAL	26	\$ 544.052.263.585	93,31%	92,5	92,29

Fuente SPI corte diciembre 31 (Registro a enero 29)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1. El MinSalud de manera consolidada presenta un avance en la ejecución de recursos de inversión del 93,31%, el cual de conformidad con los criterios de seguimiento establecidos es alto. Sin embargo, debe observarse el análisis por proyecto de inversión para determinar acciones tendientes a la mejora en la ejecución de los recursos de proyectos de inversión que presentan ejecución financiera inferior al 80%.
- Se recomienda iniciar procesos de contratación en el primer trimestre de cada vigencia que permitan mejorar la ejecución financiera de los proyectos de inversión y la obtención de productos.
- 3. Se reitera la necesidad de que los proyectos carguen el informe avance mensual proyectos de inversión formato DESF24 en el link de anexos del SPI. Esto permite conservar la trazabilidad de las modificaciones que se realicen a los proyectos e identificar las dificultades que se hayan presentado para el logro de las metas.
- 4. Es oportuno señalar que, de acuerdo a la Circular 032 de la Contraloría General de la república, la información que requiera este ente de control en relación con la ejecución de los proyectos de inversión va a ser tomada del aplicativo de Seguimiento a Proyectos de Inversión SPI, entre otros. Por esta razón se invita a que diligencien este sistema de información con la oportunidad y calidad requeridas.
- 5. Realizar una revisión al interior de cada proyecto para que se tomen las acciones que consideren necesarias para lograr equilibrio físico, financiero y de gestión durante la ejecución de los mismos.

Elaboró: Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Planeación.

Anexo 3. Avance indicadores Sinergia 2020

AVANCES INDICADORES SINERGIADiciembre 2020



Grupo de indicadores	Total	Actualización Cu	alitativa	Actualización Cuar	ntitativa
	Indicadores	No. Indicadores Actualizados	%	No. de Indicadores Actualizados	%
Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022	68	43	63%	46	67%

A continuación se detallan las acciones que se han registrado en el Aplicativo SINERGIA a Diciembre 30 de 2020¹⁹ para el cumplimiento de las metas planteadas, las cuales se encuentran enmarcadas en los siguientes programas:

- A. Alianza por la inclusión y la dignidad de todas las personas con discapacidad.
- B. Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos.
- D. Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos.
- D. Reparación: Colombia atiende y repara a las víctimas.
- E. Promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos para niñas, niños y adolescentes.
- F. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencias.
- H. Dignidad y felicidad para todos los adultos mayores.
- M. Familias con futuro para todos.
- Salud Pública y prestación de servicios.

A. ALIANZA POR LA INCLUSIÓN Y LA DIGNIDAD DE TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrie nio	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrie nio	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6065	Porcentaje de personas que acceden a valoración de certificación y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)	0,00	4,95	15,00	10,93	100,00	10,93	72,87

B.SALUD PARA TODOS CON CALIDAD Y EFICIENCIA, SOSTENIBLE POR TODOS

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrie nio	Avance 2020	% Avance 2020	Avanc e Cuatr ienio	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6066	Razón de mortalidad materna en población rural dispersa (por cada 100.000 nacidos vivos)	81,11	81,11	70,50				
6067	Porcentaje de desempeño global de los hospitales públicos del país	42,70	80,60	87,28	72.81	79.45	72.81	67,54
6068	Porcentaje de mujeres con cáncer de mama detectado en estadios tempranos (hasta IIA) al momento del diagnóstico	55,70	60,20	69,00				

¹⁹ https://sinergiapp.dnp.gov.co/HomeSeguimiento

6069	Porcentaje de usuarios que considera fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud	43,40	46,50	51,00	66,00	141,94	66,00	129.41
6070	Porcentaje de recobros por concepto de tecnologías no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo prestados a 31 de diciembre de 2019 saneados	0,00	50,00	100,00	39,00	78,00	39,00	39,00
6071	Porcentaje de pacientes hipertensos controlados TA <(140/90mmHg)	72,00	77,20	80,00				
6072	Porcentaje de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ identificados (NIC alto grado)	41,40	41,60	60,00				
6073	Porcentaje de personas con cáncer de próstata en estadios tempranos identificados (0, I y II), al momento del diagnóstico	56,20	69,40	70,00				
6074	Días transcurridos entre la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del primer ciclo de quimioterapia para leucemia aguda	15,90	12,10	5,00				
6075	Ahorro al sistema de salud por valores máximos de recobro en el régimen contributivo	0,00	130,00	250,00	179,19	137,84	222,3 7	88,95
6076	Valor de la actualización de Plan de Beneficios de Salud	191,00	100,00	800,00	109,56	109,56	430,5 6	53,82
6077	Ahorro en el gasto por recobros como consecuencia de acciones de política farmacéutica	0,00	200,00	800,00	465,42	232,71	737,2 0	92,15
6078	Porcentaje de población con capacidad de pago parcial que es solidaria con la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	0,00	1,20	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6079	Ingresos adicionales por nuevos impuestos o mayor recaudo	0,00	300,00	750,00	18,23	6,08	18,23	2,43
6080	Porcentaje de EPS que otorgan cita a consulta de medicina general en cinco (5) días o menos	80,00	60,00	100,00	89.87	149,78	89,87	89,87
6081	Razón de mortalidad materna a 42 días (por cada 100.000 nacidos vivos)	51,27	48,12	45,00				
6082	Tasa de mortalidad infantil ajustada en menores de un año (por 1.000 nacidos vivos)	16,50	15,00	14,00				
6083	Tasa de mortalidad infantil ajustada en menores de un año – zonas rurales (por 1.000 nacidos vivos)	12,30		11,30				
6084	Entidades territoriales con modelo de salud diferencial para zonas con población dispersa implementado	1,00	2,00	4,00	2,00	100,00	2,00	33,33
6085	Porcentaje de cuentas por pagar de las entidades territoriales por concepto de tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados a 31 de diciembre de 2019 pagadas	0,00	30,00	60,00	55,37	184,57	70,37	117,28
6086	Tasa de mortalidad perinatal (por 1.000 nacidos vivos)	13,73	13,41	13,08				
6087	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco (5) años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (por cada 100.000 menores de cinco años)	3,46	2,80	2,39				
6088	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco (5) años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) – zonas rurales (por cada 1.000 nacidos vivos)	6,00		5,00				

6089	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco (5) años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)(por cada 100.000 menores de cinco años)	13,84	11,20	8,90			
6090	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco (5) años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) – zonas rurales (por cada 1.000 nacidos vivos)	19,70		17,20			
6091	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	88,43	89,05	90,00			
6092	Densidad de médicos en las zonas dispersas (por cada 1.000 habitantes)	1,00	1,20	1,70		1,22	31,43
6093	Porcentaje de personas con diagnóstico temprano de VIH (CD4 mayor de 500)	22,80	26,00	28,00			
6094	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años)	230,57	226,84	224,97			

D. ALIANZA POR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICIÓN: CIUDADANOS CON MENTES Y CUERPOS SANOS

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrieni o	Avanc e 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrieni o	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6095	Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de cinco (5) años (por cada 100.000 niños y niñas menores de cinco años)	8,20	6,50	6,50				
6096	Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de cinco (5) años en Chocó (por cada 100.000 niños y niñas menores de cinco años)	44,20	36,00	36,00				
6097	Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de cinco (5) años en La Guajira (por cada 100.000 niños y niñas menores de cinco años)	63,20	50,00	50,00				
6098	Prevalencia de subalimentación	6,50	6,20	5,50				
6099	Población subalimentada	3.200.000,00	2.800.000,00	2.000.000				
6102	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	9,10	8,44	8,00				
6103	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Chocó	11,42	9,51	9,00				
6104	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en La Guajira	9,39	8,45	8,00				

D. REPARACIÓN: COLOMBIA ATIENDE Y REPARA A LAS VÍCTIMAS

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrienio	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrienio	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6110	Víctimas que han recibido atención y rehabilitación psicosocial	692.999,00	912.999,00	1.152.999,00	889.066,00	89,12	889.066,00	42,62

E. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrienio	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrienio	Porcentaje Avance Cuatrienio
6112	Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	61,00	58,00	56,00				
6113	Tasa específica de fecundidad adolescentes de 10 a 14 años (por cada mil mujeres de 10 a 14 años)	2,60	2,30	2,00				
6114	Porcentaje de embarazos subsiguientes en mujeres de 15 a 19 años	19,00	16,00	14,00				

F. DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIAS

Id Indic ador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrie nio	Avance 2020	% Avance 2020	Avanc e Cuatr ienio	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6116	Porcentaje de municipios que cuentan con mecanismo intersectorial para el abordaje de las violencias de género	50,00	60,00	70,00	70,00	200,00	70,40	100,00
6117	Porcentaje de mujeres víctimas de violencias de género notificadas en el SIVIGILA y que fueron atendidas en salud por sospecha de violencia física, psicológica y sexual.	75,00	85,00	100,00				

H. DIGNIDAD Y FELICIDAD PARA TODOS LOS ADULTOS MAYORES

Id Indicador	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrienio	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrienio	Porcentaje Avance Cuatrienio
6119	Porcentaje de pacientes hipertensos de 60 años y más controlados TA <(140/90mmHg)	70,00	74,00	80,00				

M. FAMILIAS CON FUTURO PARA TODOS

Id Indic ador	Indicador	Días Rezago	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrieni o	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrieni O	Porcentaje Avance Cuatrienio
6236	Porcentaje de mujeres víctimas de violencias de género notificadas en el SIVIGILA y que fueron atendidas en salud por sospecha de violencia física, psicológica y sexual	548		85,00	100,00				



624	1 Porcentaje de	365	19,00	16,00	14,00		
	embarazos						
	subsiguientes en						
	mujeres de 15 a 19						
	años						

SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Id Indicad or	Indicador	Línea Base	Meta 2020	Meta Cuatrie nio	Avance 2020	% Avance 2020	Avance Cuatrienio	Porcentaj e Avance Cuatrieni o
6128	Porcentaje de avance del sistema de afiliación transaccional para salud y riesgos laborales	0,00	70,00	100,00	62,10	88,71	62,10	62,10
6125	Hospitales en riesgo financiero medio y alto	200,00	180,00	160,00			178,00	55,00
6126	Porcentaje de hospitales públicos con factura electrónica implementada	0,00	50,00	100,00	51,40	102,80	51,40	51,40
6127	Porcentaje de sedes de prestadores públicos con servicios de telemedicina habilitados	6,51	6,90	7,34	8,94	623,08	8,94	292,77
6120	Lineamientos en salud con enfoque diferencial para el pueblo Rrom formulado.		0,40	1,00	0,40	100,00	0,40	40,00
6121	Talleres de socialización de políticas, planes, programas y normas para el Pueblo Rrom, realizados.		11,00	44,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6122	Análisis de salud del pueblo Rrom actualizado	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6123	Porcentaje de avance en la implementación de la Estrategia de seguimiento en salud para la población Rrom con discapacidad.	-	27,28	100,00	27,00	98,97	27,00	27,00
6124	Departamentos priorizados y asistidos técnicamente en la implementación del Programa de Prevención de las Violencias Sexuales en el Conflicto Armado y de Atención Integral a Mujeres Víctimas	0,00	8,00	24,00	23,00	287,50	23,00	95,83

Anexo 4. Avance Plan Nacional de Vacunación 2021

Total acumulado dosis aplicadas por Departamento

Entidad Territorial	Total Acumulado
Amazonas	63.336
Antioquia	2.644.894
Arauca	71.123
Atlántico	340.891
Barranquilla	584.452
Bogotá	3.345.970
Bolívar	324.084
Cartagena	392.783
Boyacá	529.060
Caldas	400.325
Caquetá	107.458
Casanare	123.270
Cauca	297.047
Cesar	296.066
Chocó	76.945
Córdoba	470.714
Cundinamarca	1.055.790
Guainía	20.900
Guaviare	21.063
Huila	338.751
La Guajira	244.584
Magdalena	199.621
Santa Marta	155.524
Meta	302.867
Nariño	479.379
Norte de Santander	491.989
Putumayo	59.648

Quindío	256.598
Risaralda	410.700
San Andrés y Providencia	47.546
Santander	905.006
Sucre	275.788
Tolima	503.577
Valle del Cauca	1.655.051
Buenaventura	50.188
Vaupés	15.720
Vichada	12.221
TOTAL NACIONAL	17.570.929

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte: 28 de junio de 2021

Asignación de dosis a Territorios

Mediante Resoluciones 168, 195, 205, 267, 294, 302, 330, 333, 342, 361, 364, 398, 400, 413, 432, 437, 461. 462, 475, 517, 543, 555, 557, 572, 584, 600, 601, 637, 653, 723, 748, 764, 780, 791, 792, 806, 814, 821, 832, 839, 861, 862 y 865 de 2021, se han asignado un total de 21.271.982 dosis de vacuna contra COVID-19, con la siguiente distribución:

TERRITORIO	TOTAL DOSIS ASIGNADAS	SUBTOTAL				
		Pfizer	Sinovac	AstraZeneca	Janssen	
AMAZONAS	64.078	0	64.078	-		
ANTIOQUIA	3.015.415	1.491.750	1.158.335	328.130	37.200	
ARAUCA	115.677	43.914	45.693	12.220	13.850	
ATLÁNTICO	433.391	220.440	166.381	46.570		
BARRANQUILLA	661.495	362.700	234.265	51.130	13.400	
BOGOTÁ D.C.	3.858.982	2.041.488	1.359.274	373.620	84.600	
BOLÍVAR	401.867	152.676	184.241	59.300	5.650	
CARTAGENA	446.992	239.370	163.902	33.920	9.800	
BOYACÁ	562.823	240.042	244.781	76.200	1.800	
CALDAS	489.289	226.674	197.045	59.370	6.200	
CAQUETÁ	153.258	62.958	64.630	17.070	8.600	
CASANARE	147.868	70.806	53.372	18.340	5.350	
CAUCA	486.425	201.078	207.287	73.260	4.800	
CESAR	429.823	198.024	160.299	46.850	24.650	

TERRITORIO	TOTAL DOSIS ASIGNADAS	SUBTOTAL				
		Pfizer	Sinovac	AstraZeneca	Janssen	
CHOCO	121.318	15.402	67.716	22.600	15.600	
CÓRDOBA	671.244	308.046	250.608	88.140	24.450	
CUNDINAMARCA	1.144.407	514.902	476.195	153.310	-	
GUAINÍA	25.162	0	25.162	-	-	
GUAVIARE	31.614	1.032	19.152	4.580	6.850	
HUILA	446.410	203.634	171.606	58.670	12.500	
LA_GUAJIRA	310.320	111.510	121.180	35.680	41.950	
MAGDALENA	279.680	113.550	111.080	43.750	11.300	
SANTA MARTA	197.657	99.216	78.121	15.470	4.850	
META	387.678	178.470	158.908	42.200	8.100	
NARIÑO	652.443	258.594	293.829	82.920	17.100	
NORTE DE SANTANDER	618.711	277.440	260.251	63.220	17.800	
PUTUMAYO	124.595	47.166	48.209	15.120	14.100	
QUINDÍO	305.239	145.242	122.867	32.830	4.300	
RISARALDA	468.383	224.778	192.025	45.230	6.350	
SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	56.957	528	51.479	4.950	1	
SANTANDER	996.163	483.060	385.913	112.690	14.500	
SUCRE	383.592	167.574	162.868	48.150	5.000	
TOLIMA	639.994	275.400	275.874	74.670	14.050	
VALLE_DEL_CAUCA	2.028.895	915.480	847.665	237.350	28.400	
BUENAVENTURA	77.674	1.218	45.616	15.840	15.000	
VAUPÉS	16.557	0	16.557	-	-	
VICHADA	19.918	528	13.540	3.950	1.900	
TOTALES	21.271.994	8.815.950	8.367.774	2.311.200	480.000	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte: 29 de junio de 2021