



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LOGROS 2014

BOGOTÁ, D.C, 3 DE FEBRERO DE 2015

Contenido

Introducción	3
1. Innovaciones al modelo de salud	4
2. Consolidación de la Política Farmacéutica	7
3. Salud Pública	9
4. Acompañamiento y apoyo a las regiones	19
5. Sostenibilidad del Sistema de Salud	21
6. Resultados del fortalecimiento de las entidades adscritas y vinculadas del sector	25
7. Retos	27

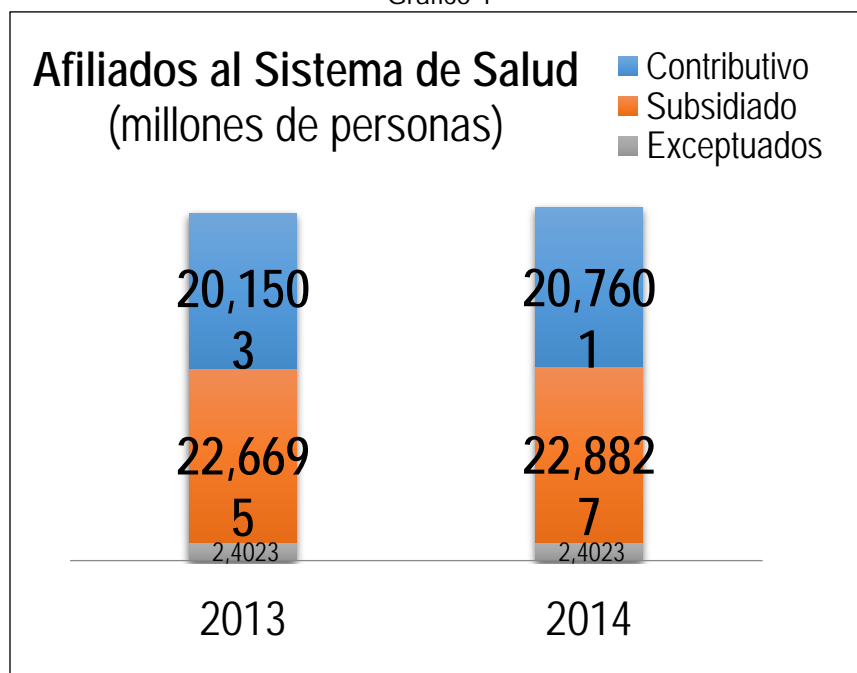
Logros 2014

Introducción

Existen dos hitos importantes que ha alcanzado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia en los años recientes: la cobertura universal y la igualación de los planes de beneficios entre los regímenes subsidiado y contributivo.

Hace un par de décadas la baja cobertura era mayor reto del SGSSS. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera. En la actualidad 46 millones de colombianos se encuentran asegurados, lo que representa el 96,6% de la población. Tan sólo en el 2014 se lograron 823 mil nuevos afiliados en comparación con los afiliados a 2013: 213 mil corresponden al régimen subsidiado y 610 mil al contributivo (ver gráfico).

Gráfico 1



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social a diciembre de cada año

En la década anterior existían grandes inequidades entre los regímenes contributivo y subsidiado. Ante esto, en 2012 se logró la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) para estos dos regímenes. Ahora, más de 22 millones de colombianos afiliados al subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

Adicionalmente, en el 2014 se consolidó la ampliación del plan de beneficios efectuada en 2013, año en el cual, en el marco de la actualización integral del POS, se incorporaron 63 nuevas tecnologías que se suman a las 120 tecnologías correspondientes a la actualización 2011.

Estos logros exigen ahora nuevos retos que tienen que ver con la recuperación definitiva de los aspectos financieros del sistema y la confianza, así como la transición hacia un mejor modelo de salud, más cercano a la gente, con mayor oportunidad y calidad. Esta consolidación requiere el afianzamiento de algunas de las políticas puestas en marcha en los más recientes años y del diseño e implementación de reformas sucesivas al SGSSS, vía reglamentación.

Teniendo como referente estas consideraciones, a continuación se resumen los resultados más importantes alcanzados en el año 2014, los cuales se dividen en seis bloques iniciales: i) innovaciones al modelo de salud; ii) política farmacéutica; iii) salud pública; iv) acompañamiento y apoyo a las regiones; v) sostenibilidad del sistema; y vi) resultados del fortalecimiento de las entidades del sector administrativo de salud y protección social. Al final, en el séptimo bloque del presente documento, se exponen los retos que afronta el sector salud en el marco de las iniciativas contenidas en el nuevo Plan de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”.

1. Innovaciones al modelo de salud

- **Medidas para la población de 18 a 25 años: Decreto 1164 de 2014**

Mediante este decreto se permite que todos los jóvenes de 18 a 25 años que no tengan empleo y cuyos padres estén cotizando al régimen contributivo de salud puedan continuar como beneficiarios de sus padres y de esta manera gozar de acceso sin restricción a los servicios del sistema de salud.

La norma regula lo desarrollado por el Decreto-Ley 19 de 2012, que obligó a que la acreditación (para que estos jóvenes puedan continuar como beneficiarios al sistema de salud) debía realizarse por parte de la correspondiente EPS con fundamento en las bases de datos que remita el Ministerio de Educación Nacional al Ministerio de Salud y da un período de transición de 12 meses. En este tiempo, las EPS solo deberán considerar la edad de la persona para considerarla beneficiaria al régimen contributivo de salud. De esta manera, durante el período de transición o mientras dure la verificación y actualización de las bases de datos, las EPS no podrán negarle los servicios en salud a las personas de este rango de edad, independientemente si son estudiantes o no.

- **Mecanismos que permiten mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al SGSSS. Zonas apartadas y plan piloto en el departamento de Guainía: Decreto 2561 de 2014**

Se expidió el decreto para llevar los servicios médicos a las zonas más apartadas del país. Para ello, se iniciará un plan piloto en el departamento de Guainía, con el apoyo de las autoridades territoriales y haciendo énfasis en la prevención, iniciativa que luego se replicará en Vaupés y Chocó.

- **Subsidio a la oferta en las regiones donde el modelo no es sostenible. Caso San Andrés: Decreto 2273 de 2014.**

El Ministerio reglamentó la prestación del servicio de salud en los lugares donde solo el Estado puede hacerlo, es decir cuando la oferta se deriva de la infraestructura pública que brinda los

servicios trazadores de baja, media y alta complejidad, independientemente de la modalidad de gestión, en departamentos a los que únicamente se accede por vía marítima, fluvial o aérea.

Según el Decreto 2273, departamentos como el de Santa Andrés, Providencia y Santa Catalina deberán determinar en el plan financiero territorial de salud los recursos disponibles del Sistema General de Participaciones (SGP) y otros propios para sufragar tales servicios. Así, permite realizar transferencias de este tipo de recursos para subsidiar la prestación del servicio de salud de manera directa.

Además, los entes territoriales que asignen tales recursos podrán ejecutarlos con el fin que el servicio sea prestado por las empresas sociales del Estado (ESE) o las instituciones prestadoras de salud (IPS) que gestionen la infraestructura pública de propiedad de los primeros. En ese caso es necesario definir las obligaciones a cargo de las ESE e IPS, la calidad y resolutivez del servicio, la realización de las acciones de cobro pertinentes y la forma en que la entidad territorial concurre directamente en el financiamiento del gasto requerido.

- **Habilitación Financiera de las EPS: Decreto 2702 de 2014**

El Decreto 2702 actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Está dirigido a tener unas EPS cada vez más sólidas y a proteger en mayor medida los recursos del sistema. Define las condiciones financieras mínimas para garantizar que las EPS cuenten con el patrimonio necesario, de manera que puedan honrar sus deudas y, sobre todo, prestar los servicios de salud con calidad.

Se exceptúan las EPS indígenas, las cuales aplicarán las normas del régimen de solvencia en el marco de la Ley 691 de 2001.

- **Creación de Instancia de coordinación y asesoría dentro del SGSSS: Decreto 2478 de 2014.**

Se creó una instancia de coordinación y asesoría dentro del SGSSS, como un espacio de diálogo para fortalecer la formulación, regulación, supervisión, evaluación y seguimiento la política pública sectorial.

Esta instancia de coordinación y asesoría, presidida por el Ministro de Salud, promoverá la participación de entidades públicas nacionales y territoriales, entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los empleadores, los empresarios sectoriales, los profesionales y trabajadores de salud, los usuarios de los servicios de salud, así como de las instituciones de investigación que puedan aportar al desarrollo y fortalecimiento del sistema.

Entre sus funciones se encuentran:

1. Asesorar y efectuar recomendaciones al Ministerio y a las entidades que integran el sector administrativo de salud y protección social en asuntos relacionados con los programas y proyectos que son su competencia y, específicamente, en materia prestación servicios de salud,

- salud pública, aseguramiento en salud y promoción social en salud, que se presenten a su consideración;
2. Apoyar las instancias que integran el SGSSS, cuando se requiera, en definición de mecanismos, formulación de acciones y orientaciones que propicien el actuar coordinado
 3. Presentar recomendaciones que contribuyan a la formulación de proyectos en las materias de competencia del Ministerio que se presenten a su consideración;
 4. Presentar propuestas que contribuyan al fortalecimiento del marco normativo sanitario;
 5. Asistir al Ministerio en la definición de herramientas y orientaciones que promuevan la participación ciudadana como actores del SGSSS;
 6. Efectuar recomendaciones que propicien la formulación de políticas y fortalecimiento de las herramientas y mecanismos que, en términos igualdad y no discriminación, garanticen el acceso universal a los servicios salud;
 7. Colaborar en la identificación problemáticas en salud y proponer acciones sectoriales orientadas a la optimización de recursos del Sistema;
 8. Asesorar en la definición de estrategias, programas y proyectos que fortalezcan, en términos de accesibilidad, calidad y eficiencia, prestación servicios de salud, en especial a poblaciones en situación de vulnerabilidad;
 9. Prestar colaboración al Ministerio y a las entidades del sector administrativo en la formulación, adopción, coordinación de acciones del Gobierno Nacional en materia de vigilancia en salud pública y de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales;
 10. Propender por el fortalecimiento de la política pública y los programas de formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud;
 11. Asistir al Ministerio y a las entidades que integran el sector administrativo en el fortalecimiento de la política pública en materia de tecnologías en salud

- **Acciones en el caso de la EPS Saludcoop**

Por mandato constitucional, el Gobierno Nacional tiene entre sus responsabilidades velar por los derechos de los usuarios para que accedan de manera oportuna y adecuada al servicio de salud. En cumplimiento de dicho mandato, mediante resolución Ejecutiva 120 de 2014, se ordenó ampliar el término de la intervención de la EPS Saludcoop, considerando que resultaba necesario continuar con la labor de superación de los hallazgos que dieron origen a dicha intervención y mantener una prestación del servicio que se traduzca en una protección efectiva del derecho a la salud.

Cualquier decisión administrativa debe velar por la continuidad de la atención de los usuarios. En el caso de Saludcoop, se busca garantizar la prestación a más de 4 millones de afiliados a lo largo de 31 departamentos del país y que representan el 20% de los afiliados al régimen contributivo. Adicionalmente, la posición relevante en el mercado de la EPS la determina como el contratante principal de la red de prestadores pública y privada, características que permiten concluir que cualquier decisión que se tome sobre la intervención va a tener efectos inmediatos en el derecho a la salud de la población afiliada y en el mercado de bienes y servicios, generando impactos tanto en la atención de la salud como en el empleo que el sector demanda.

Durante el plazo de la intervención, bajo un trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Agente Especial Interventor, se

determinó la necesidad de emprender cambios de nivel normativo y organizacional necesarios para viabilizar un esquema que garantice el aseguramiento en condiciones de transparencia y el cumplimiento de los más altos estándares corporativos, así como adelantar las acciones judiciales necesarias. Adicionalmente, realizar actuaciones para superar las dificultades en la prestación del servicio de salud, en especial las referidas en el Auto 089 de 2014 de la Corte Constitucional. Igualmente implementar las medidas de control necesarias para garantizar la idoneidad de la EPS.

En términos generales, el principal logro ha consistido en la estabilización de la entidad, manteniendo la prestación de los servicios de salud a la población afiliada más grande del país, mientras se trabaja en la superación de los principales problemas de la entidad. Todo lo anterior debe ser comprendido en consideración al tamaño, importancia dentro del sistema de salud, complejidad empresarial y a las graves deficiencias e inconsistencias que presentaba la entidad al inicio del proceso de intervención.

En términos más específicos, las principales acciones reportadas por el Agente Interventor se han basado en la reestructura organizacional, el fortalecimiento del trabajo con grupos de interés (veedurías, asociación de usuarios) y el servicio al cliente, el fortalecimiento estratégico, de procesos y proyectos, el establecimiento de un plan de restitución de liquidez basado en las estrategias de viabilización de la operación (disminución de costos médicos) así como otras alternativas consistentes en la restitución de bienes inmuebles y muebles de las IPS, la reducción de inversiones permanentes con la venta de acciones o participaciones en sociedades anónimas o limitadas, restitución en efectivo a partir de los excedentes, la recuperación de cartera, así como aportes de los asociados del sector cooperativo que permita recuperar la empresa y reestructurar la cooperativa.

2. Consolidación de la política farmacéutica

En este bloque correspondiente a la política farmacéutica se resumen los avances relacionados con el control de precios a medicamentos, dispositivos médicos y la regulación de los biotecnológicos.



- **Control de precios a medicamentos**

El artículo 87 de la Ley 1438 de 2011 estableció que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos-CNPMDM, de la que hace parte fundamental el Sr. Ministro de Salud, tiene a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos. Por otra parte, el artículo 90 de la misma Ley estableció que el Gobierno Nacional, en aras de garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, podrá adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

Así, en el marco de la política farmacéutica implementada por este Gobierno, especialmente desde el 2013, se puso en marcha el control directo de precios de los medicamentos (en mercados monopólicos o concentrados), con el fin de evitar un cobro excesivo en los productos usados para el tratamiento de enfermedades y corregir abusos del pasado. En algunos de ellos el Ministerio

encontró que se comercializaban hasta por un 200% más de su valor y que los laboratorios estaban cobrando en Colombia un valor mayor al que se transaban en todo el mundo. Utilizando la nueva metodología de referenciación internacional de precios, en 2014 se alcanzó la cifra de mil medicamentos regulados y una caída promedio de los precios del orden 40%. Los ahorros por este concepto se calculan en \$500 mil millones que podrán ser reinvertidos en la salud de los colombianos.

Ya se anunció una próxima medida para 2015, con al menos 200 medicamentos adicionales con regulación. En algunos de ellos el precio se reduciría en más de un 50% y la estimación de ahorros superaría los \$200 mil millones.

Ilustración. Ejemplos de precios de medicamentos

Medicamento	Antes	Ahora
Insulina Lantus	\$ 75.500	\$25.000
Novo-Rapid (diabetes)	\$ 119.000	\$14.000
Sandostatina (cáncer)	\$2.500.000	\$ 1.000.000

- **Prueba piloto de dispositivos médicos**

El artículo 87 de la Ley 1438 de 2011 declaró que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos. Por otra parte, el artículo 90 de la Ley 1438 de 2011 estableció que el Gobierno Nacional, en aras de garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, podrá adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

En el caso de los dispositivos médicos, las deficiencias de información de precios y la complejidad de su caracterización dificultan el establecimiento de una metodología única para la aplicación de la regulación de precios uniforme para todos los dispositivos. En este sentido, desde el 2014, el Ministerio viene trabajando en un plan piloto de control de precios de dispositivos médicos, específicamente relacionado con una propuesta de metodología de regulación de precios para los dispositivos endovasculares coronarios. A partir de datos disponibles, el mercado de *stents* coronarios en Colombia presenta distorsiones que justificarían intervenciones que atenúen las fallas de mercado. Adicionalmente, estos dispositivos, tanto convencionales como medicados, cumplen con los siguientes criterios de priorización:

- Constituyen un grupo de productos acotado.
- Su descripción y clasificación se encuentra estandarizada internacionalmente.
- Hay información de precios nacionales disponible, tanto de recobros como de gasto del POS.
- Representan una importante porción del gasto del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Como resultado del piloto, la CNPMDM incluyó los *stents* medicados en control directo de precios y les estableció un precio tope de \$3.227.000. Así mismo, la Comisión incluyó todos los dispositivos endovasculares coronarios en el régimen de libertad vigilada y estableció los requisitos para el reporte de precios de los mismos.

Los beneficios de esta medida son una reducción en los precios de los *stents* medicados de aproximadamente 30% y un ahorro para el sistema de salud de alrededor de \$14 mil millones. De dicho ahorro, \$6.500 millones corresponden a los *stents* medicados que actualmente no están incluidos en el POS y que fueron recobrados al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).

- **Regulación del registro sanitario de medicamentos biotecnológicos: Decreto 1782 de 2014**

Otro punto importante de la Política Farmacéutica tiene que ver con expedición del decreto que regula el registro sanitario de los medicamentos biotecnológicos, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos. Gracias a esta regulación, se esperan reducciones de entre 30 y 60 por ciento en los precios para los pacientes, así como ahorros que pueden alcanzar los \$400 mil millones adicionales. Igualmente se espera que los pacientes que padezcan de enfermedades denominadas 'raras' o 'catastróficas' tengan la posibilidad de disponer de alternativas terapéuticas de igual calidad por un menor precio.

El decreto sobre el registro de medicamentos biotecnológicos surtió un amplio y abierto proceso de consultas públicas que comenzaron en febrero de 2012 y terminaron en agosto de 2014. En este proceso participaron laboratorios farmacéuticos y sus agremiaciones, colegios de profesionales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), organizaciones de pacientes, la Iglesia Católica, sociedades científicas, universidades y ciudadanos.

3. Salud Pública

- **Plan de Vacunación**

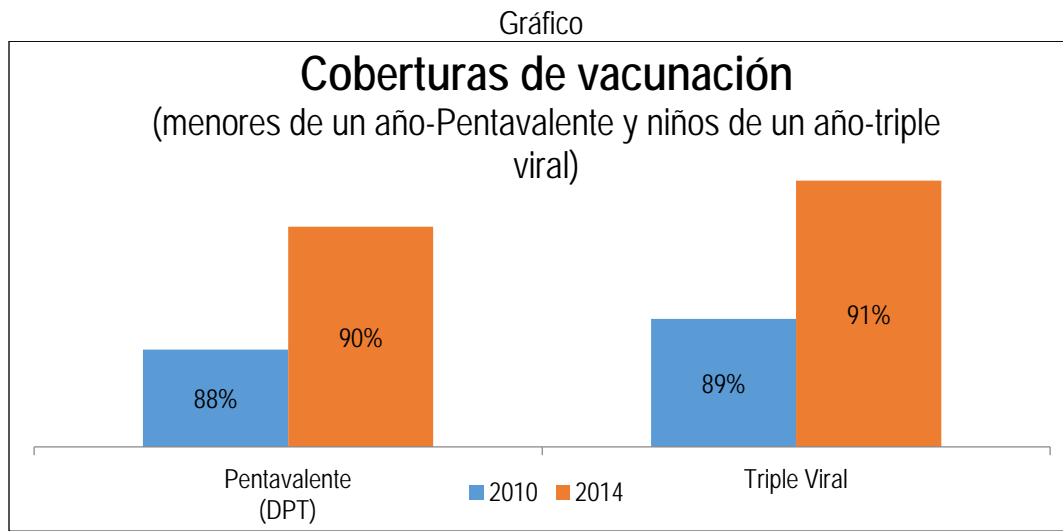


En 2014, Colombia logró nuevamente coberturas de vacunación superiores al 90% (ver gráfico) a través de un plan de inmunización gratuito que ha sido reconocido como uno de los más completos y modernos de América Latina.

En la actualidad, el país cuenta con 16 vacunas gratis para el control de 19 enfermedades: tuberculosis, hepatitis B, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétano, meningitis, neumonía, otitis y otras infecciones bacterianas causadas por neumococo; enfermedad diarreica aguda, influenza, fiebre

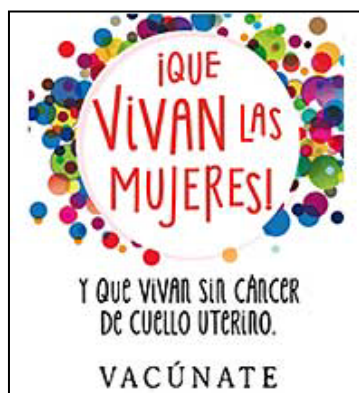
amarilla, sarampión, rubéola, parotiditis hepatitis A y cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano (VPH).

En total han sido cuatro (4) vacunas las que fueron introducidas por el gobierno actual y a las que se les dio continuidad durante el 2014: VPH, neumococo, hepatitis A y DPT acelular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos ferina en niños), gracias a las inversiones para el programa que alcanzan los 100 millones de dólares anualmente.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención.

La vacuna contra el VPH permite evitar, a generaciones futuras, la muerte de tres mil mujeres por cáncer de cuello uterino ocasionado por el virus. Es por ello que, no obstante algunas dificultades presentadas en ciertas regiones del país, y con las respectivas acciones de acompañamiento puntual del Ministerio como respuesta a las inquietudes formuladas por algunas comunidades ante posibles efectos de la vacuna, durante el 2014 se continuó con la aplicación de las dosis a niñas y mujeres, tanto escolarizadas como no escolarizadas, en todo el país. En tan sólo un par de años de introducida la vacuna (en 2012) Colombia ha logrado las más altas coberturas en el mundo (del orden del 90%). En el 2014, se superó la cifra de 3 millones de niñas, adolescentes y mujeres vacunadas desde el inicio de la operación.



Por otra parte, en el marco de las competencias de la inspección, vigilancia y control, que ejerce el Instituto Nacional de Salud (INS), se analizaron, a partir de la evidencia científica, los casos reportados por las comunidades en 2014 (específicamente en el municipio de El Carmen de Bolívar) alrededor de posibles efectos biológicos de la vacuna VPH. Producto de los estudios del INS, se ha descartado que la vacuna sea la causante de los síntomas presentados por las niñas de esa localidad.

- **Planes de respuesta ante el virus del Ébola y el Chikunguña**

Ébola

La Enfermedad por el Virus del Ébola (EVE) es causada por el Ébolavirus, el cual que se transmite a través del contacto con secreciones provenientes de pacientes enfermos. Desde el 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) confirmaron casos por virus Ébola con transmisión autóctona en la subregión de África Occidental y casos de infección principalmente en los distritos de frontera de Guinea, Sierra Leona, Liberia, Senegal y Nigeria, declarando el brote de Ébola en África Occidental como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), y se establecieron unas recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, con el propósito de reducir la propagación internacional de Ébola.

La actual epidemia se caracteriza por afectar por primera vez al África Occidental e involucrar simultáneamente cinco países; un incremento rápido de los casos, alta letalidad de la cepa, graves dificultades en la contención de la epidemia debido a los problemas internos de cada país y a las costumbres de la población.

Aunque no existe evidencia de circulación del virus del Ébola en Colombia, ni de los murciélagos que actúan como reservorios, y por lo tanto la transmisión autóctona del virus a partir de este ciclo no es posible, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció oportunamente los “Lineamientos para la preparación y respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Colombia” que permitirán adoptar y fortalecer las acciones en los siguientes componentes: coordinación y organización sectorial e intersectorial, vigilancia en salud pública, diagnóstico por laboratorio, comunicación del riesgo, atención de casos y protección del personal de salud, frente a la posible llegada de casos al país.

Mediante Circular Conjunta No. 56 de 2014, el Ministerio difundió estos lineamientos, los cuales son de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional e involucran a las siguientes entidades: las autoridades gubernamentales, las entidades territoriales de salud, los integrantes del SGSSS, los Ministerios de Relaciones Exteriores y del Trabajo, Migración Colombia, el INS y el INVIMA, las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la Aeronáutica Civil, la Dirección General Marítima y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

A través de Migración Colombia se informó que a pesar de que no se está negando el ingreso a la totalidad de los viajeros procedentes de países africanos, por recomendación del Instituto Nacional

de Salud (INS) se le está negando el visado a quienes hayan visitado durante el último mes la zona de principal afectación (Sierra Leona, Liberia, Guinea Conakry, Nigeria y Senegal).


En los consulados se ha estado aplicando a los solicitantes de visa un cuestionario diseñado por el INS con el fin de identificar los extranjeros que podrían representar un riesgo para nuestro país y decidir si la visa es otorgada o no. En el caso de los ciudadanos de las 92 nacionalidades que están exentas de visa para entrar al territorio colombiano, Migración Colombia está realizando un protocolo de tamizaje establecido por el Ministerio de Salud y el INS mediante un test epidemiológico que permite asegurar la trazabilidad de la persona. Además de esto, se hace la revisión de los sellos estampados en los pasaportes y, de ser necesario, se solicita información adicional del pasajero a la aerolínea. Si se comprueba que el viajero estuvo en la zona de afectación se informa a las autoridades de salud para continuar con el protocolo establecido para esos casos. Este protocolo de tamizaje es aplicado también a los ciudadanos colombianos que provienen de la zona de afectación. Es obligación del viajero suministrar a las autoridades migratorias información veraz y completa, según sea solicitada.

Información sobre el virus del Ébola en Colombia


Estamos preparándonos para evitar la entrada del ébola

Usted **NO** puede contagiarse con el virus de Ébola por **el aire**

Usted **NO** puede contagiarse con el virus de Ébola por **el agua**



Usted **NO** puede contagiarse con el virus de Ébola por **los alimentos**



Usted **NO** se puede contagiar por un contacto casual con alguien que **NO** tenga síntomas

Usted sólo puede contraer el virus del Ébola por lo siguiente:

- ✦ Al tocar la sangre o los fluidos corporales de una persona que tiene la enfermedad de Ébola o que murió por ella.
- ✦ Al tocar objetos contaminados, como agujas.
- ✦ Al tocar animales infectados, su sangre, otros líquidos corporales o su carne.

La enfermedad del Ébola NO presenta un riesgo significativo para Colombia

Chikunguña

El Ministerio elaboró y viene difundiendo el Plan nacional de respuesta ante la introducción del virus del Chikunguña en el país, donde los demás actores gubernamentales deben intervenir con sus acciones específicas desde los sectores de ambiente, vivienda y agricultura para lograr impactar el modus vivendi del vector, que son los mosquitos *aedes aegypti* y *aedes albopictus*.

El virus afectó el norte del país inicialmente y su circulación prosiguió por departamentos de la costa atlántica (La Guajira, Bolívar, Magdalena, Sucre y Cesar); pasó posteriormente a Norte de Santander

y se ha propagado por los valles de los ríos Magdalena y Cauca. De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), hasta la semana 53 de 2014 se han confirmado más de 90 mil casos. Actualmente, Bolívar, Norte de Santander, Sucre y Córdoba son los departamentos con mayor afectación por el Chikunguña.

Ante esta situación, se han invertido más de \$1.700 millones en insumos para el control del vector en aquellos municipios con escenario epidémico, para contrarrestar el impacto del Chikunguña en el país.

El uso de los toldillos está indicado en todo paciente que sea diagnosticado con Chikunguña como medida de protección para evitar la transmisión. Así, y en el marco del plan, el Ministerio distribuyó 120 mil toldillos como estrategia para contrarrestar la incidencia del virus del Chikunguña en municipios ubicados por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar. Por lo menos de la mitad de los 939 municipios que se encuentran en ese rango en Colombia han resultado afectados.

Se emprendió igualmente la distribución de larvicidas y demás insumos para continuar con el desarrollo a nivel nacional de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI). Los larvicidas (insumos que eliminan las larvas del vector en potenciales criaderos) y los adulticidas (insumos que se usan para la aspersión y eliminación temporal del *Aedes*) son un complemento del control social y responsabilidad comunitaria para el saneamiento de los entornos.

Por otra parte, el Ministerio ha instado a las Entidades Territoriales en Salud para que ejecuten con oportunidad y eficacia los recursos transferidos desde el Gobierno Nacional para el desarrollo del Plan en el marco del programa de enfermedades transmitidas por vectores, los cuales superan los \$76 mil millones en los dos últimos años.

No obstante las dificultades que trae una epidemia de este tipo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene al país como ejemplo en el manejo y control del Chikunguña en las Américas.



Adicionalmente, el Ministerio ha examinado la disponibilidad del Acetaminofén (que se utiliza para tratar algunos síntomas de la enfermedad) y tiene conocimiento de que hay distribuidas cerca de 11 millones de dosis de una de las 140 versiones registradas de dicho medicamento, no obstante que puede haberse presentado desabastecimiento en determinados momentos y en ciertos municipios pequeños.

- **Nuevo programa de micronutrientes**

En Gobierno Nacional, con la cooperación del Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas lanzó el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional que contribuirá a mejorar el desarrollo de los niños y niñas colombianos, como parte de la estrategia 'De Cero a Siempre', liderada por la Presidencia de la República.

La atención integral en los primeros años de vida provee bases sólidas para el crecimiento, la supervivencia y el desarrollo. La evidencia científica demuestra que cerca de 75 por ciento de las conexiones neuronales se generan en los primeros mil días de vida; por eso, la deficiencia de vitaminas y minerales en esta etapa representa un alto costo para el desarrollo de las personas y, por consiguiente, de la sociedad donde se interrelaciona.

El programa está conformado por cuatro grandes estrategias: fortalecimiento institucional, generación de capacidades a través de información, educación y comunicación, acuerdos sociales y fortificación casera con micronutrientes en polvo, que consiste en agregar vitaminas y minerales en forma de polvo a los alimentos que los infantes consumen regularmente.

Los micronutrientes en polvo se mezclan con las comidas ya servidas en el plato del niño o la niña, listos para su consumo, así se proporciona la cantidad recomendada de vitaminas y minerales sin modificaciones en sus prácticas alimentarias.

Así, en 2014 se comenzó a suministrar micronutrientes a los niños y niñas de 6 a 23 meses de todos los municipios de Bolívar y La Guajira (departamentos piloto).

- **Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI**

A partir del 2012, el Ministerio creó un Plan de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el marco de la Ley 1448 de 2011 (ver ilustración).

Ilustración. PAPSIVI



En 2014, 82.156 víctimas del conflicto armado recibieron atención psicosocial en las modalidades individual, familiar y comunitaria en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI).

Para la operación de este programa, 2.131 profesionales de diferentes disciplinas fueron formados en atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. Así mismo, el Ministerio contrató 315 equipos interdisciplinarios territoriales para brindar esta atención.

Finalmente, se resaltan los resultados de la reciente encuesta del DANE que arrojan que el 93,2 por ciento de las víctimas de desplazamiento forzado afirman que están afiliadas a alguno de los regímenes del sistema de seguridad social en salud, de las cuales el 86,7 por ciento de las personas refirieron recibir atención en salud cuando lo requieren.

- **Investigaciones en Salud**

Durante el 2014, dentro del proceso de mejoramiento del sistema de información, el Ministerio invirtió más de \$40 mil millones para fortalecer la gestión del conocimiento en salud alrededor de los temas de investigación, mediante la realización de encuestas y estudios poblacionales en salud, dando continuidad a la agenda programática presentada en el año 2013 y las investigaciones en diferentes áreas temáticas de relevancia para el país.

Estos estudios y encuestas proporcionan información relevante sobre aspectos muy diversos de interés en salud y sus resultados han sido fundamentales para orientar las decisiones de política pública y el diseño e implementación de planes y programas. Como ejemplo principal se encuentra

el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) que tomó como insumos algunos estudios poblacionales relevantes en el país, tanto para la formulación del plan como para su fase metodológica.

Entre las principales investigaciones del 2014 se destacan: i) el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV 2014), que no se realizaba desde el año de 1998; ii) la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal; y, iii) el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares (en asocio con el Ministerio de Justicia). Adicionalmente se iniciaron investigaciones tan importantes para el país como: i) la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) - primera encuesta del país realizada para conocer el estado de salud de las personas adultas mayores y segunda en el mundo de carácter país; ii) la II Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) - encuesta que no se realizaba desde el año 2003; iii) La Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE), en instituciones educativas del país (con acompañamiento del Ministerio de Educación Nacional).

Adicionalmente, se terminaron los protocolos de investigaciones de alto impacto para el país y que se desarrollarán durante el 2015 y cuyos resultados se entregarán en el año 2016, como es el caso de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 (la última data del año 2010 y se realiza cada 5 años) y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2015 (se realiza cada quinquenio). Esta última, de desarrolla en convenio con instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

También se abordaron investigaciones que se requieren para complementar intervenciones en grupos poblacionales específicos y prioritarios, en los siguientes temas: Atención integral en la persona adulta mayor; Caracterización de cuidadores de la persona adulto mayor; Evaluación de Servicios Amigables, Salud ambiental, entre otros.

- **Participación del Ministerio en la discusión pública**

El Ministerio participó activamente en el 2014 en la discusión pública, basado en la evidencia científica, frente a los siguientes temas:

- **Guías de Práctica Clínica:** el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, dando continuidad al proceso de gestión de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia, dispuso para los profesionales de la salud y la sociedad civil una nueva serie de 17 guías, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud, promoviendo a su vez la autonomía médica. Entre las nuevas temáticas incluidas se encuentran enfermedades crónicas no transmisibles como artritis, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de piel; en salud mental, esquizofrenia y epilepsia; enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, tosferina, sífilis gestacional y congénita, y entre huérfanas como la distrofia muscular, fibrosis quística y artritis idiopática juvenil.



- **Uso medicinal de la marihuana:** esta iniciativa del Congreso (Proyecto de Ley 27 de 2014 del Senado), tiene como objeto de permitir el uso del cannabis en el territorio nacional colombiano exclusivamente para uso terapéutico o medicinal. Adicionalmente, autoriza al Gobierno Nacional, para “el cultivo, cosecha y uso del cannabis, con fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos o medicinales”. Igualmente pretende que el Ministerio de Salud y Protección Social, apruebe “los proyectos de investigación relacionados con las cepas de cannabis para regular su uso terapéutico y medicinal” y deberá “formular las políticas de direccionamiento pertinentes, para el uso terapéutico adecuado del cannabis o sus productos derivados”. El papel del Ministerio alrededor de esa iniciativa ha consistido, entre otros aspectos, en aportar evidencia científica al debate, por ejemplo, sobre los efectos que tiene el consumo de marihuana en el cuerpo humano.

- **Adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo:** ante el debate público por la inminente decisión de la Sala Plena de la Corte Constitucional en torno a (permitir o no) que en Colombia las parejas del mismo sexo puedan adoptar hijos, el Ministerio examinó la evidencia científica y aportó los elementos requeridos (basados en evidencia) sobre los impactos (emocionales o psicológicos, entre otros) que tendrían los hijos de estas parejas, a raíz de dicha circunstancia.

Mediante concepto enviado a la Corte, el Ministerio se pronunció así:

- “1. No se han identificado riesgos para la salud y el bienestar de los menores de edad derivada de la adopción de parejas del mismo sexo. El desarrollo cognitivo y emocional de los menores de edad es similar en parejas heterosexuales y homosexuales.
2. El único factor diferenciador en el bienestar de menores adoptados o criados por parejas del mismo sexo está en el estrés y las dificultades que pueden causar las restricciones legales y el estigma.
3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con un conjunto de herramientas y coberturas para atender las necesidades en salud física y mental, de los menores de edad relacionadas con conflictos y abusos en las familias con independencia de la orientación sexual de los padres.”

Conforme a las anteriores consideraciones, el Ministerio de Salud concluyó que no existe ningún riesgo para la salud y el bienestar de los menores de edad derivada de la adopción de parejas del mismo sexo.

- **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):** el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente regulador del sistema de seguridad social en salud, desarrolla acciones en pro del cumplimiento de la Sentencia de C-355 de la H. Corte Constitucional que despenalizó el aborto¹, de manera que se garantice la prestación del servicio público esencial y legal de salud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en las causales permitidas, se identifiquen y superen las barreras de acceso a este servicio, y se realicen avances para la atención integral y de calidad en estos casos, atendiendo a estándares técnicos como los definidos en el documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Política para Sistemas de Salud*.

Para esto es fundamental dar a conocer a la población colombiana y a los agentes del sistema de seguridad social en salud el contenido de la Sentencia y de las sentencias posteriores, de tal manera que las mujeres que en el ejercicio de su derecho a la autonomía y a la autodeterminación reproductiva tomen la decisión de interrumpir su embarazo por las causales permitidas, puedan acceder sin barreras ni obstáculos a este servicio y reciban una atención integral y de calidad, respetuosa de su decisión, sin estigmatizar, culpabilizar ni revictimizar.

En particular, en el 2014, el Ministerio y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) dieron a conocer los Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva, que consta de los siguientes documentos:

1. Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia;



2. Atención post aborto (APA) y sus complicaciones;



¹ En tres condiciones: i) Cuando peligran la vida o la salud de la mujer; ii) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; iii) Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.

3. Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo;

4. Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en primer nivel de complejidad;

5. Guía de capacitación para la atención de la IVE.



Se espera, de esta forma, contribuir al desarrollo organizacional para la prestación de servicios de servicios de salud por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como garantía para el ejercicio del derecho constitucionalmente amparado y que los servicios de salud se hallen mejor preparados para la oferta racional de este tipo de prestación, facilitando el acceso y garantizando los derechos de las mujeres en el marco de lo contemplado en las sentencias de la Corte Constitucional.

4. Acompañamiento y apoyo a las regiones

El Ministerio acompañó y apoyó con recursos a las regiones del país para fortalecer la infraestructura hospitalaria, dotar y mejorar el equipamiento médico de los hospitales del país.

- **Infraestructura**

Desde el primer semestre de 2014 se gestionaron recursos de inversión destinados al mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en el ámbito nacional, para contribuir al aumento de la resolutivez, la calidad y el acceso a la prestación de servicios de salud, con un período de ejecución previsto de cuatro años, a partir de 2015. Producto de esta gestión y de la posterior discusión del Presupuesto General de la Nación para 2015 en el Congreso de la República, se lograron apropiar \$100 mil millones para el respectivo proyecto de inversión. Esta apropiación, que tiene como destino los hospitales, no tiene antecedentes durante los últimos años.

Así mismo, en 2014 se asignaron recursos por \$24 mil millones, en el marco de la estrategia “Contratos Plan” en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), destinados a la ejecución de tres proyectos de infraestructura y construcción en los hospitales de Cravo Norte

(Arauca), Vigía del Fuerte (Antioquia), Floridablanca (Santander), así como en Tumaco y Barbacoas (Nariño).

Adicionalmente, durante el 2014 se invirtieron \$16 mil millones para 77 Empresas Sociales del Estado (ESE) de diez departamentos del país (Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cesar, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta y Valle) que cumplieron los respectivos requisitos, en el marco del fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud así como del apoyo del Ministerio a programas de salud.

De acuerdo con el apoyo que realiza el Ministerio para el reforzamiento estructural de instituciones hospitalarias (reducción de la vulnerabilidad sísmica) se asignaron \$9 mil millones para estudios de preinversión y obras de reforzamiento en hospitales de cuatro regiones del país: Riosucio (Caldas), Lérída (Tolima), Chiquinquirá (Boyacá) y Florencia (Caquetá).

En total, se apoyaron las iniciativas de infraestructura hospitalaria de distintas regiones del país con recursos por \$50 mil millones durante el 2014.

- **Equipo biomédico y ambulancias**

Un total de 281 municipios fueron apoyados con dotación, equipamiento médico y ambulancias por \$44 mil millones, tan sólo en 2014. De éstos recursos, el acompañamiento a las regiones en cuanto a la adquisición de equipo biomédico y ambulancias en el marco de los "Contratos Plan", corresponde a \$6 mil millones con destino a hospitales de Arauca, Antioquia, Cauca, Nariño, Santander y Tolima.

- **Sistema Nacional de Regalías**

Como Ministerio líder en los seis Órganos Colegiados de Administración y Decisión (OCAD) - previstos en el marco del Sistema Nacional de Regalías- departamentales de Tolima, Bolívar, Chocó, Sucre, Guainía y Nariño se aprobaron 52 proyectos por valor de \$81.764 millones. Es pertinente aclarar que en los OCAD en los cuales éste Ministerio es líder se aprobaron tres proyectos de inversión del sector salud y protección social por \$3.635 millones, en Tolima (\$3.474 millones) y Chocó (\$161 millones).

El Ministerio de Salud y Protección Social, en su condición de cabeza del sector salud, tramitó durante la vigencia más de 200 pronunciamientos técnicos relacionados con al menos 100 proyectos de inversión a través de sus diferentes dependencias. Es pertinente señalar que sobre algunos proyectos se emitieron varios pronunciamientos técnicos, dado que para lograr un proyecto acorde con las políticas del sector se deben realizar ajustes a los mismos.

Del total de los pronunciamientos emitidos durante la vigencia 2014, 54 conceptos fueron favorables y 147 no favorables; sin embargo algunos continúan en asistencia técnica para que se ajusten a las normas sectoriales pertinentes.

Finalmente, es importante resaltar que para la vigencia objeto del informe se realizaron 198 reuniones y mesas técnicas, de las cuales el mayor número corresponde al departamento del Cesar con 47, seguido por los departamentos del Meta con 31, Nariño con 18, Tolima con 17, Bolívar 16 y Cauca con 15; dichas gestiones tuvieron como finalidad la emisión de los pronunciamientos técnicos sobre los proyectos.

- **Plantas temporales de los hospitales**

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido desarrollando actividades dirigidas a dar soluciones a la situación del recurso humano en las Empresas Sociales del Estado (ESE); para tal fin se ha analizado la posibilidad expedir un nuevo régimen laboral para dichas entidades, lo cual requiere trámite de Ley.

Hasta tanto se logra consolidar dicha alternativa, el Gobierno Nacional desde el 2013 ha planteado la posibilidad de crear plantas de empleos de carácter temporal en el sector salud. Bajo esta perspectiva, en dicho año se crearon 2.222 cargos en las diferentes ESE del país, de los cuales se provisionaron 1.992 cargos.

Producto de lo anterior, frente a inquietudes recibidas sobre plantas de empleo de carácter temporal y con el fin de reglamentar el procedimiento para la creación de las mismas en las ESE, en julio de 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 de 2014 “Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”. El decreto tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las ESE y la suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral, en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013.

El reporte de los avances en la materia para 2014 se adelanta actualmente a través del Sistema de Información de Hospitales (SIHO), conforme a los términos previstos en el Decreto 2193 de 2014, información que deberá estar consolidada, según lo anterior, a 30 de abril de 2015. Se esperaría que dados los antecedentes enunciados se superen los cargos creados en el 2013.

5. Sostenibilidad del Sistema de Salud

- **Compra de cartera**

En el marco del plan de liquidez del Gobierno Nacional, 2014 fue el año de la compra de cartera a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Tan sólo en el 2014 se realizaron más de 700 operaciones de compra de cartera por \$744.539 millones a 296 IPS (164 de ellas, públicas). Con lo anterior, la compra de cartera, desde 2013, superó el billón de pesos con 900 operaciones de compra en las que se han beneficiado más de 300 IPS en el país.

- **Unidad de Pago por Capitación (UPC)**

Se reajustó en 6,06 por ciento el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir del pago que mensualmente se reconoce a las EPS para garantizar los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios. Para los habitantes de San Andrés y para la población indígena habrá incrementos adicionales, reconociendo los mayores costos de atender estas poblaciones.

Igualmente se pondrá en marcha de un plan piloto en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, con el propósito de igualar los pagos que hace el Estado por los afiliados de los dos regímenes de salud. El pago que se hará a las EPS será el mismo, sin importar si los afiliados son del régimen subsidiado o del régimen contributivo.

- **Ajustes a los procesos del FOSYGA: sistematización de los recobros y simplificación de trámites**

En el marco de las estrategias de mejoramiento del flujo de los recursos en el Sistema de Salud, para facilitar la prestación de los servicios, se ha venido modernizando el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), ajustado los procesos y simplificando los trámites relacionados con el Fondo. Adicionalmente, se implementó un sistema web de radicación de recobros.

Atendiendo los lineamientos de la Corte Constitucional, el Ministerio -mediante distintas resoluciones que han venido regulando el proceso- suprimió ciertos requisitos que acompañaban las solicitudes de los recobros, pues eran obstáculos para recobrar de manera oportuna, teniendo en cuenta que las EPS prestaban el servicio en el momento en que este era ordenado, pero debían abstenerse de presentar la solicitud de recobro hasta tanto no se cumplieran los requisitos señalados en la normativa. La supresión y optimización de los requisitos se ha venido realizando de manera gradual y durante el 2014 se han seguido cosechando los buenos resultados de estas medidas:

1. **Plazos:** desde 2012 se amplió el término para la presentación de las solicitudes de recobro, de seis meses a un año, medida que permitió que el porcentaje del valor glosado por extemporaneidad con respecto al total de la glosa haya registrado una clara disminución.
2. **Criterios de auditoría:** en cumplimiento del rediseño ordenado por la Corte Constitucional en el Auto 263 de 2012 sobre el *“Sistema de Verificación, Control y Pago de las Solicitudes de Recobro, mediante la expedición de una norma unificada que subsuma todos los requisitos y trámites del mismo, y que derogue las múltiples regulaciones vigentes sobre la materia”*, en 2013 se realizó la revisión y optimización de los criterios de auditoría aplicables a los recobros radicados a partir de marzo de 2013. Por efecto de la aplicación de dichos criterios, desde ese año y durante el 2014 se ha mantenido la tendencia decreciente en la glosa.
3. **Estandarización de criterios y formatos:** se precisó que la existencia de la respectiva obligación para el reconocimiento y pago de los recobros, está soportada en: i) La no inclusión de la tecnología en salud objeto de recobro en el plan de beneficios; ii) El derecho del usuario a la prestación del servicio; iii) La ordenación de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios mediante fallo de tutela o Comité Técnico Científico –CTC; iv) El suministro de la tecnología en salud a un usuario; y v) Facturación de la respectiva tecnología en salud No POS. Derivado de ese planteamiento, se discriminaron los requisitos generales y específicos que deben cumplir tanto las entidades recobrantes como los recobros derivados de las autorizaciones del CTC u ordenaciones mediante fallos de tutela. Este nuevo esquema de requisitos previó una

estandarización de formatos y de criterios de auditoría que facilitó la labor, tanto de las entidades recobrantes en la preparación de sus solicitudes, como la de entidad encargada de adelantar la auditoría integral.

4. Flujo de recursos: se adoptaron medidas para garantizar el flujo oportuno y efectivo de los recursos, que permitieron a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) disminuir la carga financiera que asumían en la financiación de las tecnologías en salud No POS. Dentro de tales medidas se destacan: el giro previo al proceso de auditoría integral; el giro directo a las IPS y proveedores de servicios no incluidos en el POS y el saneamiento de recobros glosados por extemporaneidad, POS y glosa administrativa.

5. Regulación de precios: la regulación de precios inicia con la información reportada por las entidades recobrantes a través del Sistema de información de precios de medicamentos (SISMED) y complementada con la adopción de la referenciación internacional, lo que ha contribuido a la sostenibilidad financiera del SGSSS, la generación de ahorros y al cambio de la tendencia del valor recobrado de las solicitudes presentadas ante el Fosyga por las entidades.

6. Modelo de radicación: el cual comprende las etapas de pre–radicación, radicación, pre–auditoría y auditoría integral.

Ilustración. Etapas del proceso de Verificación y Control

Pre-radicación	<ul style="list-style-type: none"> •Se registra la información correspondiente a cada solicitud de recobro por la entidad recobrante, la cual es validada mediante cruces automáticos con la contenida en las bases de datos disponibles. Se estima un día aproximadamente. Las entidades mediante correo electrónico serán informadas de los resultados.
Radicación	<ul style="list-style-type: none"> •Las entidades presentan los formatos de solicitud de los recobros que hayan superado la etapa de pre–radicación y el formato resumen de la radicación, junto con los soportes en medio impreso o magnético. Las entidades disponen de 15 días.
Pre-auditoría	<ul style="list-style-type: none"> •Se verifica que los recobros contengan los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago. La firma auditora dispone de 12 días.
Auditoría integral	<ul style="list-style-type: none"> •Se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros. Se dispone de 48 días.

Con la implementación de este modelo de radicación vía web, en plena operación desde 2014, se obtienen los siguientes beneficios:

- Agilidad en la presentación de las solicitudes de recobros. Mediante la ejecución de validaciones en la etapa de pre-radicación, las entidades recobrantes tienen el reporte de sus archivos a nivel de estructura así como de cruces de bases de datos y se informan del respectivo rechazo o alerta para que se realicen los ajustes o se ratifique la presentación, según corresponda.
- La respuesta en línea de las mencionadas validaciones mejora las condiciones para que las entidades tengan mayor capacidad de respuesta ante eventuales errores en los archivos, mejorando el índice de presentación de recobros dentro de los plazos establecidos y el número de radicaciones efectivas, ya que el cambio de los medios físicos de las solicitudes, además de los tiempos requeridos para el ajuste de los archivos, implicaba la ejecución de actividades asociadas con la selección de los soportes físicos que se debían excluir y con el proceso de anulación y devolución.

- c) El rediseño del proceso permitió que la logística para la presentación tanto de imágenes como de recobros físicos se minimizara, toda vez que el reporte de radicación controla el universo efectivamente radicado antes de embalarlo y disponerlo ante la firma auditora. Antes, las entidades debían disponer el universo de las solicitudes en físico, depurarlo y clasificarlo en la sede de la firma auditora, de acuerdo con los resultados que arrojará la validación ante el malla, excluyendo las solicitudes cuya presentación no resultaba exitosa, por lo que el proceso era engorroso y riesgoso por el manejo documental tanto para firma auditora como para la entidad recobrante.

Es importante mencionar que también se precisaron otros aspectos relevantes en el proceso de verificación y control de los recobros:

1. Se unificó el procedimiento, las reglas y condiciones para la presentación, radicación, verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, incorporando las disposiciones relacionadas con la **no exigencia del requisito de constancia de pago de la factura** como requisito para la presentación de las solicitudes de recobro, contribuyendo a que del flujo oportuno de los recursos se beneficie un número mayor de proveedores de tecnologías en salud No POS.
2. Se ajustó el **funcionamiento de los Comités Técnico Científicos**, armonizando los requisitos para la presentación de la solicitud, las calidades de los integrantes y los criterios que deben tener en cuenta para la aprobación o no aprobación del suministro de las tecnologías en salud No POS, con la Ley 1438 de 2011 y las interpretaciones desarrolladas por la Corte Constitucional.
3. Se implementó el mecanismo de las **divergencias recurrentes** mediante el cual se precisó un conjunto importante de criterios para resolver los recobros glosados por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el plan de beneficios y cuya glosa se hubiese comunicado con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto Ley 019 de 2012.
4. Se desarrolló la figura denominada "**comparadores administrativos**", relacionada con el cálculo del valor que recobran las diferentes entidades por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, encaminada a lograr la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la correcta utilización de los recursos del FOSYGA, por cuanto la entidad recobrante debe indicar al momento de la presentación del recobro, el comparador administrativo de la tecnología en salud No POS si lo tuviere, de acuerdo al listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y calcular el monto a recobrar descontando el valor del comparador administrativo, de acuerdo con la fórmula establecida en la Resolución.

Finalmente, es importante destacar que mientras que en 2005 el 52 por ciento de las solicitudes de recobro eran por fallos de tutela, éste porcentaje se redujo al 12 por ciento en 2014. Hoy en día el 88 por ciento de las solicitudes provienen de autorizaciones realizadas por el Comité Técnico Científico (CTC), en contraste con las que tiene orden judicial, evidenciando el impacto que ha tenido el mecanismo del CTC, que precisamente fue creado para que los ciudadanos tengan con un medio más directo y expedito para acceder al derecho a la salud, tratándose de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios.

6. Resultados del fortalecimiento de las entidades adscritas y vinculadas del sector

- Superintendencia Nacional de Salud



Durante el 2014, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), producto de su reestructuración reciente, logró avanzar en la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud y el enfoque en la prevención de los riesgos.

Como resultados importantes, la Supersalud avanzó en la operación de puntos de atención al ciudadano en Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga, Cali y Neiva. También se destaca el trabajo conjunto con el Ministerio de Salud para la obtención del ordenamiento (ranking) de los aseguradores en salud (EPS), información que es de público conocimiento para los usuarios a través de la web, en el marco de los derechos de los afiliados.

- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima)



El Invima fue rediseñado acorde a mejores prácticas internacionales de gestión del riesgo, ampliación territorial, más capacidad para inspección, vigilancia y control (IVC) y mejores laboratorios, teniendo como perspectiva el mejoramiento del estatus sanitario del país. Así mismo, ha ampliado la inspección en sitios de control. Actualmente el Invima es reconocido como autoridad nacional reguladora de referencia en América Latina.

Por otra parte, el Instituto elaboró la “Matriz de Inspección Sanitaria Priorizada”, la cual permitió realizar visitas in situ a los establecimientos según el orden de criticidad sanitaria. Para ello se utilizaron variables que calificaban el estado sanitario de cada uno de los establecimientos. Se incluyeron variables tales como: resultados de laboratorio, tiempo transcurrido desde la última visita, denuncias y quejas, estado de los registros sanitarios, resultados de IVC, fabricantes de productos del alto riesgo, entre otras.

IVC-SOA es un modelo mixto que servirá, entre otras cosas, para la priorización de visitas de inspección in situ. Este modelo integrará las calificaciones obtenidas de las “variables” orientadas a establecimientos (transversales y propias), y los puntajes obtenidos del modelo de riesgos SOA. Esto significa, que el nivel de criticidad de un establecimiento será el resultado de agregar la calificación ponderada de variables enfocadas a todo el establecimiento (tipo de actividad, cumplimiento de estándares sanitarios, tiempo transcurrido desde la última visita, medidas sanitarias aplicadas, entre otras), y el valor en riesgos obtenido de calificar SOA (Severidad, Ocurrencia, Afectación) a cada tipo de producto que maneje dicho establecimiento.

Debido al amplio universo de establecimientos sujetos a vigilancia, el Mapa de Riesgos Sanitario - SOA se implementará de manera gradual. La incorporación de los establecimientos al Mapa de Riesgo se realizará por orden de criticidad. La primera versión del Mapa de Riesgos SOA prevista para el 2014 incorporó el 25 por ciento de los establecimientos más críticos. Después se incluirán los establecimientos con criticidad moderada y baja. La incorporación se realizará de manera trimestral, teniendo prevista como fecha final el 30 de junio de 2015.

Algunos indicadores reflejan el avance del Invima en este sentido. Mientras en el 2010 la entidad realizaba 11 mil visitas a establecimientos, en la actualidad logra realizar cerca de 14 mil visitas por año.

De otra parte el Instituto atendió el 100 por ciento de denuncias de bancos de sangre allegadas a la institución, realizando las visitas necesarias para proteger la salud pública.

Actualmente Colombia, a través del Invima, se encuentra articulada con la red de puntos focales de la región de las Américas. Se participa mensualmente en las reuniones sobre regulación farmacéutica relacionada con Farmacovigilancia, de guías para manejo de riesgos asociado al uso de medicamentos.

Por citar otros ejemplos, en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) la entidad certificaba a 58 establecimientos en 2010; en tan sólo el 2014, alcanzó a certificar más de 200 establecimientos tanto a nivel nacional como internacional.

Finalmente, el Instituto ha fortalecido los canales de atención, generando al usuario otra alternativa para que pueda solicitar sus trámites y servicios a través de la herramienta de Invima Virtual en donde se permite realizar las solicitudes de registros sanitarios y sus trámites asociados de forma virtual. Esta solución contempla 30 trámites entre registros, modificaciones, certificaciones, autorizaciones, notificaciones sanitarias, permisos sanitarios y consultas. Adicionalmente aplica para los productos de competencia de la institución.

- Instituto Nacional de Salud (INS)



El INS fue rediseñado con el propósito de consolidarse como entidad de conocimiento, centro de ciencia, tecnología e innovación de la salud pública durante los últimos años. Es así como el Instituto ha buscado actualizar su infraestructura y tecnología para cumplir con la función de ser cabeza de la red nacional de laboratorios y diagnóstico en salud pública.

Como resultados importantes de este rediseño, se destaca su fortalecimiento en el diagnóstico, investigación y vigilancia de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, el fortalecimiento de sus laboratorios en distintas zonas del territorio nacional y el funcionamiento actual del Observatorio Nacional de Salud (ONS). Así mismo, la ampliación de la vigilancia de eventos de interés en salud pública: de 90 eventos en 2010 a más de 100 en la actualidad.

7. Retos

En el marco de la formulación del nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2014-2108, “Todos por un Nuevo País”, durante el último trimestre del 2014 el Ministerio de Salud trabajó de la mano con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), las regiones y otros actores, en la construcción del plan que regirá las acciones del gobierno nacional durante los próximos 4 años.



En lo que se refiere al sector salud, se han planteado cuatro objetivos fundamentales: i) aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención; ii) mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en los resultados en salud; iii) recuperar la confianza y la legitimidad; y iv) garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS. Para alcanzar estos objetivos se han planteado estrategias concretas.

Para el primer objetivo, como principales estrategias se ha propuesto emprender innovaciones normativas en el aseguramiento en salud. Por otra parte se formuló un ambicioso programa de inversión pública hospitalaria que incluye el fortalecimiento de la capacidad instalada de los hospitales en términos de infraestructura física, equipamiento biomédico, industrial y tecnológico. Estas estrategias se complementan con esquemas alternativos de operación de hospitales públicos, una nueva política de talento humano en salud y un modelo integral de atención en salud, entre otros.

Las relacionadas con el segundo objetivo son las siguientes: implementar territorialmente el Plan Decenal de Salud Pública, el programa para la prevención y el control de las enfermedades endemoepidémicas, desatendidas, emergentes y reemergentes, el Programa ampliado de inmunizaciones (PAI), la Política para la promoción de la salud, la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles (ENT), la Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, el Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y atención de consumo de sustancias psicoactivas, el Programa nacional para la atención integral en salud a la persona adulta mayor, el Programa de atención y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) y la Política integral de salud ambiental (PISA).

En tercer lugar, para recuperar la confianza y legitimidad en el sector salud se desarrollará una política para fortalecer la inspección, vigilancia y control (IVC), la institucionalidad para la administración de los recursos del SGSSS, un programa de simplificación de procesos en el sistema de salud, una política de fortalecimiento del sistema de información, así como una política de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas.

Las estrategias correspondientes al cuarto objetivo son: avanzar en la política de sostenibilidad financiera, la política farmacéutica, la investigación, innovación y ciencia para el desarrollo de tecnologías en salud, así como en la política para la definición del plan de beneficios.