



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014-2018

Sector Administrativo de Salud y Protección Social

Edición y consolidación:
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Grupo de Planeación y Estudios Sectoriales

Bogotá, D.C., noviembre de 2015

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

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

Norman Julio Muñoz Muñoz
Superintendente Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora (E) Instituto Nacional de Salud–INS

Javier Humberto Guzmán Cruz
Director (E) Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA

Claudia Marcela Rojas Daza
Directora General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General Instituto Nacional de Cancerología

Esperanza Inés Rojas Gutiérrez
Gerente Sanatorio de Agua de Dios

Jesús Alfonso Suárez
Gerente Sanatorio de Contratación

Francisco Álvaro Ramírez Rivera
Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–FONPRECON

Jaime Luis Lacouture Peñaloza
Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	JUSTIFICACIÓN	6
3.	MARCO LEGAL.....	7
4.	ANTECEDENTES	8
4.1.	Resultados y perspectivas del sistema de salud	8
4.2.	Cambios institucionales	17
4.3.	Los retos del futuro	21
5.	OBJETIVO GENERAL.....	23
5.1.	Objetivos específicos.....	23
6.	PLATAFORMA ESTRATÉGICA SECTORIAL 2014-2018	24
6.1.	Política Administrativa No. 1 - Gestión misional y de gobierno	25
6.1.1	Objetivo No. 1. Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en resultados en salud	25
6.1.2	Objetivo No. 2. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención	28
6.1.3	Objetivo No. 3. Recuperar la confianza y legitimidad del sistema	29
6.1.4	Objetivo No. 4. Asegurar la Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud.....	31
6.2.	Política Administrativa No. 2 -Transparencia, participación y servicio al ciudadano	31
6.2.1	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.....	32
6.2.2	Transparencia y Acceso a la Información Pública	32
6.2.3	Participación Ciudadana en la Gestión.....	33
6.2.4	Rendición de cuentas a la ciudadanía	34
6.2.5	Servicio al Ciudadano	34
6.3.	Política Administrativa No. 3 -Gestión del Talento Humano	35
6.3.1.	Planeación estratégica del recurso humano.....	35
6.3.2.	Gerencia pública	35
6.3.3.	Sistema de capacitación	35
6.3.4	Sistema de estímulos.....	35
6.3.5	Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP	35
6.4.	Política Administrativa No. 4 -Eficiencia administrativa	36
6.4.1.	Gestión de la calidad	36
6.4.2.	Racionalización de trámites	36

6.4.3.	Modernización institucional.....	36
6.4.4.	Gestión de Tecnologías de la Información (TI).....	36
6.4.5.	Gestión Documental	36
6.5.	Política Administrativa No. 5 - Gestión financiera.....	37
6.5.1.	Programación y ejecución presupuestal	37
6.5.2.	Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).....	37
6.5.3.	Formulación y seguimiento a proyectos de inversión	37
6.5.4.	Plan Anual de Adquisiciones – PAA	38
7.	FINANCIACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL	38
8.	ANEXO – HERRAMIENTA DE CONSOLIDACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014-2018.....	42

PLAN ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2014 – 2018

1. Introducción

La planeación estratégica se puede definir como el proceso de formular y evaluar las mejores decisiones que permitan a las organizaciones llevar a cabo sus objetivos. Para algunos autores¹, la planeación es el proceso mediante el cual se analiza la situación (externa e interna) de las organizaciones, estableciendo objetivos y formulando las acciones a seguir para lograrlos. Debe abarcar a toda la organización; por lo tanto, todo el personal debe estar comprometido para que la planeación estratégica resulte un éxito. Además, si bien la planeación se proyecta a un plazo determinado, durante el mismo debe estar en permanente observación para que, en caso de ser necesario, se puedan hacer las correcciones pertinentes que permitan alcanzar los objetivos planteados.

Bajo este referente, el ejercicio de planeación estratégica sectorial liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, inició en 2014 con la formulación (en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación-DNP) del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”², particularmente en cuanto a los contenidos referentes al sector salud. Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sector, formuló de manera concertada con las entidades adscritas el Plan Estratégico Sectorial (PES) 2014-2018, el cual sirve como instrumento de gestión que permite orientar las acciones a partir de los objetivos y metas establecidas en el PND, con lo que se articulan las estrategias que responden coherentemente con las políticas e iniciativas de gobierno de acuerdo con las competencias sectoriales.

El PES obedece igualmente a los lineamientos normativos y misionales asignados tanto al Ministerio (como cabeza de sector salud) y a las entidades adscritas y vinculadas, al cumplimiento de las políticas públicas en lo competente al sector, a lo contemplado en los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) y a los mandatos de las cortes en materia de salud, siguiendo igualmente los modelos de gestión orientados al desempeño de la administración pública en función a resultados que, así mismo, buscan fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación, con el fin de optimizar los recursos, mejorar el desempeño de las instituciones del sector y el impacto de las políticas públicas.

En este sentido, dentro de este plan se establecen acciones y metas de manera correspondiente a las directrices del modelo integrado de planeación y gestión que contiene las siguientes políticas administrativas:

¹ Uno de los autores destacados en área de la administración es Michael Porter. El principal campo de trabajo académico de Porter es la estrategia competitiva. Entre algunas de sus obras están: “Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors” (1980); “Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance (1985); On Competition (1998) que contiene sus principales artículos sobre el tema, incluido What is Strategy? (1996), publicado en Harvard Business Review; y, The Five Competitive Forces That Shape Strategy (2008), que es una versión revisada y ampliada de sus artículos.

² Con su consecuente promulgación mediante la Ley 1753 del 9 de junio de 2015.

- a. Gestión misional y de gobierno
- b. Transparencia, participación y servicio al ciudadano
- c. Gestión del talento humano
- d. Eficiencia administrativa
- e. Gestión financiera

Es así como este PES espera consolidar, en el corto y mediano plazo, el alineamiento requerido en el sector Salud y Protección Social de manera que el Ministerio, sus dependencias, las entidades adscritas y vinculadas y sus correspondientes áreas funcionales, lo apropien a través de la formulación, la implementación, el seguimiento, la evaluación y los ajustes necesarios a sus propios planes, programas y proyectos institucionales.

2. Justificación

Teniendo en cuenta la responsabilidad que se le ha asignado al sector administrativo de la salud y la protección social, en cuanto a las políticas públicas en materia de salud, salud pública, promoción social en salud y protección social, así como en lo relativo al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS)³, es de vital importancia contar con una herramienta de planeación de la gestión para las entidades que conforman este sector, que permita de manera organizada, coordinada y articulada, responder de manera adecuada a las necesidades de salud de los habitantes del país, potencializando los recursos y aunando los distintos esfuerzos institucionales.

Dicha planeación debe estar alineada tanto con las metas gubernamentales, como con los compromisos que sectorial e institucionalmente se han abordado, tendientes a la mejora de la situación de salud en Colombia en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad, para lo cual se deben tener en cuenta igualmente las estrategias planteadas en el corto, mediano y largo plazo que responden a los desafíos actuales en materia de salud. De ahí la necesaria participación de las distintas entidades adscritas y vinculadas del sector, por cuanto desde las competencias y funciones que se les han conferido, deben contribuir al cumplimiento de tales retos.

Lo anterior, cobra especial importancia cuando los objetivos del Ministerio y del sector son considerables y ambiciosos. Los mismos se encuentran enmarcados en lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018⁴, en los compromisos acordados con la Presidencia de la República, particularmente en términos de la “mega meta”⁵ de reducir en 14.000 las muertes prevenibles por enfermedades no transmisibles durante el periodo de gobierno, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como los

³ Según la Ley 1444 de 2011 (artículos 9 y 10) y el Decreto 4107 de 2011

⁴ Para más detalles ver: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/LEY%201753%20DEL%2009%20DE%20JUNIO%20DE%202015.pdf> y <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20PND%202014-2018F.pdf>

⁵ En julio de 2015, el Ministerio de Salud se comprometió públicamente ante el país a orientar sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad de las enfermedades prevenibles (llamadas enfermedades crónicas o no transmisibles) -entre ellas las cardiovasculares (corazón), renales, hipertensión arterial, diabetes y afecciones pulmonares (respiratorias), cáncer y diabetes- lo que significa 14 mil muertes menos para el año 2018 en la población de 30 a 70 años de. Esta meta es equivalente a pasar de una tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles de 221 a 192 por cada 100 mil habitantes en este grupo de edad.

desafíos latentes que trae la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) en materia de ciencia, tecnología, investigación, innovación y desarrollo tecnológico en el sector salud.

En el escenario mundial, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos hace parte de los 17 objetivos globales de la nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible, adoptada en septiembre de 2015 en el escenario de las Naciones Unidas. Estos objetivos mundiales orientarán la política de desarrollo y financiamiento durante los próximos 15 años, terminando la labor que comenzaron los Objetivos del Milenio (ODM), abordando las causas fundamentales de la pobreza y reduciendo las desigualdades, en una senda sostenible según los desafíos ambientales de nuestra era, en particular el cambio climático.

En el tema de salud, se visualiza la necesidad de dedicar mayores esfuerzos para mejorar los servicios sanitarios, especialmente en las zonas rurales, persistir en la disminución de la mortalidad de los niños por enfermedades prevenibles y de la mortalidad materna. Estas muertes se pueden evitar con prevención, tratamiento adecuado, educación, campañas de vacunación y promoviendo la salud sexual y reproductiva. Entre otros aspectos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) representan un gran compromiso para lograr una cobertura universal de salud, poner fin a las epidemias como el Sida, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades contagiosas al año 2030, proporcionar acceso a los medicamentos y apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas seguras y eficaces.

Adicionalmente Colombia se encuentra en un proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con lo que sus políticas públicas en salud deberán estar en armonía con las recomendaciones definidas por la organización, por ejemplo, en materia de atención primaria y en zonas dispersas, accesibilidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud.

Por su parte, debido a la complejidad normativa, política y técnica existente para la atención y prestación de los servicios de salud, y dada la magnitud de la población objeto del SGSSS y de las distintas instancias públicas y privadas que hacen parte del mismo, cobra especial importancia el seguimiento y evaluación del avance alcanzado en las distintas dimensiones y políticas, así como su revisión, análisis y ajuste periódico, para una toma de decisiones mejor informadas, a partir de los indicadores y metas establecidos por el gobierno y el Ministerio como cabeza del sector.

En este sentido, es perentorio disponer de mecanismos que permitan disponer de información actualizada, clara, precisa y oportuna sobre los resultados y avances de la gestión, tendiente a la optimización de los recursos y a la efectividad y eficacia en la misma. Para ello, también es imprescindible contar con la experticia y buenas prácticas en las distintas entidades del sector, así como con la participación activa de los diferentes actores.

3. Marco legal

- Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”.

- Ley 1751 de 2015 (o Ley Estatutaria de Salud). Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 019 de 2012 (Decreto-Ley). Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública). Artículo 233. Obligación de formular y publicar los planes de acción, sectoriales e institucionales, a más tardar el 31 de enero de cada año. En enero de 2015 se publicó una versión preliminar, que se ajusta de acuerdo con la Ley 1753 de 2015, o ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Artículos 26 y 29.
- Ley 489 de 1998. Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Artículo 59.
- Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
- Resolución 2626 de 2014. Por la cual se crea el Comité de Desarrollo Administrativo del Sector Salud y Protección Social.
- Resolución 2624 de 2014. Por la cual se crean, conforman y asignan funciones a órganos de asesoría y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece el Sistema Integrado de Gestión Institucional, se definen sus instancias y se dictan otras disposiciones.
- Directiva Presidencial 09 de 2011. Directrices para la elaboración y articulación para la elaboración y articulación de los planes estratégicos sectoriales e institucionales e implementación del Sistema de Monitoreo de Gestión y Resultados.

4. Antecedentes

4.1. Resultados y perspectivas del sistema de salud

Hace un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud⁶. La baja cobertura se traducían en menor acceso. Una enfermedad grave representaba, además de las obvias consecuencias físicas y emocionales, la ruina económica para la mayoría de las familias colombianas. El aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente.

⁶ Mientras que el 47% del quintil más rico estaba cubierto, tan solo el 4,3% de la población perteneciente al quintil más pobre se encontraba asegurado.

En la actualidad, se estima que el 97%⁷ de la población (más de 46 millones de colombianos) se encuentran asegurados en salud, cifra histórica para ese indicador y considerada como una cobertura prácticamente universal. En el régimen subsidiado el número de afiliados supera los 23 millones de personas; el régimen contributivo alcanzó los 21 millones de afiliados y existe un estimado de 2,4 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados. Es importante destacar que en estos últimos cuatro años se registraron cerca de 3 millones de nuevos afiliados, de los cuales cerca de 1 millón corresponden a nuevos afiliados al régimen subsidiado y 2 millones al contributivo.

Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios de salud de los colombianos más pobres y contribuye al cierre de las brechas sociales, lo que se traduce en una disminución sustancial de la desigualdad entre ricos y pobres y entre habitantes de zonas urbanas y rurales. La afiliación en el 20% más pobre de la población pasó de 4% en 1993 a 90% en 2013. Así mismo, en las zonas rurales pasó de 7% en 1993 a 91% en 2013, protegiendo financieramente a estos hogares.

Por su parte, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010-2014 “Prosperidad para Todos” se centraron buena parte de los esfuerzos en la actualización, ampliación y unificación de los planes de beneficios. En la década anterior la falta de una actualización integral y las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional.

En este sentido, varios acuerdos y normas expedidos entre los años 2009 y 2012⁸ permitieron la ampliación y unificación total del Plan Obligatorio de Salud (POS). Así, desde julio de 2012, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo⁹. Así mismo, durante el último cuatrienio 183 nuevas tecnologías en salud fueron incorporadas al POS, incluidos medicamentos para patologías de alto costo como el cáncer, la artritis y la esclerosis múltiple.

Hay que resaltar los inmensos esfuerzos en términos financieros que estos logros implican, no sólo como consecuencia del crecimiento natural de la población colombiana, sino también de la actualización anual del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada afiliado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para garantizar los servicios de salud incluidos en el POS. Lo anterior, acompañado de ajustes adicionales por reconocimiento de mayores costos para la atención de poblaciones especiales como son la carcelaria, indígena y la raizal de San Andrés, lo cual se constituye en un paso más hacia la equidad en Colombia. En los tiempos más recientes, con la Resolución 5968 del 2014, el Ministerio

⁷ Esto equivale a un total de 46,1 millones de afiliados a salud a diciembre de 2014, con una población de referencia DANE de 47,6 millones de habitantes para ese año.

⁸ Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años; Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años; Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años; Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años. Por su parte, el Acuerdo 29 actualizó integralmente el POS en 2011 mientras que la Resolución 5521 hizo lo propio en 2013.

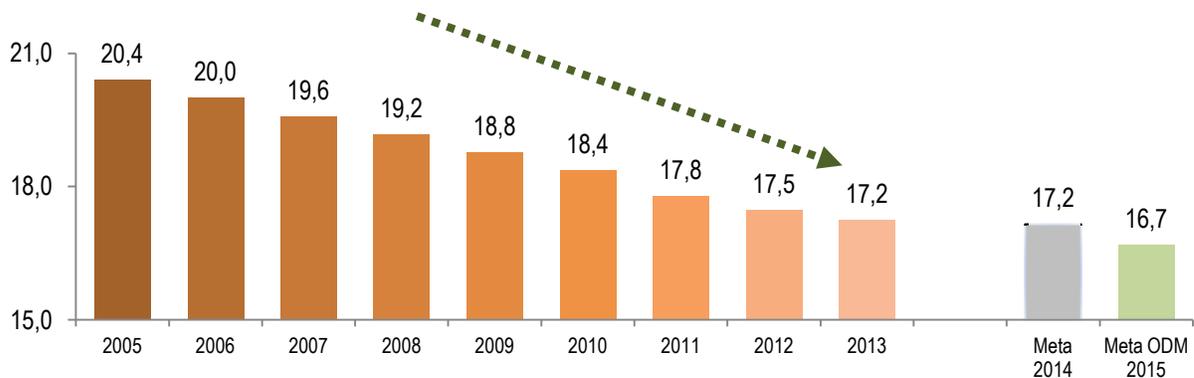
⁹ En el marco de este proceso, se ha dado también una progresiva igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado; la diferencia entre la prima pura del régimen contributivo y del régimen subsidiado bajó del 40% en 1997 a tan sólo 8% en el 2013.

inició un plan piloto para Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, para evaluar la igualación en los pagos que hace el Estado por los afiliados de los dos regímenes.

En contraste, la caída del gasto de bolsillo en salud es un buen resultado que se obtiene en buena parte gracias al aumento de la cobertura y de la ampliación de los planes de beneficios; de representar el 45% del gasto total en salud en 1994, el gasto de bolsillo de los colombianos pasó a ser tan solo el 15,5%¹⁰. Actualmente el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto en salud) es menor en Colombia que en cualquier otro país latinoamericano. El gran esfuerzo financiero que ha hecho el Estado colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud.

Los avances del SGSSS de los últimos años también han resultado en mejoras significativas en el estado de salud de la población. Cerca del 80% de la población percibe su propio estado de salud como bueno o muy bueno. La esperanza de vida al nacer ha progresado a una tasa similar a la de otros países de la región, a pesar del conflicto armado. La mortalidad infantil ha disminuido sustancialmente y de manera sostenida durante los últimos 10 años (ver gráfico 1), cumpliendo prácticamente y de manera anticipada con las metas que se ha impuesto el país¹¹. La prevalencia y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años también disminuyó de manera acelerada. La tasa de mortalidad por EDA pasó de 13,4 (por cada 100 mil) en 2005 a 3,4 en 2013.

Gráfico 1. Tasa de mortalidad infantil, ajustada - en niños menores de 1 año (por cada mil)



Fuente: DANE-Estadísticas Vitales, CONPES Social 140. Objetivos Desarrollo del Milenio-ODM y Plan Nacional de Desarrollo-PND 2010-2014.

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Financiamiento Sectorial. Cifras financieras del Sector Salud. Notas conceptuales y metodológicas sobre la medición del gasto de bolsillo en salud. Boletín bimestral No. 9 (Marzo-Abril 2015), disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-sector-salud-No.9.pdf>

¹¹ De acuerdo con lo señalado en el Informe Objetivos del Milenio-ODM 2013, el DANE (en el marco de aseguramiento de calidad de la información demográfica) ha implementado una serie de protocolos que permiten la obtención de información de calidad, la cual facilita el seguimiento y evaluación de los principales indicadores demográficos. Bajo estos criterios técnicos, se encontró que la mortalidad infantil del año base de la proyección (2005) estaba sobreestimada, por lo cual se realizaron los ajustes correspondientes a la serie 2005–2009 (para mayor información se recomienda consultar el documento de “Estimación del cambio en los niveles de la mortalidad infantil municipal y departamental a partir de las estadísticas vitales (DANE, 2012)” disponible en el enlace: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/vitales/notametodologica.pdf>). Tomando como referencia lo anterior, la mesa técnica del Objetivo 4 sugirió al DANE un nuevo cálculo de la serie desde 1990 a 2004 de las tasas de mortalidad infantil a nivel departamental y nacional. No obstante para propósitos del gráfico que aquí se presenta, se toma la meta inicial ODM 2015 manteniendo lo dispuesto en el CONPES 140 de 2011. Sin embargo, en una nueva evaluación de los ODM que se publicará próximamente, la meta que figura para 2015 es del orden de 17,5 muertes por cada mil niños menores de 1 año, con lo que se habría cumplido con este objetivo de manera anticipada.

En materia de salud pública, se consolidó el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, el cual permitirá avanzar durante la próxima década en la coordinación de las políticas intersectoriales y se han dado otros hitos importantes en los años más recientes y los cuales han sido reconocidos internacionalmente.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró al país libre de oncocercosis (ceguera de los ríos) y se logró la eliminación del sarampión y rubeola autóctonas; este último hecho que fue igualmente certificado por la OPS en el 2014. Adicionalmente, Colombia se ha posicionado como líder del continente americano en la estrategia de erradicación de la malaria. A pesar que junto con Brasil siguen siendo los países en la región con mayores casos de pacientes infectados¹², la mortalidad por malaria se ha reducido de manera importante. De 84 casos de muertes anuales reportados en el 2005, se ha pasado a 14 casos en el 2013¹³.

En materia de vacunación, también se muestran avances importantes. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en cobertura como en el número de biológicos incorporados en el esquema de vacunación. Durante los últimos años se universalizó la vacuna contra el neumococo y se introdujeron las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A, la DPT acelular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos Ferina en niños) y recientemente se agregó la inmunización contra la varicela, alcanzando un total de 20 biológicos. Las coberturas de vacunación se mantienen actualmente en índices superiores al 90%¹⁴ y el esquema de vacunación gratuito del país ha sido reconocido como uno de los más completos y modernos de América Latina.

Las coberturas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano-VPH de Colombia son las mayores del mundo¹⁵, un logro alcanzado en los últimos tres años que permitirá, una generación adelante, evitar mucho dolor y sufrimiento humano. A pesar que la tasa de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino ha descendido sistemáticamente (11% en el año 2000 a 6,4% en 2013¹⁶) y la proporción de casos in situ detectados oportunamente aumentó (de 65,8% en 2011 a 78,2% en 2012) anualmente más de tres mil mujeres colombianas aún mueren por cáncer de cuello uterino (ocasionado por el virus del papiloma humano), lo que justifica mantener este esfuerzo en el país.

¹² El pacífico colombiano es la región más afectada, con los departamentos de Chocó, Nariño y Valle, seguido de otras zonas del país como Amazonas, Antioquia y Córdoba.

¹³ La meta del PND para el 2014 se había establecido en máximo 46 casos y en 34 muertes por malaria para 2015 según los ODM, con lo que se han cumplido las metas en este aspecto.

¹⁴ En el año 2000 las coberturas en vacunación en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos y Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis), dos de los indicadores trazadores en esta materia, apenas alcanzaban el 70% mientras que en el 2010 ya eran del orden del 88%. La cobertura en niños y niñas menores de 1 año con DPT alcanzó el 90,3% y la de niños y niñas de 1 año con Triple Viral el 91,2%

¹⁵ Las coberturas de la cohorte de 2012 de 373 mil niñas escolarizadas alcanzaron en primeras dosis el 98%; segundas dosis el 97% y en terceras dosis 89%. Para la cohorte del 2013 el cumplimiento de la meta equivale al 89% con un total de 2,4 millones de niñas y mujeres vacunadas por el programa. En 2014, se inició una nueva cohorte con una meta de 361 mil inmunizadas, aún en ejecución.

¹⁶ Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por cada 100.000 mujeres).

También es pertinente resaltar la disminución en la desnutrición infantil, la reducción en la prevalencia de tuberculosis y en la mortalidad por cánceres asociados al tabaco e infecciones. En cuanto a la prestación y acceso a los servicios de salud, la consulta por prevención se ha duplicado desde finales de los años noventa. De manera similar, durante los últimos años ha aumentado el acceso a los servicios relacionados con salud reproductiva, con un efecto significativo sobre la disminución de los riesgos asociados al embarazo y al parto, y sobre el descenso en la mortalidad perinatal e infantil.

Todos estos resultados reflejan no sólo los avances en el conocimiento y el autocuidado de la población ante cierto tipo de enfermedades (como el cáncer), sino que evidencian mejoras en el acceso, en la calidad de la atención en salud que a su vez son congruentes con el aumento en la afiliación y con las mayores inversiones efectivas en salud realizadas durante los últimos años.

No obstante que estos logros del SGSSS hoy son ampliamente reconocidos¹⁷, para los próximos años se debe continuar con los avances en temas fundamentales como acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema, particularmente teniendo como referente la Ley 1438 de 2011, los objetivos planteados para el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y la Ley Estatutaria de Salud o Ley 1751 de 2015, la cual es la primera de este tipo en el mundo para un derecho social fundamental.

Los aspectos particulares a resaltar de esta ley tienen que ver con la atención de urgencias sin requerir autorizaciones administrativas, la política farmacéutica –incluido el control de precios de medicamentos– la cual se elevó a política de Estado, la autonomía médica bajo esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica así como los mecanismos de exclusión y ampliación progresiva de beneficios.

A partir de este marco, se han seguido ejecutado reformas graduales y se han desarrollado diversas estrategias en varios frentes, así: los avances normativos e innovaciones al modelo de salud; la política farmacéutica; el apoyo a las regiones mediante la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria; la calidad; el saneamiento y la estabilización financiera del Sistema y el fortalecimiento de las entidades del sector.

Avances normativos e innovaciones en el Sistema de Salud

Algunas innovaciones recientes en el aseguramiento, como lo son la portabilidad nacional y la movilidad entre regímenes, muy probablemente contribuirán a seguir mejorando el acceso oportuno de muchos colombianos a los servicios de salud.

¹⁷ Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) “Colombia tiene un sistema de salud bien diseñado, con políticas e instituciones eficaces de las que otros países podrían aprender. La experiencia colombiana merece ser más conocida a nivel internacional”. Por su parte, la Organización Internacional para el Trabajo (OIT) destaca que “Colombia ha alcanzado logros impresionantes en cuanto a la extensión de su sistema de salud; es una prueba concreta de que la universalización de la salud es factible, incluso en los países en desarrollo”. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud colombiano ocupa el primer lugar en Latinoamérica, el vigésimo segundo a nivel mundial y es el primero en cuanto a la equidad en el financiamiento.

Los colombianos hoy pueden acceder a los servicios de salud a través de su misma EPS en cualquier municipio del país (portabilidad) y aquellos que se encuentren en niveles I y II del Sistema de Identificación de Beneficiarios-SISBEN tienen la posibilidad de moverse libremente del régimen subsidiado al contributivo (y viceversa), sin cambiar de EPS¹⁸. Cientos de miles de personas ya se han beneficiado de estas medidas.

Antes de la reglamentación del Decreto-Ley 019 de 2012, los jóvenes de 18 a 25 años con padres cotizantes, que no se encontraran estudiando, estaban desprotegidos en salud. Con la expedición del Decreto 1164 de 2014 se da la oportunidad a cerca de 1,5 millones de jóvenes de estar cubiertos como beneficiarios de sus padres, estén o no estudiando. Con esta y otras medidas contempladas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se pretende aumentar la cobertura y el acceso para este segmento de la población.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se sancionó el Decreto 2561 de 2014 por el cual se establece un nuevo modelo de atención integral en salud para zonas dispersas o apartadas. Inicialmente, se emprendió un nuevo modelo piloto en el departamento de Guainía. Se espera extender este modelo, por ejemplo, a otras regiones como Vaupés, Chocó y la Alta Guajira.

De manera complementaria, en el articulado del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se definió un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que oriente a todos los agentes del Sistema en la forma en que debe ser atendida la población. Bajo este modelo, las atenciones se realizarán en el entorno familiar, social y comunitario. Se implementarán rutas de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes, juventud, trabajadores y la tercera edad. Igualmente existirán rutas para la población que tiene un riesgo específico de enfermar o que ya tiene un daño en la salud. Con el MIAS se fortalecerán los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. La coordinación estará, en lo posible, a cargo de médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutoria y se pueda responder a las necesidades de la población.

Desde el aseguramiento debe primar un enfoque de gestión del riesgo en salud, el cual busca priorizar la prevención de la enfermedad, de tal forma que se minimice el riesgo y mitigue el daño a los afiliados. Por su parte, el Ministerio de Salud implementará mecanismos de incentivos para todos los agentes del sistema, de manera que las acciones, desde el aseguramiento y la prestación, estén dirigidas primordialmente a garantizar el bienestar y la salud de la población en su territorio.

En específico, y en el marco de la política de mejoramiento de la calidad, el mecanismo de pago por desempeño surge de la necesidad de balancear la tensión entre las funciones de control del gasto y desempeño en salud que tienen los actores del sistema, particularmente los aseguradores. Esta estrategia busca promover la generación de valor en salud mediante la aplicación de un esquema de incentivos financieros (positivos o negativos), dependiendo de los resultados alcanzados en un conjunto de procesos

¹⁸ Decreto 3047 de 2013 y Decreto 1683 de 2013.

que serán priorizados a partir de las rutas integrales de atención, las políticas consignadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, entre otros aspectos. Las actividades de evaluación y monitoreo (gestión de riesgo en salud, calidad de la atención, entre otras dimensiones) podrán realizarse a través de los instrumentos de la Cuenta de Alto Costo.

Adicionalmente, 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 en departamentos a los cuales únicamente se accede por vía marítima, fluvial o aérea. Según el Decreto 2273 de 2014, departamentos como San 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 para 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 las ESE.

Por otra parte, con la expedición del Decreto 2702 de 2014 se actualizaron y unificaron las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Con esto se busca contar con unas EPS cada vez más sólidas y proteger en mayor medida los recursos del Sistema. En este sentido, se definen las condiciones financieras mínimas para garantizar que las EPS cuenten con el patrimonio necesario, de manera que puedan cumplir con el pago de sus deudas y sobre todo prestar los servicios de salud con calidad y oportunidad.

Política Farmacéutica

En lo correspondiente a la política farmacéutica, definida en el Conpes 155 de 2012, se destacan los avances relacionados con el control de precios de medicamentos, dispositivos médicos y la regulación de los biotecnológicos. Esta política ya está siendo reconocida internacionalmente por otros países.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema (y corregir los abusos del pasado), desde el 2013 se puso en marcha estricto control de precios en mercados monopólicos o concentrados. Utilizando la nueva metodología de referenciación internacional de precios en 17 países, se ha alcanzado la cifra de mil medicamentos regulados y una caída promedio de los precios del orden del 40%. Los ahorros obtenidos en aplicación de la política ya superan el billón de pesos, los cuales podrán ser reinvertidos en la salud de los colombianos. A esta medida se suma el establecimiento de valores máximos de reconocimiento (VMR) ante los recobros para más de 8.000 medicamentos, con ahorros que alcanzaron los \$1,7 billones en los últimos 4 años.

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, que sea uniforme para todos los dispositivos. En este sentido, el Ministerio emprendió un plan piloto de control de precios de dispositivos médicos, específicamente relacionado con una propuesta de metodología de regulación para los dispositivos endovasculares coronarios. Como resultado del piloto, se

incluyeron los stents medicados en control directo de precios y se les estableció un precio tope. Así mismo, se incluyeron todos los dispositivos coronarios en el régimen de libertad vigilada y se establecieron los requisitos para el reporte de precios de los mismos. Los beneficios de esta medida consisten en 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.

Otro avance importante de la política farmacéutica tiene que ver con expedición del Decreto 1782 de 2014 que regula el registro sanitario de los medicamentos biotecnológicos o biosimilares, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos, estimula su competencia y elimina barreras de acceso innecesarias. Esto garantizará la disponibilidad de alternativas terapéuticas de igual calidad y menor precio, con ahorros adicionales para el Sistema. Como resultado de esta regulación y con base en los estimativos disponibles (basados en las experiencias de otros países), puede preverse que los precios de algunos medicamentos biotecnológicos se reducirán entre 30% y 60%.

Inversión hospitalaria y calidad

Con esta inversión se ha buscado fortalecer las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas, para lograr un mejor acceso, servicio y calidad. Es así como, en los últimos años se ha invertido cerca de 1 billón de pesos para la dotación, equipos médicos e infraestructura de los hospitales públicos y centros de salud de cientos de municipios. Este nivel de inversión en la capacidad hospitalaria no tiene antecedentes, al menos, en los últimos 20 años.

Para mejorar la calidad se destacan 17 nuevas guías de atención integral en temas de interés para el país entre los que se encuentran enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, enfermedades infecciosas y huérfanas. Las anteriores guías se suman a las 25 que ya se habían promulgado en los años recientes en temas como salud infantil, materna e infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, desde la adopción del Plan Decenal de Cáncer se han visto mejoras sustanciales. Por tan sólo citar un ejemplo, mientras que en 2010 el 58% de los casos de cáncer de cuello uterino reportados se diagnosticaron in situ, para 2014 se estima que 78,2% de los casos reportados fueron diagnosticados in situ. Otro aspecto a resaltar es el éxito obtenido en la estrategia de seguimiento particular a los casos de cáncer infantil, la cual persigue el mejoramiento en la oportunidad del tratamiento y la superación de esta enfermedad.

Sostenibilidad

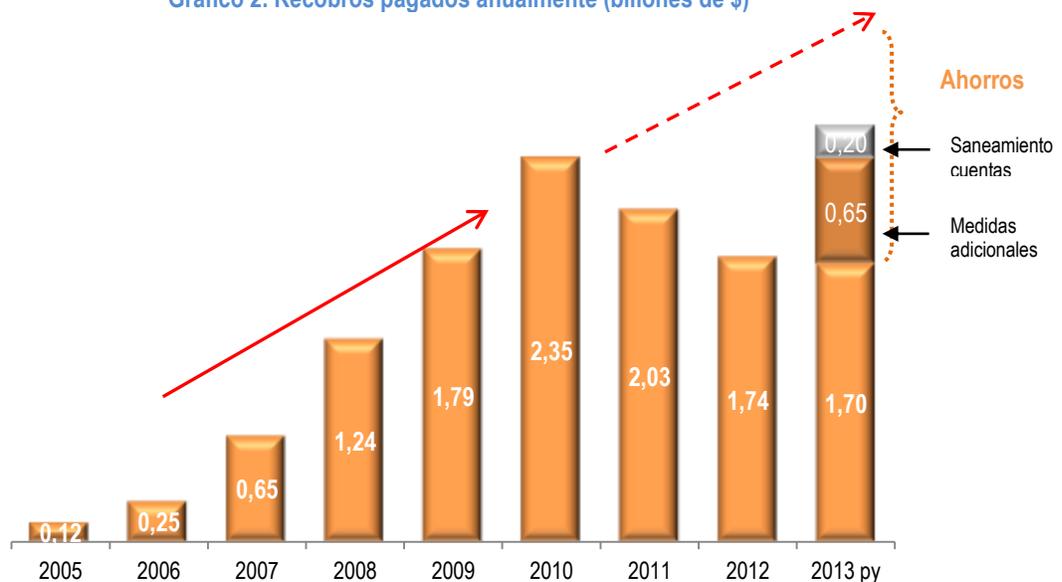
De manera paralela a estos resultados, se ha avanzado en la solución de los graves problemas financieros del sector que amenazaban su sostenibilidad. Los esfuerzos realizados han buscado la construcción de un sistema sostenible y capaz de atender las necesidades de la población.

En conjunto, las medidas principales que comprenden la estrategia de estabilización financiera, tienen que ver con los valores máximos de recobro (VMR) y el control de precios de medicamentos reseñado más arriba (política farmacéutica), la determinación y pago de deudas con recursos de cuentas maestras y otras

fuentes, el pago de deudas de NO POS a las EPS, un flujo más eficiente de los recursos – entre lo que se destaca el giro directo a hospitales y de los recobros a las IPS–, la compra de cartera a hospitales públicos y privados, así como la habilitación de recursos nuevos para el sistema de salud.

En los últimos años se implementaron mayores controles sobre los recursos destinados a la salud, lo que permitió que los gastos corrientes por atenciones y medicamentos no incluidos en el POS se redujeran de \$2,4 billones anuales en 2010 a \$1,7 billones en 2013 (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Recobros pagados anualmente (billones de \$)



Fuente: Cálculos MSPS. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

A la par, en cuanto a la simplificación de procesos, es importante destacar que durante los últimos meses se puso en operación el modelo de radicación en línea de recobros. Bajo este nuevo sistema, no solo se hace más rápido y eficiente el proceso de recobro, sino que también es posible para las entidades recobrantes, subsanar invalidaciones oportunamente.

Durante los últimos años se emprendió y dio continuidad a los procesos de aclaración y saneamiento de cuentas entre IPS, EPS y entidades territoriales. Por su parte, mediante la aprobación de la llamada Ley de Cuentas Maestras-Ley 1608 de 2013 se liberaron recursos adicionales por un valor de \$1,3 billones para el pago de deudas, el saneamiento fiscal y financiero de la red pública, y las inversiones en infraestructura y dotación¹⁹.

Por otro lado, en obediencia a lo contemplado por la Ley 1438 de 2011, el giro directo de los recursos de la Nación alcanzó los \$28 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de

¹⁹ Ley 1608 de 2013

salud, tanto públicas como privadas. En promedio, más del 70% de los giros de la Nación están llegando directamente a las IPS y de manera oportuna, con un tiempo de giro que pasó de cerca de 100 días en promedio, en el pasado, a solo 5.

Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera a las IPS con cargo a la subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA. Desde su implementación, esta compra se acerca al billón y medio de pesos, mejorando la situación financiera de cientos de clínicas y hospitales a lo largo del país.

Producto de este tipo de estrategias, se destaca el hecho que durante el último año 321 Empresas Sociales del Estado (ESE) bajaron de nivel de riesgo o salieron de él. Así, de las 953 ESE del orden territorial que funcionan actualmente en el país, 74% (708 hospitales) se encuentran sin riesgo financiero o con riesgo bajo. Es decir que la gran mayoría de los hospitales públicos evidenciaron una significativa mejoría en sus finanzas²⁰. De las 321 ESE que mejoraron su nivel de riesgo, 176 cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y deberán seguir cumpliendo con las medidas contempladas en dichos programas.

Estos resultados se asocian, entre otras razones, al compromiso de los administradores de las Empresas Sociales del Estado, el apoyo a entidades territoriales, el mejoramiento del flujo de recursos, el saneamiento de cartera previsto en las leyes 1587 de 2012 y 1608 de 2013, así como la implementación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero. También obligan a mantener los esfuerzos en la gestión de las propias ESE, en las disposiciones legales recientemente aprobadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, en las iniciativas legislativas que para el efecto se tramitan en el Congreso, así como en otros desarrollos normativos que se consoliden para el mejor desempeño del Sistema.

4.2. Cambios institucionales

Desde el punto de vista institucional, la creación del Ministerio de Salud y Protección Social, del Instituto Evaluación de Tecnologías en Salud-IETS, la reestructuración de la Superintendencia Nacional de Salud-Supersalud, del Instituto Nacional de Salud-INS, del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, el fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO han sido claves en el camino hacia una mayor rectoría del Sistema y un mejor desempeño sectorial.

Durante la vigencia 2014²¹ se consolidó la reestructuración de la Superintendencia Nacional de Salud, con incremento del recurso humano y una nueva estructura organizativa con énfasis en la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud y con enfoque en la prevención de los riesgos financieros y de salud a implementar en el modelo de Inspección, Vigilancia y Control-IVC; lo anterior, respaldado mediante acuerdos de cooperación con el Banco Mundial (BM) y según las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). En este sentido los retos para el 2014-2018 se basan en continuar con la

²⁰ Este indicador tan sólo alcanzaba el 41% en la última categorización de hospitales realizada.

²¹ Superintendencia Nacional de Salud. Logros, retos y perspectivas 2015. Bogotá D.C., febrero de 2015.

desconcentración, fortaleciendo la presencia regional de la Entidad, así como en generar confianza y respeto entre los usuarios y entidades vigiladas, con un sistema en línea y en tiempo real para la solución de peticiones, quejas, reclamos y denuncias.

Por su parte, el INS²² presentó cambios tanto en su naturaleza jurídica como en su estructura interna y de personal, lo que dinamizó su objeto y funciones con un enfoque hacia el fortalecimiento institucional para el cumplimiento de su misión. Es así como en virtud al artículo 1° del Decreto 4109 de 2011 se cambia la naturaleza jurídica del INS y se determina su objeto y estructura, por lo cual pasa de establecimiento público a instituto científico y técnico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, aunque continúa identificándose como Instituto Nacional de Salud–INS, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

En los últimos años, su papel ha sido clave, por ejemplo, en cuanto al programa de erradicación de la poliomielitis, así como en la declaratoria de Colombia como país libre de oncocercosis, rubeola y sarampión autóctonos. El INS es laboratorio nacional de referencia (máxima autoridad nacional técnico científica) para exámenes de interés en salud pública y coordina las redes especiales de laboratorios, bancos de sangre y trasplantes; además, se ha destacado en el abastecimiento de insumos de salud pública (biológicos, suero antiofídico). En cuanto a la vigilancia epidemiológica de eventos de interés en salud, ha fortalecido las unidades notificadores en un trabajo interinstitucional y ha aumentado su vigilancia en temas como violencia intrafamiliar, sexual, contra la mujer y de artefactos explosivos. Adicionalmente, ha sido fundamental en la identificación, detección y vigilancia del virus chikunguña en Colombia y ha jugado un papel relevante en la investigación científica alrededor del caso particular presentado por las niñas del municipio del Carmen de Bolívar, concluyendo que la vacuna contra el VPH no es la causa biológica de los eventos ocurridos en esa población. Por otra parte, ha liderado el Observatorio Nacional de Salud, generando evidencia para la toma de decisiones en salud del país, liderando la gestión del conocimiento y presentando los informes de salud pública del país ante las instancias competentes.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, se reestructura en el año 2012 mediante Decreto 2078, asumiendo como gran objetivo el de “actuar como institución de referencia nacional en materia sanitaria y ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva de conformidad con lo señalado en el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan”.

A su vez, las otras entidades del sector desarrollaron planes y modelos orientados al fortalecimiento de su objetivo misional. El Instituto Nacional de Cancerología–INC²³ actualmente lidera y desarrolla seis (6) modelos de productividad (radioterapia, oncología, hematología, microcirugía, cabeza y cuello, imagenología) que modifican el quehacer del INC y mejoran la oportunidad y calidad de la atención; así

²² Instituto Nacional de Salud. Informe de Gestión 2014 y Plan Estratégico 2014-2018, publicados por la entidad en su página web.

²³ Instituto Nacional de Cancerología. Informe de Gestión 2011-2014.

mismo, hubo avances importantes en términos de la estructura para la investigación de redes, programas, centros y medios de divulgación.

El Instituto Cancerológico hoy en día atiende cerca de seis mil pacientes nuevos de cáncer el país, representando el 10% de los nuevos pacientes con cáncer del país. Ha desarrollado e implementado en conjunto con el MSPS guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica para la prevención del cáncer y su detección temprana. Dispone así mismo de tecnologías de última generación para la detección y el tratamiento del cáncer como la mamografías en tercera dimensión y el trasplante autólogo de células madres.

El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, ha desarrollado un modelo de atención al usuario con resultados satisfactorios del 97%, en oportunidad, calidad y atención, obtenidos a través de diferentes mediciones al cabo de los dos últimos años.

En 2014, el Centro Dermatológico fue reconocido como hospital universitario, aportando alrededor de un 20% de los egresados del país en el área de la dermatología. Igualmente, aporta en la formación de investigadores en los campos de la biomédica, las infecciones y salud del trópico, así como en bioquímica. Por su parte, recientemente Colciencias le ha dado reconocimiento a dos grupos de investigación en las áreas de dermatología tropical y general. También ha logrado importantes avances científicos para el adecuado diagnóstico y la atención de enfermedades como la Leishmaniasis, Hansen y Cáncer de piel.

El Sanatorio de Agua de Dios²⁴ fue creado en 1876 como el Organismo de Salud Pública más importante del país, convirtiéndose en pionero en la investigación, manejo y rehabilitación de los enfermos de Hansen. Posteriormente, mediante Decreto 1288 de 1994, fue transformado en Empresa Social del Estado, entidad descentralizada de orden Nacional, de naturaleza especial con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa vinculada al Ministerio de Salud. En el 2009 fue habilitado como prestador de Servicios de Salud para la población general de Agua de Dios y la región, con el objeto de subsanar las necesidades insatisfechas de dicha población. Actualmente se encuentra en proceso de certificación.

El Sanatorio de Agua de Dios, tiene dentro de sus objetivos corporativos para el año 2015, la prestación de servicios de salud de baja complejidad y algunos de mediana complejidad, acogiendo a lo consagrado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, prestando servicios de salud con altos estándares de oportunidad, calidad y humanización a la población de Agua de Dios (Cundinamarca) y su área de influencia.

Con el fin de contribuir al mejoramiento de los procesos y servicios que ofrece el Sanatorio a la población, la Institución mantiene sus esfuerzos en sus indicadores de calidad: i) oportunidad de la asignación de citas en las consultas médica general, medicina interna, ginecología, pediatría; ii) oportunidad en la atención en la consulta de urgencias, servicios de imagenología, odontología general; iii) tasa de reingreso de pacientes hospitalizados; iv) proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada; v) tasa de

²⁴ Sanatorio Agua de Dios. Portafolio de servicios de salud. 2015.

mortalidad intrahospitalaria después de 48 Horas; vi) tasa de infección intrahospitalaria; vii) proporción de vigilancia en eventos adversos; y, viii) tasa de satisfacción global.²⁵

El Sanatorio de Contratación se crea mediante Decreto 1289 de 1994 como entidad pública descentralizada del orden nacional de naturaleza especial con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y sede en el municipio de Contratación (departamento de Santander) con régimen jurídico establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Presta servicios de curación extramural domiciliaria para pacientes con discapacidad grado 2 y 3, en tanto que los pacientes con grado de discapacidad 1 residentes en el municipio son atendidos en la Institución; así mismo, el Sanatorio cuenta con planes de promoción y prevención en la enfermedad de Hansen para la zona rural y la región con el fin de ejercer control y seguimiento a los pacientes y a sus convivientes.

Por otra parte, se considera pertinente mencionar que la Comisión de Regulación en Salud-CRES, era la Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social²⁶ que se encargaba de regular el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación, entre otros aspectos. La Comisión fue liquidada mediante el Decreto 2560 de diciembre de 2012 y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, retomando la rectoría en estos aspectos.

En sus años de funcionamiento la CRES realizó 2 actualizaciones integrales del POS (Acuerdos 008/2009 y 029/2011) y la unificación de los planes de beneficios, en 4 etapas: De 0 a 12 años en 2009, de 12 años a menores de 18 años en 2010, de 60 y más años en 2011, para culminar con el grupo de 18 a 59 años a partir del 1º del julio de 2012, para que todos los afiliados al régimen subsidiado tuvieran los mismos beneficios del POS del régimen contributivo.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE también realizan un proceso de articulación, a partir del concepto emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en agosto de 2015, el memorando 201411600099323 de la Dirección Jurídica del Ministerio de mayo de 2014 y el informe de auditoría financiera presentado por la Contraloría General de la República en ese mismo año. En este sentido, dentro del organigrama del Ministerio de Salud y Protección Social se consolida como una dependencia de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

Otra innovación ha sido la creación y conformación, a través de los Decretos 2478 de 2014 y 304 de 2015, de 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 y Protección Social, promueve 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

²⁵ Sanatorio Agua de Dios. Informe de gestión. 2014

²⁶ Esta comisión fue creada mediante la Ley 1122 (2007) del Congreso de Colombia para reemplazar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

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.

Asimismo, con el articulado del Plan de Desarrollo 2014-2018 se creó una entidad que estará a cargo de administrar centralizadamente los recursos destinados a la financiación del aseguramiento en salud. Promoverá una estructura de financiamiento más sencilla, tendrá control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado, con lo cual: i) se minimizarán los riesgos de dobles pagos; ii) se garantizará mayor eficiencia en el flujo de los recursos; y iii) se podrá hacer un mayor seguimiento a los recursos que financian el aseguramiento en el orden territorial. Un mayor control y seguimiento se traduce en mayor protección a los recursos del sistema de salud. Esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerá la medida de giro directo de recursos a hospitales.

Los esfuerzos realizados para garantizar una mayor cobertura, equidad y protección financiera han dejado varios problemas por resolver. La recuperación financiera está a mitad de camino, los mecanismos regulatorios deben fortalecerse y el saneamiento contable es una necesidad imperiosa para muchas instituciones. Además, los desafíos en materia de salud pública, de acceso efectivo y de calidad, en particular, en las regiones apartadas de los centros urbanos, son inmensos. Debe avanzarse igualmente en la recuperación de la confianza entre los distintos agentes del sistema y en el fortalecimiento de la legitimidad.

4.3. Los retos del futuro

Es fundamental mantener lo que sea ha logrado, a la vez que se construye más equidad y se garantiza un sistema de salud que permita a los colombianos tener una vida más larga y saludable. En este sentido, los logros mencionados también implican nuevos retos, relacionados con la mejora de los resultados en salud y la equidad en el acceso, una transición hacia un mejor modelo de salud, más cercano a la gente, con mayor oportunidad y calidad. Así mismo, los objetivos planteados se refieren a la recuperación de la confianza y legitimidad del Sistema y a garantizar su sostenibilidad. Esta consolidación requiere el afianzamiento de algunas de las políticas puestas en marcha en los años más recientes y el diseño e implementación de reformas moderadas y sucesivas al SGSSS.

En materia de resultados en salud son varias las tareas pendientes. La tasa de mortalidad materna sigue siendo alta en comparación a otros países de la región. La incidencia de sífilis congénita ha aumentado sustancialmente, en parte como resultado de algunas deficiencias en la calidad de la atención: el acceso a controles prenatales ha aumentado, pero no tanto así su calidad y pertinencia. Colombia, al igual que otros países de la región, experimenta una doble carga epidemiológica, esto es, la coexistencia de las enfermedades transmisibles (propias de los países en vía de desarrollo) y de las enfermedades crónicas o degenerativas (propias de los países desarrollados). Esta realidad demanda, como ha sido señalado muchas veces, una reorientación de los recursos (y los esfuerzos de todos los sectores) hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En el sistema actual persisten problemas en la calidad, oportunidad, integralidad y resolutivez de las atenciones en salud. Los desafíos al respecto son varios. No solo debe aumentarse la eficacia de las actividades de promoción y prevención, sino también la resolutivez de muchos servicios de salud. Los hospitales públicos, en particular, sufren de obsolescencia tecnológica, de incapacidad de atraer talento humano y de problemas de gestión. Hacia el futuro, por lo tanto, resulta fundamental no solo poner en marcha un ambicioso plan de inversiones, sino también implementar un nuevo régimen laboral y nuevos mecanismos de administración. De manera complementaria incumbe fortalecer la política de talento humano en salud y reforzar los mecanismos de inspección, vigilancia y control para garantizar, entre otras cosas, una efectiva gestión del riesgo en salud.

Tal vez el desafío más urgente del sistema de salud tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre regiones y grupos étnicos. Desde la percepción por ejemplo, el porcentaje de personas que percibe su estado de salud como “menos que bueno” difiere grandemente entre Bogotá (22%) y la región Pacífica (34%). Más allá de las percepciones, las tasas de mortalidad materna e infantil, por ejemplo, son varios órdenes de magnitud mayores en la periferia que en el centro del país (o en las zonas rurales que en las urbanas). Estos resultados reflejan, de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas, y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud.

La dispersión geográfica y la falta de una oferta articulada de servicios de salud, propias de las zonas rurales, constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural. A su vez, las diferencias en las capacidades estatales y en la gestión departamental y municipal contribuyen a la persistencia de disparidades entre entidades territoriales. En este sentido, la implementación de un modelo de salud diferencial para zonas rurales y apartadas es fundamental para cerrar las brechas señaladas anteriormente.

Adicionalmente, las tasas de fecundidad y natalidad en Colombia vienen cayendo, mientras la prevalencia de enfermedades crónicas –en una población cada vez más vieja– aumenta. También se observan patrones mixtos de prevalencia de enfermedades asociadas a sociedades en desarrollo junto con enfermedades de sociedades industrializadas. Por lo anterior, se hace necesario reducir al máximo la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable a través de una estrategia de intervención que incluye la prevención de las enfermedades no transmisibles, las alianzas intersectoriales para la promoción de hábitos de vida saludable, la alimentación sana, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la reducción de la exposición a factores de riesgo colectivo en salud, la inducción de la demanda ante la identificación de factores de riesgo, los modelos de atención diferenciados, las buenas prácticas para de gestión del riesgo, algunas medidas impositivas y regulatorias, así como la evaluación permanente de las tecnologías en salud costo efectivas.

La falta de legitimidad en el sistema de salud, las deficiencias en gestión de algunas entidades territoriales, la debilidad en los mecanismos de inspección, vigilancia y control, así como las falencias del sistema de información son problemas que no dan espera. La responsabilidad no es solo del gobierno central. Si se quiere avanzar decididamente se hace imprescindible reconocer la corresponsabilidad de todos los actores. La Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas destaca la importancia de incluir

la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas en todos los sectores y en todos los niveles de gobierno. La salud es una tarea de todos.

La sostenibilidad del SGSSS sigue siendo un objetivo primordial. Todavía existe un pasado problemático por resolver, esto es, deudas por pagar, patrimonios por reconstruir y contabilidades por sanear. Además las presiones financieras derivadas de la introducción de nuevas tecnologías y del envejecimiento de la población, así como de la nueva realidad institucional creada por la Ley Estatutaria, aumentarán la necesidad de los controles de precios y de la racionalidad en el uso de las nuevas tecnologías. Lo anterior implica, entre otras cosas, la continuidad (y el fortalecimiento) de la Política Farmacéutica Nacional y de los planes de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE). Se hace necesario, al mismo tiempo, establecer condiciones financieras más estrictas para las EPS.

En síntesis, a pesar de los logros de sistema de salud en Colombia, hay muchos retos pendientes. Para afrontar estos retos se requiere la acción coordinada de todos los agentes en un ambiente de confianza mutua. La recuperación financiera del sistema, la consolidación de los logros alcanzados y el éxito de los objetivos del futuro es una tarea de todos. En este sentido, las estrategias propuestas en el proceso de formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se encaminaron a lograr los siguientes cuatro objetivos: (i) mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en los resultados en salud; (ii) aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención; (iii) recuperar la confianza y la legitimidad; y (iv) garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS.

5. Objetivo General

Definir los objetivos, estrategias, acciones, indicadores y metas correspondientes al Plan Estratégico Sectorial (PES) 2014-2018 para el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, que permitan dar cumplimiento a lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 “Todos por Un Nuevo País” así como a los retos actuales en materia de salud, con la participación activa de las entidades del sector.

5.1. Objetivos específicos

- a. Evaluar los logros alcanzados y plantear los retos para el Sector Salud y Protección Social con miras al cumplimiento de los objetivos del PND 2014-2018 y a las políticas y retos actuales en materia de salud.
- b. Coordinar, articular y aunar los esfuerzos interinstitucionales hacia el logro de los objetivos sectoriales, en concordancia con las políticas administrativas determinadas en el modelo de gestión vigente.
- c. Definir y concertar los productos, indicadores y metas que dan cuenta de los avances y resultados del Plan Estratégico 2014-2018.
- d. Identificar y cuantificar los requerimientos de recursos que demandan las acciones definidas como prioritarias y estratégicas.

6. Plataforma Estratégica Sectorial 2014-2018

El Plan Estratégico Sectorial, para el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, se enmarca en las directrices del PND 2014 – 2018 “Todos por un Nuevo País” que establece tres (3) pilares:

- Paz;
- Equidad (disminución de brechas socio-económicas), elementos que conjugados inciden en el desarrollo económico y el bienestar para las regiones y sus habitantes, y;
- Educación (calificación del talento humano como mecanismo de competitividad para disminución de diferencias en los ingresos).

A su vez, el PND define seis (6) estrategias transversales, correspondiendo al sector salud la estrategia transversal de Movilidad Social (particularmente, en cuanto al objetivo No. 2. Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad) y en otros aspectos se aplica la estrategia de Buen Gobierno.

En el cuadro No. 1 se expone la relación entre los contenidos del PND y los objetivos y estrategias para el sector salud.

Cuadro No. 1. Estructura Plan Estratégico Sectorial 2014-2018

Pilares PND 2014-2018	Estrategia transversal	Objetivo Estrategia PND	Objetivos Sectoriales PND	Estrategias
Equidad	Movilidad Social	Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.	Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en resultados en salud	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Planes Territoriales Programa para la prevención y el control de las enfermedades endemoepidémicas, desatendidas, emergentes y reemergentes. Programa Ampliado de Inmunizaciones Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional Política para la promoción de la salud, la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles ENT Política para la promoción de la convivencia social Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos Plan Nacional para la promoción de la salud, prevención y atención de consumo de sustancias psicoactivas SPA Programa Nacional para la Atención Integral en Salud a la persona adulta mayor y promoción del envejecimiento activo, físico y mentalmente saludable. Programa de atención en salud integral a víctimas del conflicto armado Política Integral de Salud Ambiental (PISA)
			Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención	Programa de Innovaciones Normativas en el Aseguramiento Programa de Inversión Pública Hospitalaria Programa de Esquemas Alternativos de Operación de Hospitales Públicos Política de Talento Humano en Salud Política de Mejoramiento de la Calidad Política del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS Política de Respuesta en Estado de Emergencia Política Nacional de Sangre Programa de fortalecimiento de los laboratorios de Salud Pública Política en Salud para Indígenas articulada al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Pilares PND 2014-2018	Estrategia transversal	Objetivo Estrategia PND	Objetivos Sectoriales PND	Estrategias
			Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema	Política de Fortalecimiento de la Inspección Vigilancia y Control -IVC Política de Fortalecimiento de la Institucionalidad para la Administración de los Recursos del SGSSS Programa de Simplificación de Procesos Política de Fortalecimiento del Sistema de Información Política de Transparencia, Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas
			Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia.	Política de Sostenibilidad Financiera Política Farmacéutica Política de investigación, Innovación y Ciencia para el Desarrollo de Tecnologías en Salud Política para la Definición de Beneficios

Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social – Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

De igual manera, se incorporan las políticas de desarrollo administrativo del modelo de gestión. El desarrollo administrativo²⁷ es un proceso de mejoramiento permanente y planeado para la buena gestión y uso de los recursos y del talento humano en los organismos y entidades de la administración pública, cuyos propósitos son: i) la creación de relaciones de cooperación, aceptación y reconocimiento entre los servidores públicos, los particulares investidos para el ejercicio de funciones administrativas y la comunidad en general; ii) el cumplimiento de los fines sociales del Estado y de las responsabilidades y compromisos del servicio público; iii) el mejoramiento de los niveles de gobernabilidad de la Administración Pública; y, iv) el mejoramiento en la calidad de los bienes y servicios a cargo del Estado.

El desarrollo administrativo se fundamenta en el desarrollo del talento humano estatal, la descentralización administrativa, la democratización de la administración pública, la modernización y transparencia en la administración pública y los rediseños organizacionales.

6.1. Política Administrativa No. 1 - Gestión misional y de gobierno

En desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos a cargo del Ministerio como cabeza del sector y de cada una de las entidades adscritas y vinculadas se proponen de acuerdo con los objetivos sectoriales, las acciones sectoriales encaminadas al cumplimiento de las metas de gobierno, a través de cuatro (4) objetivos, como se describirá a continuación:

6.1.1 Objetivo No. 1. Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en resultados en salud.

Para mejorar los resultados en salud, se requiere cerrar las brechas entre regiones, comunidades y grupos socioeconómicos (que aún siguen siendo importantes), al igual que para promover equidad en el acceso a los servicios sanitarios y la calidad, se espera consolidar la cobertura universal, continuar las innovaciones normativas al sistema de salud, facilitar la afiliación, desarrollar el modelo de salud rural y la atención integral en salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). A la vez, se debe continuar

²⁷ El Decreto 2740 de 2001 reglamenta el capítulo cuarto de la Ley 489 de 1998 en lo referente al Sistema de Desarrollo Administrativo.

implementando en los territorios el Plan Decenal de Salud Pública, mejorando la capacidad instalada (con una ambiciosa inversión en infraestructura y dotación hospitalaria) y fortaleciendo una política del talento humano en salud que propenda por la formalización laboral.

Ante las inequidades en resultados en salud, es necesario aplicar un enfoque diferencial a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, acorde con las características socioculturales, geográficas y poblacionales.

Bajo este escenario, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el presente Plan promoverá estrategias sectoriales y transectoriales, encaminadas a mejorar las condiciones de vida y salud de la población y disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable. Lo anterior, teniendo en cuenta la transición demográfica por la que atraviesa el país y sus consecuentes cambios en el perfil epidemiológico²⁸, así como la coexistencia de patrones de morbilidad y mortalidad de enfermedades del siglo pasado y enfermedades modernas, haciendo especial énfasis en la reducción de las inequidades en salud que hoy en día caracterizan al territorio nacional..

Los siguientes indicadores permitirán hacer seguimiento y evaluar los avances y resultados en lo relativo a este objetivo 1.

Cuadro No. 2. Metas e indicadores del objetivo 1

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000 niños menores de 5 años)*	7,6	6
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer*	3,84%	<3,8%
Departamentos que implementan el Programa de Prevención y Reducción de Anemia en niños entre 6 y 23 meses de edad	0	13
Número de departamentos con información anual del estado nutricional en menores de 18 años y gestantes	0	32
Municipios con la estrategia de ciudades, ruralidad y entornos para los estilos de vida saludable implementada**	1	55
Instrumentos regulatorios para la prevención del exceso de peso	0	4
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años) *	221	192
Porcentaje de la población que asiste al menos una vez al año a consulta médica u odontológica por prevención**	68,4%	>75%
Proporción de nuevos casos de cáncer de mama identificados en estadíos tempranos (I-IIA)	ND	50%
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino <i>in situ</i> *	66,8%	72%
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (ajustada)*	17,47	14,5

²⁸ El país ha venido experimentado una transición demográfica con disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y aumento de la edad promedio, con sus consecuentes cambios en el perfil epidemiológico, caracterizados por el aumento pronunciado y sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, propias de la población adulta y adulta mayor.

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Biológicos incorporados en el Esquema Nacional de Vacunación	19	23
Cobertura de vacunación en menores de un año con terceras dosis de pentavalente	91%	95%
Cobertura de vacunación en menores de un año con triple viral	91,2%	95%
Tasa de mortalidad por IRA en niños y niñas menores de 5 años (por cada 100.000 niños menores de 5 años)*	16,1	12,6
Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años (por cada 100.000 niños menores de 5 años)*	3,5	<=3,5
Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA en menores de 5 años (casos) – Nacional	681.530	607.525
Razón de mortalidad materna a 42 días en el área rural dispersa (por cada 1.000 nacidos vivos)*	105,2	80

Notas: En términos generales, la línea base de los indicadores corresponde al valor 2014, salvo los casos en que se señala lo contrario.

* La línea base corresponde a 2012, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.

** La línea base corresponde a 2013, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.

Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social con base en PND 2014-2018 y tablero de control de Presidencia.

Por su parte, en cuanto a este objetivo, en el período 2015-2018 el INS generará evidencia de información en salud a través de la publicación de 8 documentos con análisis de problemas asociados a salud; conformará una red de conocimiento en salud alrededor del Observatorio Nacional en Salud-ONS, actualizando anualmente el mapa de actores correspondiente; producirá 65.000 viales de Suero Antiofídico Polivalente (SAP) en el cuatrienio; y, contribuirá a mejorar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios de salud pública a nivel nacional y territorial mediante la acreditación de 12 ensayos durante el periodo en referencia.

El IINVIMA ha definido el norte de su gestión sobre tres ejes fundamentales: garantizar la salud pública en Colombia, contribuir a elevar el estatus sanitario del país y ser soporte en materia de competitividad. En línea con lo anterior y de conformidad con la Resolución 1229 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA diseñó e implementó el Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario basado en Riesgos llamado IVC SOA.

Este modelo evalúa los riesgos de los productos que están bajo su vigilancia considerando tres aspectos: a) la severidad (S), b) la probabilidad de ocurrencia (O) y c) la afectación (A). También incluye información histórica sanitaria de los establecimientos, tales como resultados de las visitas de inspección, programas especiales de tecno-vigilancia, fármaco-vigilancia, análisis físico químico y microbiológico, resultados de laboratorio, medidas y sanciones sanitarias, resultados de las certificaciones de buenas prácticas de manufactura-BPM, buenas prácticas clínicas-BPC, buenas prácticas de laboratorio-BPL, buenas y prácticas de elaboración-BPE, quejas y denuncias. Incorpora 35 variables que califican los establecimientos que están bajo vigilancia del Instituto y 32 riesgos que valoran sus productos; de manera agregada, permiten perfilar el nivel de riesgo de cada establecimiento. Adicionalmente provee información clave para la toma de decisiones sobre el estatus sanitario del país, medidas de prevención, monitoreo y políticas en beneficio de la salud de los colombianos.

Cerca de la totalidad de los 13.326 establecimientos que el INVIMA tiene bajo su vigilancia están calificados por riesgo a través del modelo IVC SOA. Con base en esta información se programan las visitas de inspección in situ para verificar el status sanitario del establecimiento y tomar medidas sanitarias si fuese necesario. Así, en este próximo cuatrienio se identifican y definen estrategias para que en el 2018 se incremente en un 3% los establecimientos vigilados que cumplen los estándares sanitarios establecidos.

6.1.2 Objetivo No. 2. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención

Hace alusión a las estrategias de aseguramiento en salud dirigidas a la consolidación de la cobertura universal y la unificación de la operación del aseguramiento, esquemas alternativos de operación de hospitales públicos, diseñar estrategias para el fortalecimiento del talento humano en salud, dotación y adecuación de infraestructura física y tecnológica de entidades del sector (Sistema General de Regalías e implementación de los contratos plan).

En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) basado en Gestión del Riesgo, se incluyen los componentes de atención primaria en salud (APS), salud familiar y comunitaria con enfoque en servicios básicos, enfoque diferencial (comunidades étnicas, víctimas, entre otros) y promoción de la salud para poblaciones en zonas dispersas y con alto componente de ruralidad, gestión integral del riesgo en salud, patologías crónicas, estándares de calidad y oportunidad en la prestación de servicios, avanzar en la implementación de la política integral de salud ambiental (PISA) y creará el sistema unificado de información en salud ambiental (SUISA).

Los siguientes indicadores permitirán hacer seguimiento y evaluar los avances y resultados en lo relativo al objetivo 2.

Cuadro No. 3 Metas e indicadores del objetivo 2.

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Porcentaje de personas que consideran que acceder a servicios de salud a través de su EPS fue fácil o muy fácil	54,0%	67,0%
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales – Nacional*	84,8%	88%
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales - Área rural dispersa*	77,8%	83,6%
Avance en la implementación del modelo de atención integral en salud para zonas con población dispersa-piloto Guainía	29,2%	100%
Porcentaje de quejas respondidas de las remitidas a las EPS	41%	95%
Nuevos cotizantes afiliados al Régimen Contributivo	10.403.030	977.536
Porcentaje de población afiliada al sistema de salud	96%	97%
Porcentaje de personas entre 18 a 25 años afiliada al sistema de salud	95%	99%
Porcentaje de puntos de atención en IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta	34,5%	43,1%

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Puntos de atención en IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta	199	250
Tiempo de espera para la atención en consulta de urgencias para el paciente clasificado como Triage II (minutos)	32,6	20
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General y Odontología General (días)**	3,9	3
Oportunidad en el inicio del tratamiento de Leucemia en niños menores de 18 años* (días)	12	5
Guías de práctica clínica gestionadas con herramientas de implementación elaboradas	0	30
Porcentaje de casos de VIH detectados tempranamente*	21%	24%
Hospitales públicos que adoptaron alguna de las medidas expedidas para mejorar su operación	0	959
Entidades territoriales (departamentales o distritales) con proyectos de infraestructura física o de dotación de las empresas sociales del Estado cofinanciados.	ND	37

Notas: En términos generales, la línea base de los indicadores corresponde al valor 2014, salvo los casos en que se señala lo contrario.

* La línea base corresponde a 2012, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.

** La línea base corresponde a 2013, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.

Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social con base en PND 2014-2018 y tablero de control de Presidencia.

Por su parte el INS, generará conocimiento científico en salud, ciencias biomédicas e innovación, en el marco de las prioridades en salud pública, orientados a entender e intervenir en la dinámica del proceso salud–enfermedad, mediante la ejecución de proyectos de investigación de la agenda de salud pública. En este sentido, se espera que el 90% de los proyectos atiendan el Plan Decenal de Salud Pública al 2018. Por otra parte, generará en el período 2015-2018 al menos 7 informes a partir del sistema de información de donantes. También incrementará de un 82% en 2015 a un 85% en 2018 la concordancia en la interpretación de la citología de cuello uterino y en la correspondiente a los exámenes acreditados, en esta misma proporción. Finalmente, espera generar 40 informes técnicos durante el cuatrienio a partir de la vigilancia epidemiológica sobre eventos priorizados que afecten la salud pública.

El INVIMA espera incrementar en un 40% el proceso de captura de información de problemas relacionados con medicamentos en el marco del Programa Nacional de Farmacovigilancia que permitan generar alertas de seguridad sobre problemas relacionados con medicamentos, liderar líneas de investigación y ejercer control sobre los registros sanitarios para garantizar el perfil de seguridad y una relación positiva en el beneficio-riesgo. Adicionalmente, al final del cuatrienio, pretende incrementar de un 49% a un 80% el porcentaje de usuarios inscritos en los programas de Tecnovigilancia (Postcomercialización de Dispositivos Médicos) y Reactivovigilancia (Reactivos de Diagnóstico Invitro), con respecto al potencial existente.

6.1.3 Objetivo No. 3. Recuperar la confianza y legitimidad del sistema

Recuperar la confianza y legitimidad entre los usuarios y agentes del sistema se ha convertido cada vez más en una prioridad. En consecuencia, se debe fortalecer la inspección, vigilancia y control, ejercer mayor presencia territorial y coordinación con las Direcciones Territoriales de Salud, fortalecer las funciones jurisdiccionales continuar la simplificación de procesos –especialmente en el flujo de recursos y en los

trámites– y fortalecer el sistema de información. Durante los próximos años se pretende continuar con esta estrategia y aunar esfuerzos para que cada vez exista más información verificable a disposición de los colombianos frente a los resultados, la calidad en los servicios sanitarios y las tecnologías en salud, hacer desarrollos y realizar actualización permanente de bases de datos como BDUA, RIPS, RUAF, PILA, SIVIGILA, entre otros) con mecanismos de interoperabilidad de los mismos con SISPRO, entre otros aspectos.

Los siguientes indicadores permitirán hacer seguimiento y evaluar los avances y resultados en lo relativo al objetivo 3.

Cuadro No. 4 Metas e indicadores del objetivo 3

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Satisfacción con el Sistema*	85,5%	90%
Percepción de confianza en las EPS*	89%	92%
Catálogos digitales de información en salud interoperables y disponibles para consulta	0	10
Portales web de consulta en salud y protección social operando	0	6
Porcentaje de EPS con sistema de gestión Integral del riesgo en salud en operación	0%	95%

Notas: En términos generales, la línea base de los indicadores corresponde al valor 2014, salvo los casos en que se señala lo contrario.

* La línea base corresponde a 2013, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.

Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social con base en PND 2014-2018 y tablero de control de Presidencia.

En cuanto a este objetivo, la Supersalud espera aumentar de un 41% (valor en 2014) a un 95% (al 2018) el porcentaje de quejas respondidas con respecto al total de remitidas a las EPS.

Por su parte, el INS desarrollará 16 campañas de sensibilización sobre la importancia de la donación y trasplante de órganos, tejidos y sangre en el período 2015-2018. Adicionalmente, en el marco de la vigilancia en salud pública, pretende depurar el 60% de las unidades generadoras de datos para aumentar la calidad de las mismas.

De acuerdo con lo previsto en la Resolución 1619 de 2015 corresponde al INVIMA, como laboratorio nacional de referencia, definir, vigilar y controlar los estándares de calidad que deben cumplir los laboratorios de salud pública departamentales y Distrito Capital así como definir los estándares que deben cumplir los laboratorios de control de calidad que se encuentren ubicados dentro de establecimientos dedicados a la fabricación, procesamiento, elaboración o envasado de los mismos. Así mismo, el INVIMA a través de sus laboratorios ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control a los laboratorios citados anteriormente y las Entidades Territoriales de Salud ejercerán las funciones de IVC a los laboratorios que realicen análisis o pruebas de laboratorio de interés en salud pública dentro de su jurisdicción.

En este sentido se espera que en el 2018, el 100% de los laboratorios de Salud Pública apliquen y efectúen seguimiento a los estándares de calidad y que, en un proceso gradual, participen en los ejercicios de intercomparación a nivel nacional, como herramienta para evaluar implementación de un sistema de calidad que garantice la emisión de resultados confiables.

6.1.4 Objetivo No. 4. Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud

La sostenibilidad y la equidad deben ir de la mano. Sin sostenibilidad, no se garantiza equidad real. Por su parte, el envejecimiento de la población y la presión tecnológica traen nuevos desafíos. Bajo este escenario, cobra especial importancia el reforzamiento de las actividades de promoción y prevención, así como la consolidación de la política de medicamentos y tecnologías. Igualmente, se debe dar continuidad al plan de estabilización financiera, terminar el proceso de saneamiento financiero del sector y de las ESE, resolver las deudas de las EPS liquidadas y gestionar la entrada en operación de la entidad que manejará centralizadamente los recursos de salud. También se visualiza la necesidad de efectuar mayores cambios en la operación, financiamiento, recaudo y control de los recursos del sistema

Las acciones relacionadas con este objetivo son: saneamiento de pasivos, compra de cartera a los prestadores de servicios de salud, definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), continuidad de los programas de saneamiento fiscal y financiero de los hospitales públicos, pago de los servicios no incluidos en el plan de beneficios, diseñar herramientas de regulación de precios de los medicamentos, crear y consolidar un programa nacional de uso racional de medicamentos, realizar procesos investigación, innovación y desarrollo y evaluación de tecnologías en salud.

Los siguientes indicadores permitirán hacer seguimiento y evaluar los avances y resultados en lo relativo al objetivo 4.

Cuadro No.5 Metas e indicadores del objetivo 4.

INDICADOR	Línea de base	Meta a 2018
Gasto por eventos no incluidos en el plan de beneficios (\$ billones)	\$ 2,1	\$ 1,2
Porcentaje de ESE sin riesgo financiero o riesgo bajo*	41%	65% ²⁹
Cartera por venta de servicios de salud mayor a 180 días con respecto a la facturación anual generada por venta de servicios de salud de los hospitales públicos*	30%	25%
Porcentaje de EPS que cumplen las nuevas condiciones de habilitación financiera durante el periodo de transición	60,6%	80%
Ahorros al sistema de salud por control de precios de tecnologías en salud (\$ billones)**	\$ 1,0	\$ 1,3
Nuevos ahorros al sistema de salud por control de precios de tecnologías en salud (\$ miles de millones)	N.A.	84

Notas: En términos generales, la línea base de los indicadores corresponde al valor 2014, salvo los casos en que se señala lo contrario.

* La línea base corresponde a 2013, que es el último dato disponible producido por la fuente oficial.** La línea base corresponde a los ahorros acumulados alcanzados entre 2010 y 2013.

Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social con base en PND 2014-2018 y tablero de control de Presidencia.

6.2. Política Administrativa No. 2 -Transparencia, participación y servicio al ciudadano

²⁹ Meta correspondiente al valor establecido en el tablero de control con la Presidencia de la República.

El objetivo de esta política es acercar el Estado al ciudadano y hacer visible la gestión pública. Se aplica a todos los organismos y entidades de la rama ejecutiva del poder público y de la administración pública y a los servidores públicos que por mandato constitucional o legal tengan a su cargo la titularidad y el ejercicio de funciones administrativas, prestación de servicios públicos o provisión de obras y bienes públicos y, en lo pertinente, a los particulares cuando cumplan funciones administrativas.

La Ley 1712 de 2014, contempla la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones, el acceso a la información, a los trámites y servicios; lo que se traduce en una atención oportuna y efectiva.

Esta política incluye los siguientes aspectos en los cuales las entidades deben desarrollar su gestión:

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Participación Ciudadana en la Gestión
- Rendición de cuentas a la ciudadanía
- Servicio al Ciudadano

6.2.1 Plan anticorrupción y de atención al ciudadano

La gestión de políticas anticorrupción en entidades públicas implica un compromiso decidido de todos los servidores públicos que hacen parte de la entidad; considerando los ámbitos de la prevención, el control, la investigación y la sanción de la corrupción, si se quiere tener un efectivo fortalecimiento institucional y sectorial.

Siguiendo lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 al interior de cada entidad se trabaja en la ejecución de mecanismos y acciones que permitan identificar los principales factores de riesgos y adoptar medidas anti trámites generando una mayor participación ciudadana:

- Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos: Mecanismo para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades, generación de alarmas e implementación de mecanismos orientados a controlarlos y evitarlos.
- Racionalización de trámites: Estrategia de mejora continua consistente en el ejercicio, por parte de cada entidad, para simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, modernizando y haciendo más eficientes los medios de acceso a los servicios brindados por las instituciones del Estado.
- Rendición de cuentas: Interacción del Estado con la ciudadanía mediante la entrega de información, diálogo e incentivos, a fin de que los agentes interesados tengan conocimiento de la gestión y resultados de la administración pública, como resultado de la estrategia de Buen Gobierno.
- Servicio al Ciudadano: Disposición de canales y medios eficientes, para que la ciudadanía pueda acceder a los trámites y servicios del Estado.

6.2.2 Transparencia y acceso a la información pública

Si bien el Estado Colombiano cuenta actualmente con algunos instrumentos que miden el cumplimiento de las entidades respecto a normas en materia de transparencia y lucha contra la corrupción, tales como el

índice de Gobierno Abierto -AGA o las mediciones del FURAG, estos instrumentos no logran profundizar en un análisis sobre los procesos desarrollados por las entidades, ni sobre los principales riesgos de corrupción existentes, con un nivel de detalle.

En este escenario, el gobierno expidió la Ley 1712 de 2014 de “Transparencia y acceso a la información pública”, la cual obliga a toda entidad pública o privada o persona natural o jurídica que preste servicios o funciones públicas o administre, reciba o intermedie recursos públicos, a disponer información a los usuarios, ciudadanos e interesados de manera oportuna, veraz, completa, reutilizable, procesable y en formatos accesibles. Dando a conocer el proceso y los resultados de la gestión en forma clara, veraz y oportuna.

A nivel sectorial e institucional se da cumplimiento a los requerimientos establecidos en la Ley 1712 de 2014, y desde cada entidad se implementará estrategias, mecanismos e instrumentos necesarios para hacer visible la gestión de cada una.

Entre los instrumentos definidos por la Ley se encuentran:

- Registro de Activos de Información: Instrumento que permite identificar de manera precisa la información pública bajo su custodia, posesión o control de cada entidad (inventario de la información pública que la entidad genere, obtenga, adquiera, transforme o controle en su calidad de tal).
- Índice de Información Clasificada y Reservada: De acuerdo con los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014, con el fin de proteger la información que por su contenido puede generar un daño a los derechos de las personas naturales o jurídicas, o a los intereses públicos, es necesario que las entidades lleven registro de la información que califique como reservada o clasificada, a fin de evitar que de manera arbitraria se niegue el acceso a la información, restringiéndolo únicamente en los casos señalados por ley.
- Esquema de Publicación de Información: Para cumplir la obligatoriedad de divulgar la información, las entidades deben elaborar el Esquema de Publicación de Información, como instrumento para informar, de forma ordenada, a la ciudadanía, interesados y usuarios, sobre la información publicada y que publicará.
- Programa de Gestión Documental: En cumplimiento de la Ley de Archivos, cada entidad debe definir la estrategia de producción, conservación, identificación, almacenamiento, conservación y eliminación de información y documentos.

6.2.3 Participación ciudadana en la gestión

Es la obligación de generar espacios de participación activa de los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. Para su cumplimiento se hace necesario lo siguiente:

- Identificación del nivel de participación ciudadana en la gestión de la entidad.
- Formulación participativa de las políticas públicas, planes y programas institucionales.
- Implementación y planes de mejora.
- Uso de medios electrónicos para consultar a la ciudadanía.
- Consulta en línea para la solución de problemas.

- Definición de los programas y servicios que pueden ser administrados y ejecutados por la comunidad.
- Inclusión de normas sobre participación ciudadana relacionadas directamente con la entidad, en su normograma.
- Identificación de experiencias y buenas prácticas de participación ciudadana en la entidad.
- Publicación del mecanismo o procedimiento para participar en la formulación de políticas o en el ejercicio de las facultades del sujeto obligado

6.2.4 Rendición de cuentas a la ciudadanía

La rendición de cuentas es una expresión de control social, entendido como el conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, la administración pública y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo. Su adecuada implementación demanda lo siguiente:

- Identificación de las necesidades de información de la población objetivo de la entidad
- Acciones de Información a través de la utilización de medios de comunicación masivos, regionales y locales o comunitarios para facilitar el acceso a la misma
- Acciones de Información por medio de la utilización de tecnologías de la información y comunicación para facilitar el acceso a ésta
- Implementación de la apertura de datos
- Definición de metodología de diálogo presencial que permita la participación de los grupos de interés caracterizados
- Acciones de diálogo a través del uso de medios electrónicos en los espacios de rendición de cuentas
- Acciones de incentivos
- Cronograma del conjunto de acciones seleccionadas
- Realización de la convocatoria a eventos definidos
- Elaboración y publicación de memorias (principales conclusiones y compromisos) de los eventos de rendición de cuentas
- Evaluación individual de las acciones de rendición de cuentas
- Elaboración del documento de evaluación del proceso de rendición de cuentas

6.2.5 Servicio al Ciudadano

Política orientada a garantizar el acceso de los ciudadanos, en todo el territorio nacional y a través de distintos canales, a los trámites y servicios de la Administración Pública con principios de información completa y clara, eficiencia, transparencia, consistencia, calidad, usabilidad, accesibilidad y oportunidad en el servicio, y ajuste a las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano velando por su mejoramiento continuo. Para su cabal cumplimiento se requiere definir lo siguiente:

- Elementos generales para mejorar el Servicio al Ciudadano
- Esquemas de atención por múltiples canales electrónicos
- Gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias

6.3. Política Administrativa No. 3 - Gestión del talento humano³⁰

Tiene por objeto el desarrollo y cualificación de los servidores públicos, buscando la observancia del principio de mérito para la provisión de los empleos, el desarrollo de competencias, vocación del servicio, la aplicación de estímulos y una gerencia pública enfocada a la consecución de resultados mediante los siguientes componentes:

6.3.1. Planeación estratégica del recurso humano

La implementación de este componente permite realizar el estudio de las necesidades cuantitativas y cualitativas de recursos humanos y facilita la coherencia estratégica de las políticas y prácticas organizacionales con las prioridades de la organización.

La implementación de este componente permite realizar el estudio de las necesidades cuantitativas y cualitativas de recursos humanos y facilita la coherencia estratégica de las políticas y prácticas organizacionales con las prioridades de la organización.

6.3.2. Gerencia pública

Se establece en el título VIII de la Ley 909 de 2004 y en el Decreto 1227 de 2005, emite los lineamientos para la gestión de los Gerentes Públicos como factor humano orientado al desarrollo estratégico de las entidades de la Rama Ejecutiva del Estado, contemplando las etapas que se deben desarrollar (Ingreso, Evaluación, Capacitación e Incentivos).

6.3.3. Sistema de capacitación

En desarrollo de este componente, cada entidad formulará con una periodicidad mínima de un año su Plan Institucional de Capacitación - PIC, de acuerdo con lo previsto en la Ley, en el Plan Nacional de Formación y Capacitación, el cual debe estar articulado con el Plan Estratégico de Recursos Humanos.

6.3.4. Sistema de estímulos

Este programa hace parte del Plan Estratégico de Recursos Humanos y su elaboración debe efectuarse con la participación de los Servidores Públicos de la entidad y el apoyo de la Comisión de Personal. De conformidad con los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2004, comprende dos áreas, que son calidad de vida laboral y protección y servicios sociales.

6.3.5. Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP

Las entidades públicas tienen el compromiso legal de cargar y mantener actualizada la información institucional y de su recurso humano. Su importancia radica en que para dar cumplimiento a la aplicación de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública, mediante este

³⁰ Información descrita en la Matriz Plan Estratégico Sectorial 2014-2018.

mecanismo se puede disponer el directorio de Servidores Públicos, empleados y contratistas, para que la ciudadanía en general conozca los datos de sus hojas de vida que deben ser de conocimiento público.

6.4. Política Administrativa No. 4 -Eficiencia administrativa

Política dirigida a identificar, racionalizar, simplificar y automatizar trámites, procesos, procedimientos y servicios, así como optimizar el uso de recursos, con el propósito de contar con organizaciones modernas, innovadoras, flexibles y abiertas al entorno, con capacidad de transformarse, adaptarse y responder en forma ágil y oportuna a las demandas y necesidades de la comunidad, para el logro de los objetivos del Estado. Su implementación incluye los siguientes componentes:

6.4.1. Gestión de la calidad

Las entidades deben implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad con base en las orientaciones contenidas en la NTCGP 1000, con el fin de adoptar un enfoque basado en procesos, donde el cliente o usuario sean el punto de partida para la definición de los mismos.

6.4.2. Racionalización de trámites

Con el fin de hacer más eficiente la gestión de las instituciones públicas y a promover la confianza en el ciudadano aplicando el principio de la buena fe, dando respuestas ágiles a las solicitudes de servicio de la ciudadanía, a través de la simplificación, estandarización, optimización, automatización o eliminación de trámites y procedimientos administrativos y la promoción del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para el desarrollo de los mismos.

6.4.3. Modernización institucional

Para el diseño de organizaciones modernas, innovadoras, flexibles y abiertas al entorno, alineadas a las estrategias, estructuras y procesos definidos para el logro de los propósitos y resultados que de ellas se esperan; en un marco de racionalidad de asignación de recursos, eficiencia y eficacia en el uso de los mismos; con capacidad de transformarse, adaptarse y responder en forma ágil y oportuna a las demandas y necesidades de la comunidad, para el logro de los objetivos del Estado

6.4.4. Gestión de Tecnologías de la Información (TI)

Para lograr eficiencia mediante el uso de las tecnologías de la información, se requiere adoptar el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial para la gestión de TI – en adelante, MRAE; aplicando los lineamientos de adquisición de TI del Estado y los acuerdos marco de precios, e implementando esquemas de monitoreo y seguimiento.

6.4.5. Gestión Documental

Encaminada al desarrollo sistemático de los procesos archivísticos en cuanto a la planificación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida por una entidad, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación y evidenciar las actuaciones y funciones legales, administrativas y técnicas de las entidades. Incluye el Programa de Gestión Documental y sus programas específicos y estar articulado con el Plan Estratégico Institucional y en el Plan de Acción Anual y el Plan Institucional de Archivos de la Entidad - PINAR.

6.5. Política Administrativa No. 5 - Gestión financiera

Política orientada a programar, controlar y registrar las operaciones financieras, de acuerdo con los recursos disponibles de la entidad. Integra las actividades relacionadas con la adquisición de bienes y servicios, la gestión de proyectos de inversión y la programación y ejecución del presupuesto. Se integra por los siguientes componentes:

6.5.1. Programación y ejecución presupuestal

La programación presupuestal hace referencia a la elaboración del anteproyecto de presupuesto que debe ser remitido al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el mes de marzo, con base en los criterios establecidos anualmente por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional y la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación.

La ejecución presupuestal constituye el ejercicio a partir de la aprobación de la Ley Anual de Presupuesto y la expedición del decreto de liquidación. Inicia con el registro en el SIIF y continúa con los registros de las operaciones que se realizan en materia presupuestal.

6.5.2. Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC)

Elaborado por los diferentes órganos que conforman el Presupuesto General de la Nación, con la asesoría de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, teniendo en cuenta las metas financieras establecidas por el CONFIS. Para iniciar su ejecución, este programa debe haber sido radicado en dicha Dirección, antes del 20 de diciembre.

6.5.3. Formulación y seguimiento a proyectos de inversión

La formulación de los proyectos y la evaluación previa que se realiza a los mismos en el marco del ciclo de los proyectos de inversión concluirá con el registro y sistematización en el Banco Nacional de Programas y Proyectos.

El seguimiento a los proyectos de inversión se basa como mínimo en los indicadores y metas de gestión y de producto, en el cronograma y en la regionalización, de conformidad con la información contenida en el Banco Nacional de Programas y Proyectos (BPIN), para la formulación del proyecto, así como en la información de ejecución presupuestal registrada en el SIIF. Esta información permitirá reflejar los avances

físicos, financieros, cronológicos y regionales, y conocer el estado del proyecto frente a los objetivos definidos.

Las entidades ejecutoras deben reportar mensualmente al Sistema de Información de Seguimiento a Proyectos de Inversión Pública, que administra el Departamento Nacional de Planeación, el avance logrado por el proyecto durante ese período.

6.5.4. Plan Anual de Adquisiciones – PAA

Contiene la adquisición de bienes y servicios que requiere una entidad, con cargo a los presupuestos de funcionamiento y de inversión.

Para la elaboración del PAA, las entidades deben atender los lineamientos establecidos en la Guía para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones publicada por la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente –, así como utilizar el formato establecido para ello.

7. Financiación del Plan Estratégico Sectorial

El cumplimiento de los objetivos, estrategias y acciones definidas en el Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud y por ende en el Plan Estratégico Sectorial supondrá la convergencia de recursos de diferentes fuentes, entre las cuales se incluyen los recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación–PGN, el Sistema General de Regalías–SGR, el Sistema General de Participaciones–SGP, los recursos de las Entidades Territoriales³¹ y del sector privado. Considerando lo anterior la ejecución del Plan Estratégico estará limitada por la disponibilidad de recursos en cada una de las fuentes.

Es así como, la estimación de la inversión total requerida para dar cabal cumplimiento a los objetivos, compromisos y metas establecidas en este Plan, requiere de una estimación de los aportes requeridos por parte de todas y cada una de las fuentes previamente mencionadas.

Teniendo en cuenta que el Plan Estratégico Sectorial es el instrumento de gestión con que cuentan los sectores administrativos del gobierno nacional para orientar sus acciones al cumplimiento de los compromisos, objetivos y metas adquiridos en el PND, y que el Plan Plurianual de Inversiones (PPI) del Plan de Desarrollo, contiene una estimación de las cuantías necesarias por cada una de las fuentes para el cumplimiento de los objetivos, estrategias y metas en materia de salud, el PPI constituye una primera aproximación a las inversiones necesarias financiar el cumplimiento a cabalidad del Plan Estratégico Sectorial.

En virtud de lo anterior, el presente capítulo recoge las estimaciones incluidas en el PPI para el Sistema General de Regalías–SGR, el Sistema General de Participaciones–SGP, los recursos de las Entidades Territoriales y del sector privado. No obstante, no retoma las estimación de inversión del PGN presentadas

³¹ En esta fuente se estima la cofinanciación de las estrategias propuestas el PND por parte de las entidades territoriales.

en dicho documento, toda vez que éstas se encuentran por debajo de los valores apropiados por el sector en la actual vigencia³², sugiriendo una reducción de los valores requeridos para la financiación de las acciones determinadas en el Plan, lo cual no sería factible considerando los retos actuales que afronta el sector.

En ese orden de ideas, la estimación de las inversiones requeridas con cargo al PGN fueron realizadas por el Ministerio de Salud Protección Social, bajo el supuesto de que para cada una de las vigencias se aseguren los montos requeridos para garantizar la sostenibilidad del régimen subsidiado y cuando menos mantener los niveles actuales de inversión del sector.

De lo anteriormente expuesto, se estima que para el cumplimiento de los objetivos, estrategias, acciones establecidas en el presente Plan se requerirá una inversión de más de \$70,6 billones de pesos³³ entre 2015 y 2018 entre todas las fuentes que contribuirán al logro de las metas. El Sistema General de Participaciones se constituye en la principal fuente de financiación del Plan, con un aporte del 40,7% del total, seguido por los recursos de inversión del PGN (37,7%) y los recursos del Sector Privado (15,3%), como se puede observar en el cuadro No. 6.

Cuadro No.6
Costo total de la implementación del Plan Estratégico Sectorial 2015 – 2018, por fuente de financiación.

Cifras en \$ millones constantes de 2014

Fuente	2015	2016	2017	2018	TOTAL
SGP	6.773.899	7.004.081	7.307.931	7.637.186	28.723.097
Inversión PGN	4.443.587	5.929.354	8.003.547	8.234.862	26.611.350
Privado	2.468.105	2.659.803	2.794.084	2.875.465	10.797.457
Entes Territoriales	991.250	996.063	1.000.898	1.005.756	3.993.967
SGR	162.108	137.935	118.434	103.277	521.754
TOTAL	14.838.949	16.727.236	19.224.894	19.856.546	70.647.625

Fuente: Plan Plurianual de inversiones para SGP, Privado, Entes Territoriales y SGR. Ministerio de Salud y Protección Social para Inversión PGN. Cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos recursos permitirán el cumplimiento de los cuatro objetivos del Plan Estratégico Sectorial: i) Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención; ii) Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud; iii) Recuperar la confianza y la legitimidad en el Sistema; y, vi) Asegurar la sostenibilidad financiera del Sistema en condiciones de eficiencia.

El aumento del acceso efectivo a los servicios y el mejoramiento de la calidad en la atención implican un reto muy grande del sector, en tanto que al ser la salud un derecho fundamental, el Estado está en la

³² Esta situación se presenta como consecuencia de los ajustes realizados al inicio de la vigencia por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación a los montos de inversión establecidos en el PPI para la mencionada fuente. Ajustes que se dieron como consecuencia de la reducción de los precios internacionales del petróleo y su efecto en el recaudo proyectado de ingresos de la nación.

³³ Con el fin de permitir agregaciones entre los datos de inversión para los años de implementación del Plan Estratégico, los datos se presentan en precios constantes de 2014.

obligación de garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio pleno del mismo. Por esta razón, este objetivo requerirá la asignación de mayores cuantías a lo largo de los cuatro años, siendo el responsable del 97,9% de los recursos a ser ejecutados para dar cumplimiento a lo establecido en el Plan. De igual manera es el único objetivo que deberá contar con la convergencia de todas las fuentes de financiación para su cabal cumplimiento, como se observa en el cuadro No 7.

Cuadro No.7. Costo asociado al cumplimiento de los objetivos Plan Estratégico Sectorial 2015 – 2018
Por fuente de financiación.

Cifras en \$ millones constantes de 2014

Objetivo / Fuente	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención	14.453.650	16.349.191	18.852.699	19.488.897	69.144.437
Inversión PGN	4.106.921	5.592.689	7.666.882	7.898.196	25.264.688
Entidades Territoriales	991.250	996.063	1.000.898	1.005.756	3.993.967
Privado	2.468.105	2.659.803	2.794.084	2.875.465	10.797.457
SGP	6.773.899	7.004.081	7.307.931	7.637.186	28.723.097
SGR	113.476	96.555	82.904	72.294	365.228
Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud	273.468	266.215	260.365	255.818	1.055.866
Inversión PGN	224.835	224.835	224.835	224.835	899.340
SGR	48.632	41.380	35.530	30.983	156.526
Recuperar la confianza y la legitimidad en el Sistema	105.418	105.417	105.417	105.417	421.670
Inversión PGN	105.418	105.417	105.417	105.417	421.670
Asegurar la sostenibilidad financiera del Sistema en condiciones de eficiencia	6.413	6.413	6.413	6.413	25.652
Inversión PGN	6.413	6.413	6.413	6.413	25.652
TOTAL	14.838.949	16.727.236	19.224.894	19.856.546	70.647.625

Fuente: Plan Plurianual de inversiones para SGP, Privado, Entes Territoriales y SGR. Ministerio de Salud y Protección Social para Inversión PGN. Cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se puede observar en el cuadro 2 la participación de los otros objetivos en la ejecución de los recursos es significativamente inferior al primero de ellos, siendo el objetivo de Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud el segundo en materia de requerimiento de recursos para su cumplimiento, y el único de los restantes, que involucra más de una fuente de financiación.

Es fundamental tener en cuenta que el cumplimiento de los objetivos, estrategias y metas planteadas en el presente Plan estará supeditado a la disponibilidad de los recursos de cada una de las fuentes, y la insuficiencia de los mismos podría poner en riesgo su materialización.

En caso que los recursos asignados en cada vigencia para el cumplimiento de los compromisos del sector salud resulten insuficientes en relación con las cuantías establecidas en el PPI, es factible que se presenten situaciones de desfinanciamiento que pondrían en riesgo el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco del Plan Estratégico, las cuales podrán eventualmente ser subsanadas mediante una mayor asignación en otra vigencia u otra fuente.

De igual manera, es necesario resaltar que en el caso particular de las fuentes provenientes del Presupuesto General de la Nación (Inversión PGN y SGP), la disponibilidad de recursos estará determinada por las cuantías que se sean asignadas al sector para cada una de las vigencias que forman parte del periodo de implementación del plan, las cuales serán asignadas a las entidades del sector en las leyes anuales del presupuesto y dependerán de la generación de ingresos de la Nación.

8. Anexo – Herramienta de consolidación del Plan Estratégico Sectorial 2014-2018

Para la elaboración y presentación de las políticas de desarrollo administrativo que hacen parte del Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 se construyó una herramienta de Excel para la consolidación de la información y consignar de manera sistemática y progresiva la información relativa a la formulación, seguimiento y evaluación del mismo. La herramienta está compuesta por las siguientes hojas:

Hoja de Inicio

  PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018 SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL		Acciones	Productos	Indicadores
POLITICAS DE DESARROLLO ADMINSTIVO DEL MODELO DE GESTION		47	47	47
	A._GESTIÓN_MISIONAL_Y_DE_GOBIERNO	17	17	17
	B._TRANSPARENCIA_PARTICIPACIÓN_Y_SERVICIO_AL_CIUDADANO	10	10	10
	C._GESTIÓN_DEL_TALENTO_HUMANO	6	6	6
	D._EFICIENCIA_ADMINISTRATIVA	10	10	10
	E._GESTIÓN_FINANCIERA	4	4	4

Hoja 2 Política de Gestión Misional y de Gobierno

  PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018 SOCIAL									
GESTIÓN MISIONAL Y DE GOBIERNO		REGRESAR							
ACCIÓN SECTORIAL PROPUESTA	ELEMENTOS DEL COMPONENTE	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	METAS				
					2015	2016	2017	2018	META CUATRIENIO
Garantizar la atención integral con cobertura universal.	A_1_Plan_Nacional_de_Desarrollo	Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta"	Oportunidad de cita médica	Cita médica menor a 8 días	8	7	7	6	6
Desarrollar acciones que contribuyan a la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública	A_1_Plan_Nacional_de_Desarrollo	Instituto Nacional de Salud	Informes técnicos a partir de la vigilancia epidemiológica sobre eventos prioritizados que afecten la salud pública						
Programa de innovaciones normativas en el aseguramiento	A_1_Plan_Nacional_de_Desarrollo	Ministerio de Salud y P. S.	Personas entre 18 y 25 años afiliadas al sistema de salud	Porcentaje de personas entre 18 y 25 años afiliadas al sistema de salud	0,96	0,97	0,98	0,99	0,99
Política del Modelo integral de atención en salud	A_1_Plan_Nacional_de_Desarrollo	Ministerio de Salud y P. S.	Avance en la implementación del modelo de atención integral en salud para zonas con población	Porcentaje de avance en la implementación del modelo de atención integral en salud				100,00%	100,00%
Programa de esquemas alternativos de operación de hospitales públicos	A_1_Plan_Nacional_de_Desarrollo	Ministerio de Salud y P. S.	Atención en IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta	Porcentaje de puntos de atención en IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta	39,7%	41,4%	42,2%	43,10%	43,10%
			Acceso a citas médicas sin	Número de días para la atención de citas					

Hoja 3 Política Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAÍS		PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018 SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL					
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO				REGRESAR					
ACCIÓN SECTORIAL PROPUESTA	ELEMENTOS DEL COMPONENTE	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	METAS				
					2015	2016	2017	2018	META CUATRIENIO
Formular y ejecutar el Plan de Anticorrupción y atención al ciudadano	Plan_Anticorrupcion_y_de_Atencion_al_Ciudadano	Todos	Plan Anual de Anticorrupción formulado y con seguimiento	Entidades con Plan implementado	11	11	11	11	11
Disponer la información para dar cumplimiento a Ley 1712 de 2014	Transparencia_y_Acceso_a_la_Información_Publica	Todos	Información publicada según Ley 1712	Entidades con información publicada	11	11	11	11	11
Mantener las acciones de participación ciudadana en la gestión	Participacion_Ciudadana_en_la_Gestion	Todos	Divulgar los mecanismos habilitados de interacción de la ciudadanía	Entidades con mecanismos habilitados	11	11	11	11	11
Implementar estrategias de Rendición de cuentas	Rendicion_de_cuentas_a_la_ciudadania	Todos	Estrategia de Rendición de Cuentas ejecutada	Entidades con estrategias de Rendición de Cuentas ejecutadas	11	11	11	11	11
Fortalecimiento de la institucionalidad para la administración de recursos	Servicio_al_Ciudadano	Ministerio de Salud y P. S.	Mejorar percepción de los usuarios sobre el acceso oportuno a los servicios de						
Implementación de la política de fortalecimiento del sistema de información	Transparencia_y_Acceso_a_la_Información_Publica	Ministerio de Salud y P. S.	Registros y catálogos con carga disponible para consulta	Componentes SISPRO operando al 90% o más	1	2	3	4	4
Disponer de información para el acceso y consulta de la ciudadanía	Rendicion_de_cuentas_a_la_ciudadania	Todos	Portal web disponible para consultas de información institucional y de servicios	Entidades con enlaces disponibles	11	11	11	11	11

Hoja 4 Política Gestión del Talento Humano

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAÍS		PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018 SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL					
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				REGRESAR					
ACCIÓN SECTORIAL PROPUESTA	ELEMENTOS DEL COMPONENTE	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	METAS				
					2015	2016	2017	2018	META CUATRIENIO
Implementar y evaluar el Plan Estratégico de Recursos Humanos	Plan_Estrategico_de_Recursos_Humanos	Todos	Plan formulado y monitoreado	Entidades con planes	11	11	11	11	11
Implementar y evaluar el Plan Anual de Vacantes	Plan_Anual_de_Vacantes	Todos menos Capracam	Plan formulado y monitoreado	Entidades con planes	10	10	10	10	10
Implementar y evaluar el Plan Anual de Capacitación	Plan_Anual_de_Capacitacion	Todos	Plan formulado y monitoreado	Entidades con planes	11	11	11	11	11
Implementar y evaluar el Plan Anual de Bienestar e Incentivos	Bienestar_e_Incentivos	Todos	Plan formulado y monitoreado	Entidades con planes	11	11	11	11	11

Hoja 5 Política Eficiencia Administrativa

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAÍS		PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018						
				SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL						
EFICIENCIA ADMINISTRATIVA				REGRESAR						
ACCIÓN SECTORIAL PROPUESTA	ELEMENTOS DEL COMPONENTE	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	METAS					
					2015	2016	2017	2018	META CUATRIENIO	
Implementar y/o mantener el Sistema de Gestión de la Calidad	Gestion_de_la_Calidad	Todos	SGC implementado y funcionando	Entidades con SGC	11	11	11	11	11	
Implementar estrategias de cero papel	Eficiencia_Administrativa_y_Cero_Papel	Todos	Estrategia implementada y evaluada	Entidades con estrategia implementada	11	11	11	11	11	
Revisión y ajustes de trámites y servicios	Racionalizacion_de_Trámites	Todos	SLAT actualizado	Entidades con trámites actualizados	11	11	11	11	11	
Implementación políticas GEL	Gestion_de_Tecnologias_de_Informacion	Todos	GEL implementado	Entidades con estándares GEL implementados	11	11	11	11	11	
Desarrollar Plan de Gestión Documental	Gestion_Documental	Todos	PGD en operación	Entidades con PGD implementado y monitoreado	11	11	11	11	11	
Mantener y revisar el MECI	MECI	Todos	MECI operando y monitoreado	Entidades con MECI operando y monitoreado	11	11	11	11	11	

Hoja 6 Política Gestión Financiera

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAÍS		PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014 - 2018						
				SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL						
GESTIÓN FINANCIERA				REGRESAR						
ACCIÓN SECTORIAL PROPUESTA	ELEMENTOS DEL COMPONENTE	ACCIÓN SECTORIAL MIPG	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	METAS				
						2015	2016	2017	2018	META CUATRIENIO
Ejecución presupuestal superior al 95% (Obligación/Aprop. Definitiva)	E_GESTIÓN_FINANCIERA	Programacion_y_Ejecucion_Presupuestal	Todos	Programación y ejecución presupuestal	Obligación/Aprop. Definitiva	95%	95%	95%	95%	95%
Dar cumplimiento al PAC	E_GESTIÓN_FINANCIERA	Programa_Anual_Monitoreado_de_CDR_PAC	Todos	PAC ejecutado	Entidades con PAC cumplido	11	11	11	11	11
Ejecución de recursos de inversión superior al 95%	E_GESTIÓN_FINANCIERA	Formulacion_y_Ejecucion_de_Proyectos_de_Inversion	Todos	Ejecución presupuestal	Obligación/Aprop. Definitiva	95%	95%	95%	95%	95%
Formular e ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	E_GESTIÓN_FINANCIERA	Plan_Anual_de_Adquisiciones_PAA	Todos	Plan Anual de Adquisiciones ejecutado	Plan Anual de Adquisiciones	11	11	11	11	11