# PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Edición y consolidación:
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



2016

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

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

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

**GERARDO BURGOS BERNAL**
Secretario General

**DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**Luis Gabriel Fernández Franco**
Director Jurídico

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

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

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

**Germán Escobar Morales**
Jefe Oficina de Calidad

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

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

**Ricardo Adolfo Amórtegui González**
Grupo de Comunicaciones

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

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

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

**José Fernando Arias Duarte**
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**Luis Carlos Ortiz Monsalve**
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

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

**Fernando Ramírez Campos**
Director ( E ) de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Maribel Posada Sánchez**
Directora U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

**VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**

**Félix Régulo Nates Solano**
Director de Regulación, Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

**Álvaro Rojas Fuentes**
Director de Administración de Fondos de la Protección Social

**Omar Hernán Guaje Miranda**
Director de Financiamiento Sectorial

**José Luis Ortiz Hoyos**
Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

**SECRETARÍA GENERAL**

**Martha Ruby Narváez Otero**
Subdirección de Gestión de Operaciones

**Ivonne Yadira Gamboa Vesga**
Subdirección Administrativa

**Manuel José Canencio Maya**
Subdirección Financiera

**Nohora Teresa Villabona Mujica**
Subdirección de Gestión del Talento Humano

**Consuelo García Tautivá**
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Crédito diseño de la portada: Grupo de Comunicaciones

Edición y consolidación: Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

## Contenido


1. INTRODUCCIÓN ..... 5

2. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO ..... 9
2.1. Objetivo general ..... 9
2.2. Objetivos específicos ..... 9

3. CONTEXTO ESTRATÉGICO ..... 10
3.1. Análisis DOFA ..... 10
3.2. Logros recientes y perspectivas del sistema de salud ..... 13

4. ACCIONES ESTRATÉGICAS E INTERMEDIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ..... 25
4.1. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios ..... 25
4.2. Viceministerio de Protección Social ..... 31
4.3. Secretaría General ..... 35
4.4. Dependencias del Despacho del Sr. Ministro de Salud y Protección Social ..... 36
4.5. Recursos requeridos para la ejecución del plan ..... 43

5. ESQUEMA DE SEGUIMIENTO DEL PLAN ..... 45

# 1. Introducción

## El concepto de planeación estratégica y su rol en el ciclo de la política pública

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. El profesor Alfred Chandler[1] definió la estrategia como la determinación de los **objetivos a largo plazo** y la elección de las **acciones** y la asignación de los **recursos** necesarios para conseguirlos".

Por otra parte, según el *Business Dictionary*[2], la planeación estratégica es un proceso sistemático de imaginar un **futuro deseado** y traducir esta visión en **metas u objetivos** concretos que se deben alcanzar a través de una **secuencia de pasos** y de la priorización en el uso de los **recursos disponibles**.

Para otros autores[3], 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, es necesario estar en permanente observación de los avances para que, en caso de ser necesario, se puedan hacer las correcciones pertinentes que permitan alcanzar los objetivos planteados.

Bajo este referente, la planeación estratégica es importante porque:

i) Incrementa las **posibilidades de éxito** de las organizaciones en situaciones de incertidumbre.
ii) Permite la **adaptación** de las instituciones ante circunstancias cambiantes sin perder de vista los objetivos de largo plazo.
iii) Facilita la **prospección** y la toma de decisiones oportunas.
iv) Simplifica el proceso de **priorización y asignación de recursos**.
v) Contribuye a la **gestión pública efectiva y transparente** a través del monitoreo de gestión y resultados.

Adicionalmente, la planeación estratégica juega un rol sustancial en el ciclo de la política pública. Aunque este ciclo no se define en un orden estricto y sucesivo de etapas que están condicionadas unas a otras, si es

[1] Su obra "*Strategy and Structure*" representó un profundo cambio en el análisis y el estudio de la historia de la empresa y de la organización de las empresas. El profesor Chandler es uno de los autores más conocidos y citados en el campo organizacional y de estrategia.
[2] http://www.businessdictionary.com
[3] Otro 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.

necesario establecer un punto de partida, un durante y un después de la política, en donde se pueda definir qué se prioriza en ésta o cuál es su objeto de acción, los roles que cumplen los actores involucrados en su formulación y desarrollo, sus alcances y los mecanismos de implementación, entre otros.

En ese sentido, el ciclo de la política pública se puede resumir en cuatro etapas, donde la última de ellas retroalimenta y da inicio de nuevo al ciclo (ver Ilustración 1): i) el diagnóstico (la identificación de la situación o el problema a intervenir); ii) la formulación (decisión de política, haciendo uso de la evidencia disponible); iii) la implementación de la política; y, iv) el seguimiento y la evaluación.

**Ilustración 1. Ciclo de la política pública**




Por su parte, la planeación estratégica se considera un elemento clave en las dos primeras fases de la política pero a su vez suministra los elementos fundamentales para las dos últimas. Es decir, identifica la situación actual y justifica las decisiones a tomar pero también orienta la implementación de las acciones estratégicas que atañen a la política pública. Igualmente propone elementos básicos para el seguimiento y la evaluación en términos de los resultados esperados de la política que se implementa.

## Antecedentes recientes de la planeación estratégica en el Ministerio de Salud y Protección Social[4]

Desde el año 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) formuló los contenidos referentes al sector (en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación-DNP) en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 "Todos por un Nuevo País"[5]. Posteriormente, en la vigencia 2015, teniendo como referente este PND y actuando como ente rector del sector, el MSPS concertó con sus entidades adscritas el Plan Estratégico Sectorial (PES) 2014-2018[6], el cual sirve como instrumento que orienta las acciones sectoriales a partir de los objetivos y metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, articulando las estrategias que responden coherentemente con las políticas e iniciativas de gobierno, de acuerdo con las competencias sectoriales.

Los objetivos definidos en el PND[7] y el PES también se encuentran enmarcados en los compromisos acordados con la Presidencia de la República que se sintetizan en una herramienta denominada "tablero de control" (y

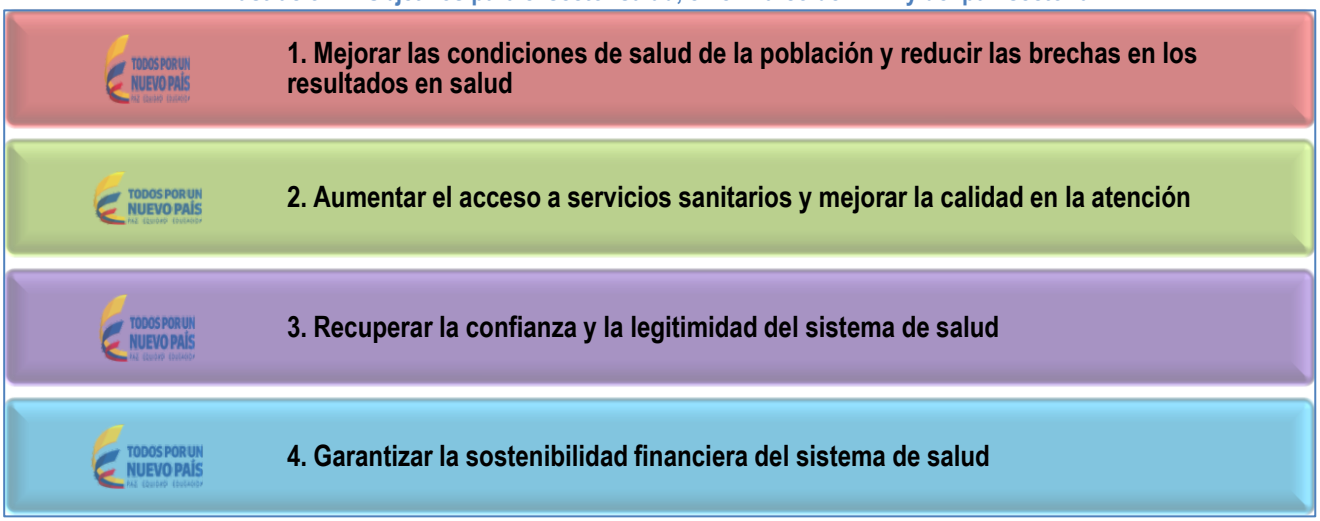
[4] Es importante mencionar que el presente ejercicio de planificación acoge, entre otras metodologías, los lineamientos y guías orientadoras suministrados por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, en el marco del Decreto 2482 de 2012.
[5] Con su consecuente promulgación mediante la Ley 1753 del 9 de junio de 2015.
[6] https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx
[7] 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

particularmente en términos de la "mega meta"[8] de reducir en 14.000 las muertes prevenibles por enfermedades no transmisibles durante el periodo de gobierno 2014-2018), en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como los desafíos latentes que trae la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)[9].

Según lo anterior, se visualiza la necesidad de dedicar mayores esfuerzos para, entre otros aspectos, persistir en la disminución de la mortalidad por enfermedades prevenibles[10], afrontar de la mejor manera los eventos epidemiológicos[11], mejorar la calidad, eficiencia y accesibilidad de los servicios sanitarios, especialmente en las zonas rurales y dispersas, a la vez que debe asegurarse la sostenibilidad del sistema de salud, bajo un escenario fiscal que se torna complejo.

Los objetivos para el sector y el Ministerio correspondientes al cuatrienio actual son ambiciosos y se basan en los conceptos de equidad (en resultados en salud y en el acceso), legitimidad y sostenibilidad del sistema de salud colombiano, así (ver Ilustración 2):

**Ilustración 2. Objetivos para el sector salud, en el marco del PND y del pan sectorial**




Fuente: PND 2014-2018 y Plan Estratégico Sectorial.

Por su parte, la planeación institucional del Ministerio debe estar alineada tanto con estos retos como con el quehacer institucional[12] consistente en responder de manera adecuada a las necesidades de salud de los

[8] 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 medida 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.

[9] Colombia se constituyó en el primer país del mundo que reglamenta un derecho social y económico. Es el primero de América en tener Ley Estatutaria en Salud y en uno de los pocos en el mundo que reconocen la salud como derecho fundamental.

[10] En Colombia, las principales causas de mortalidad registradas entre 1998 y 2013 están asociadas con las Enfermedades No Transmisibles (ENT), como las enfermedades del sistema circulatorio y cáncer. Los factores de riesgo de mayor relevancia son la dieta malsana, el humo de tabaco, el alcohol y la inactividad física. Para el año 2013, el 59,4% de la mortalidad registrada (para todas las edades) se debió a las ENT. En la población de 30-70 años, el 63,2% (43.666) de las muertes se registraron como causa básica las ENT. Por otra parte, de acuerdo con información de la Cuenta de Alto Costo para 2014, las principales ENT le costaron al sistema aproximadamente $24 billones de pesos. Los costos de estas enfermedades imponen un reto frente a la sostenibilidad financiera del SGSS. Por ejemplo, de acuerdo con información de la Cuenta de Alto Costo (CAC) el costo promedio anual estimado por caso de cáncer es de $30,7 millones, la hipertensión arterial cuesta en promedio $2,8 Mill. y la Diabetes Miellitus, $8,8 Mill.

[11] Como es el caso de las enfermedades como el Zika, el Chikunguña y el Dengue que afectan a gran parte del planeta por fenómenos como el calentamiento global y las migraciones.

[12] https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

habitantes de Colombia bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad.

Particularmente, al MSPS se le ha asignado la responsabilidad de dirigir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[13] del país, por lo que es de vital importancia contar con una herramienta de planeación de la gestión, que permita de manera organizada, coordinada y articulada, potencializar los recursos y aunar los esfuerzos institucionales. De ahí la necesaria participación de las dependencias del Ministerio, que desde sus respectivas competencias y funciones, deben contribuir al cumplimiento de tales retos.

En consecuencia, la planeación estratégica del MSPS busca que las dependencias la adopten, a través de la formulación, la implementación, el monitoreo, la evaluación y redefinición de sus propios planes, programas y proyectos.

Esta planeación también debe exhibir armonía con los modelos de gestión orientados al desempeño de la administración pública en función a resultados, fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación, con el fin de optimizar los recursos, mejorar el desempeño de la institución y el impacto de las políticas públicas, su revisión, análisis y ajuste periódico, con una toma de decisiones mejor informadas. En este sentido, es perentorio disponer de mecanismos que permitan contar con información actualizada, clara, precisa y oportuna sobre los avances y resultados de la gestión del Ministerio[14].

Finalmente y como hecho fundamental, es importante mencionar que durante el mes de enero de 2016, el Sr. Ministro de Salud y Protección Social convocó a su cuerpo directivo a un nuevo ejercicio de planeación estratégica que tuvo como propósito principal discutir y revisar las prioridades de corto plazo que permitan apropiar y afinar este proceso.

El presente documento concluye y resume toda esta fase de planificación e incluye un esquema de seguimiento que facilite su respectivo monitoreo. En este sentido, el documento se divide en cinco partes, de las cuales la primera es esta introducción.

En la segunda parte se presentan el objetivo general del documento y sus objetivos específicos. Un resumen del contexto estratégico en el que se desempeñará la institución en el corto y mediano plazo se resume en la parte tercera, a través de una matriz DOFA. En esta parte, también se anotan los principales logros alcanzados en los últimos años así como los retos que precisamente se plantearon como consecuencia de su correspondiente diagnóstico, en el marco del PND 2014-2018 y del PES. La cuarta sección hace referencia a las acciones estratégicas de corto plazo identificadas y priorizadas según su importancia por los Viceministerios, Secretaría General y dependencias del Despacho del Sr. Ministro, siempre articuladas a los objetivos establecidos en el PND, el PES y, en general, a los retos actuales en materia de salud y protección social, así como a los recursos disponibles. En la parte final se expone el esquema de seguimiento previsto que permita monitorear los principales avances y el logro de los resultados esperados.

[13] Según la Ley 1444 de 2011 (artículos 9 y 10) y el Decreto 4107 de 2011.

[14] En la actualidad, el MSPS cuenta con diversos esquemas de seguimiento a la gestión (entre los que se destacan el Sistema de Seguimiento SINERGIA que provee el DNP, el tablero de control de la Presidencia de la República, seguimiento del Plan Sectorial, a los planes de acción y a la contratación, el Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión-FURAG) y a la ejecución presupuestal, analizados en comités directivos y en los convocados desde la Secretaría General.

## 2. Objetivos del documento

### 2.1. Objetivo general

Definir, con la participación activa de las distintas dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), las acciones estratégicas de su competencia, articuladas en un plan institucional armónico y con instrumentos de seguimiento, que permita dar cumplimiento a los objetivos de corto y mediano plazo señalados en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 “Todos por Un Nuevo País”, el Plan Estratégico Sectorial (PES) 2014-2018 y a las principales políticas y retos vigentes en materia de salud y protección social.

### 2.2. Objetivos específicos

a. Plantear los retos de corto y mediano plazo para el MSPS y sus dependencias, con miras al cumplimiento de los objetivos definidos en el PND 2014-2018 y Plan Estratégico Sectorial, así como de las políticas y retos actuales en materia de salud y protección social, teniendo como referente el contexto actual en el que se desempeñará la institución en los años más inmediatos.
b. Coordinar, articular y aunar los esfuerzos de cada una de las instancias del MSPS hacia el logro de los objetivos sectoriales e institucionales, en concordancia con las políticas administrativas determinadas en el modelo de gestión vigente.
c. Identificar y cuantificar los recursos con los que se contará para la ejecución de las acciones definidas como prioritarias y estratégicas para cada dependencia.
d. Concertar las metas asociadas a las acciones estratégicas de cada dependencia que permitan monitorear los resultados esperados en el marco del presente plan institucional.
e. Socializar entre las distintas dependencias y viceministerios las acciones a desarrollar por la institución en el corto y mediano plazo.

## 3. Contexto estratégico

### 3.1. Análisis DOFA

Con el propósito de sintetizar el análisis de la situación actual (externa e interna) en medio de la cual se ejecutará el plan estratégico del Ministerio de Salud y Protección Social en los años más inmediatos, se expone la siguiente matriz (ver Ilustración 3) que resume las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que conforman el contexto actual de referencia para el desempeño de la institución.

**Ilustración 3. Matriz DOFA para el MSPS**




Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Salud y Protección Social, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (Ene. 2016)

En el contexto interno, se destacan las siguientes fortalezas identificadas: alta capacidad técnica del talento humano del Ministerio, los resultados recientes en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) y el haberse robustecido la rectoría que ejerce el Ministerio en el sector, así como un mejor desempeño en coordinación con entidades clave como la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA. Entre las debilidades, se perciben algunas dificultades en la articulación interna de las dependencias así como la necesidad de mejorar la evaluación de las políticas públicas en salud.

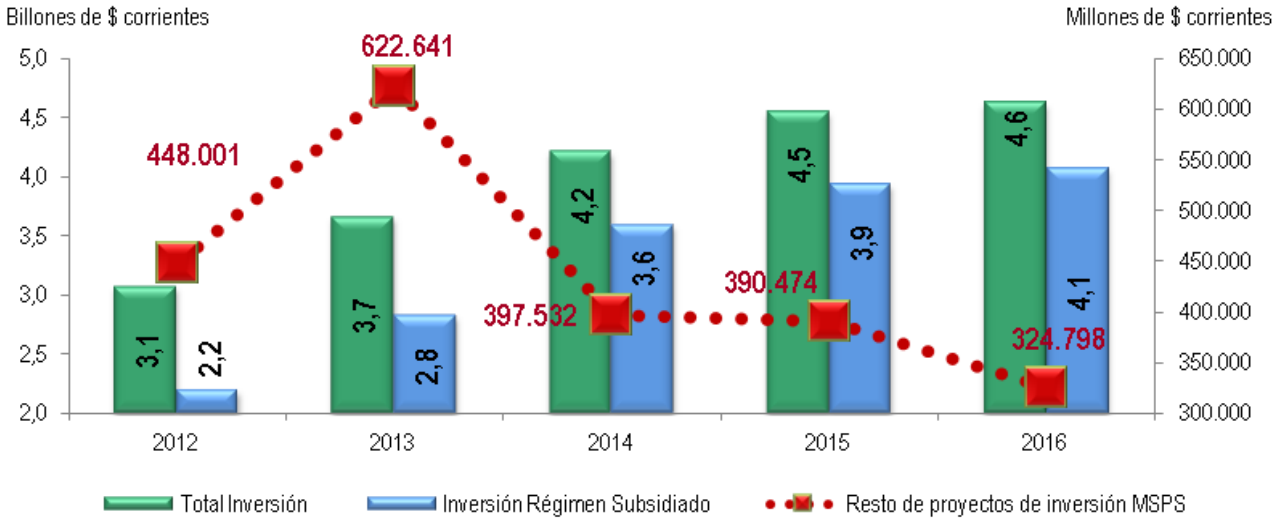
En cuanto al contexto externo, las principales oportunidades detectadas se refieren al inicio de los nuevos gobiernos territoriales (alcaldes y gobernadores), los importantes retos que conlleva la Ley Estatutaria en Salud,

un eventual escenario de postconflicto, así como el proceso de liquidación de las EPS Saludcoop y Caprecom. Entre las amenazas es importante tener en cuenta eventuales movilizaciones sociales durante los años más inmediatos, los impactos esperados en salud púbica a causa del Fenómeno del Niño y el calentamiento global, así como las presiones tecnológicas que al final tienen impacto en el gasto público, precisamente en medio de un débil escenario fiscal.

Este último aspecto merece una descripción particular, especialmente a partir de la entrada en funcionamiento del nuevo MSPS, en noviembre de 2011. Con la unificación y actualización de los planes de beneficios, se han dedicado mayores esfuerzos para financiar el régimen subsidiado. Sin embargo, en los años más recientes el techo de inversión asignado al resto del sector ha experimentado una reducción importante castigando los recursos dedicados a las actividades de promoción y prevención, salud pública, vacunación, desarrollo del talento humano en salud, Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), gestión del conocimiento en salud, calidad en la atención, así como la gestión propia del Ministerio, entre otras, pero que igualmente son consideradas como fundamentales para el cumplimiento de la misión institucional.

Adicionalmente, debido a la difícil situación fiscal de la Nación, particularmente en los dos últimos años, se han presentado restricciones que no han permitido disponer de la totalidad de las apropiaciones inicialmente asignadas, de por sí ya insuficientes. Es así como, desde el mismo arranque de 2016, ya se provisionaron (congelaron) recursos por $52.603 Mill. del Presupuesto General de la Nación (PGN) asignados inicialmente al MSPS-Gestión General para la presente vigencia (de dicha provisión, $29.531 Mill. correspondieron a funcionamiento-transferencias y $23.072 Mill. a la inversión). En la siguiente ilustración, se hace evidente el comportamiento histórico de los montos con los que ha contado el Ministerio para la inversión en salud:

**Ilustración 4. Presupuesto de inversión disponible para el MSPS 2012-2016**

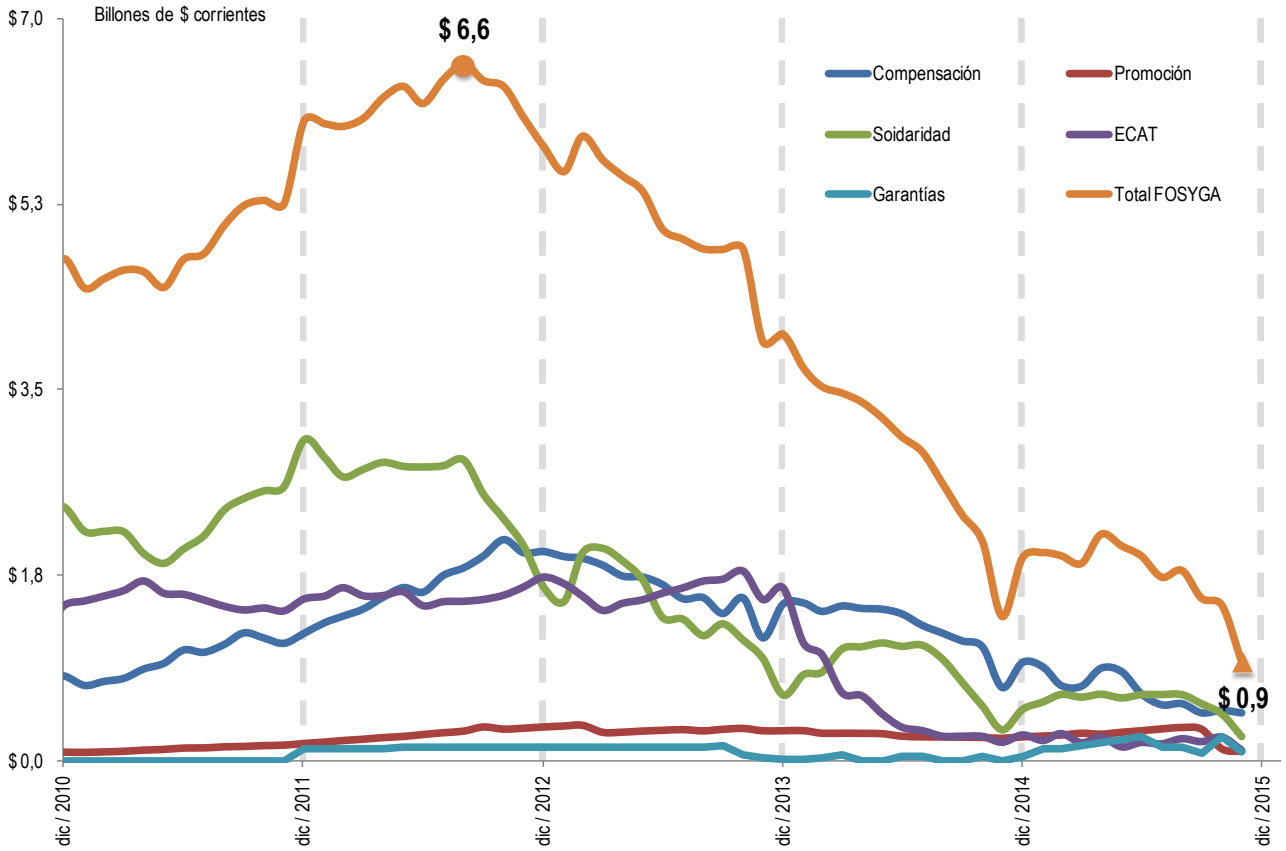



Fuente: Cálculos propios Minsalud, con base en SIIF. Para la vigencia 2016, los montos presentados en la ilustración corresponden a las apropiaciones iniciales (a precios corrientes) menos el valor de la provisión (la cual sólo afectó por el momento los proyectos de inversión que apoyan actividades diferentes a las del R.S). Un análisis a precios constantes indica que se ha dado una variación (real) en el presupuesto del Ministerio del orden de -8% en 2015 en comparación con el año inmediatamente anterior y del -19,2% en la vigencia 2016.
Nota: En el 2013, la apropiación del presupuesto del MSPS incluyó $149.000 millones del PGN que financiaron los programas de saneamiento fiscal y financiero de la ESE categorizadas en riesgo medio o alto. En las vigencias siguientes, se realizó el seguimiento a la utilización de dichos recursos, sin nuevas asignaciones con fuente PGN. Por otra parte, en la vigencia 2012 se apropiaron recursos del PGN del orden de $220.000 millones en el presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente a la DAFPS, dirigidos al pago de deudas de la red pública hospitalaria por concepto de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS. En este sentido, estos recursos no figuraron en el presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente al Minsalud-Gestión General.

En lo que tiene que ver con la liquidez, es importante mencionar la situación actual del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que es una cuenta adscrita al MSPS manejada por encargo fiduciario[15], en la cual se depositan los recursos del SGSSS y que se destinan a la inversión en salud[16]. En la actualidad, el FOSYGA tiene las siguientes subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) y de garantías para la salud.[17]

Especialmente durante los últimos cuatro años, ha sido necesario emplear importantes recursos del FOSYGA para financiar el gasto en salud. Teniendo en cuenta que las asignaciones del PGN han sido insuficientes para la financiación corriente del régimen subsidiado así como de otras necesidades de inversión fundamentales para la salud de los colombianos, se ha evidenciado un agotamiento de los saldos disponibles del fondo tal y como se puede apreciar en la siguiente ilustración:

**Ilustración 5. Saldos de portafolio del FOSYGA**




Fuente: Consorcio SAYP. Enero de 2016

[15] Mediante Resolución 003977 del 9 de septiembre de 2011, se adjudicó la licitación pública para la administración de los recursos del FOSYGA al Consorcio SAYP (año 2011), integrado por FIDUPREVISORA S.A. y FIDUCOLDEX S.A.
[16] De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996.
[17] Esta última, creada mediante el Decreto-Ley 4107 de 2011 en su Art. 41.

## 3.2. Logros recientes 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) colombiano. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud[18]. La baja cobertura se traducía en menor acceso. Una enfermedad grave representaba la ruina económica para la mayoría de las familias colombianas. El aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente.

En la actualidad, se estima que el 97% de la población (alrededor de 47 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. 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.

Es así como en el cuatrienio inmediatamente anterior se centraron buena parte de los esfuerzos en la actualización, ampliación y unificación de los planes de beneficios. 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[19].

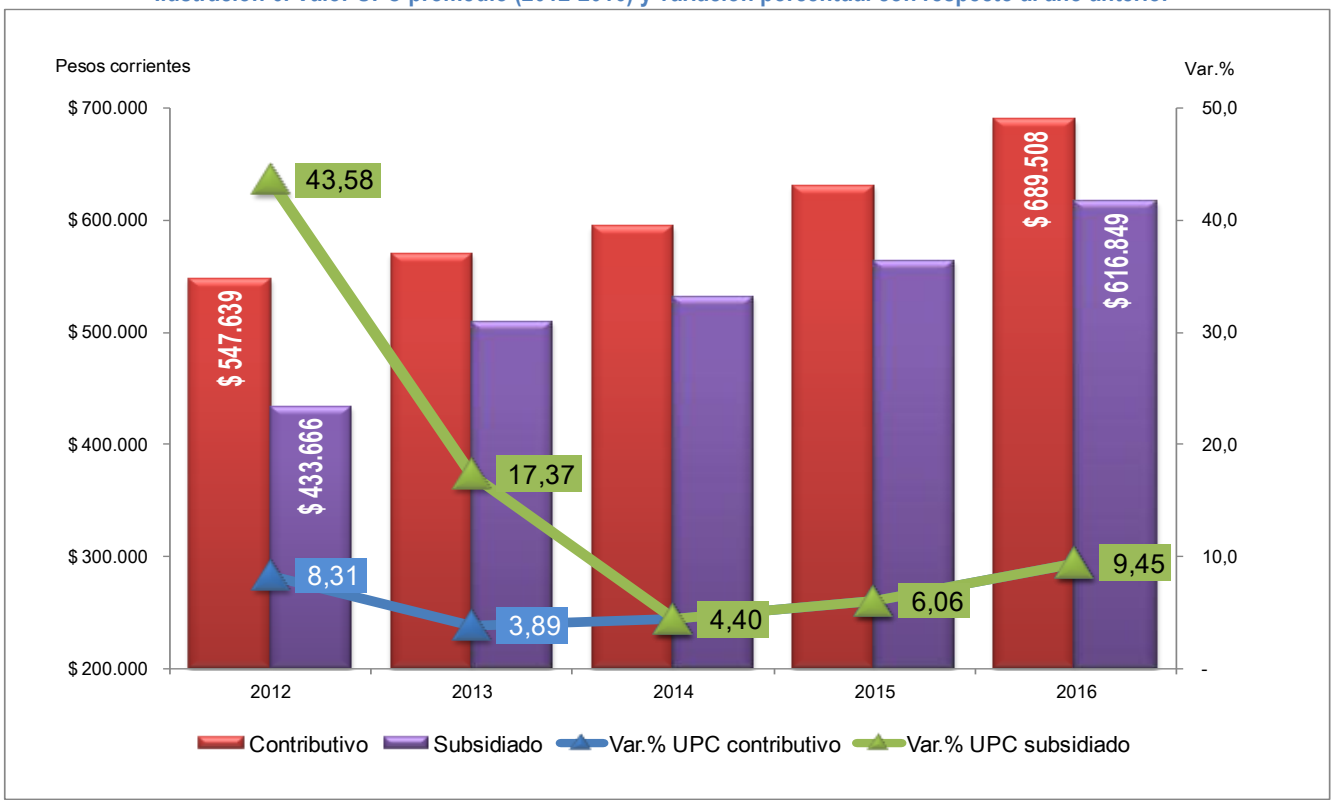
En este sentido, varios acuerdos y normas expedidos hasta el 2012 permitieron la ampliación y unificación total del Plan Obligatorio de Salud (POS). Desde julio de ese año, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Así mismo, durante los últimos años, cientos de tecnologías en salud fueron incorporadas al POS, incluidos medicamentos para patologías de alto costo como el cáncer, la artritis, la esclerosis múltiple y procedimientos para enfermedades huérfanas. Cabe resaltar que para lograr la garantía del derecho en salud, a partir de 2013, el Ministerio inició la modificación del POS hacia un plan de beneficios más implícito, logrando con ello mejorar las actualizaciones integrales y adicionalmente dando mayores opciones terapéuticas a los médicos en beneficio de los pacientes.

Estos logros implican inmensos esfuerzos en términos financieros, 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 (ver Ilustración 6).

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 el Ministerio inició un plan piloto para Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, para evaluar la igualación de las primas puras por los afiliados de los dos regímenes.

[18] 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.
[19] En especial a través de la Sentencia T-760 de 2008.

Ilustración 6. Valor UPC promedio (2012-2016) y variación porcentual con respecto al año anterior




Fuente: Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social.

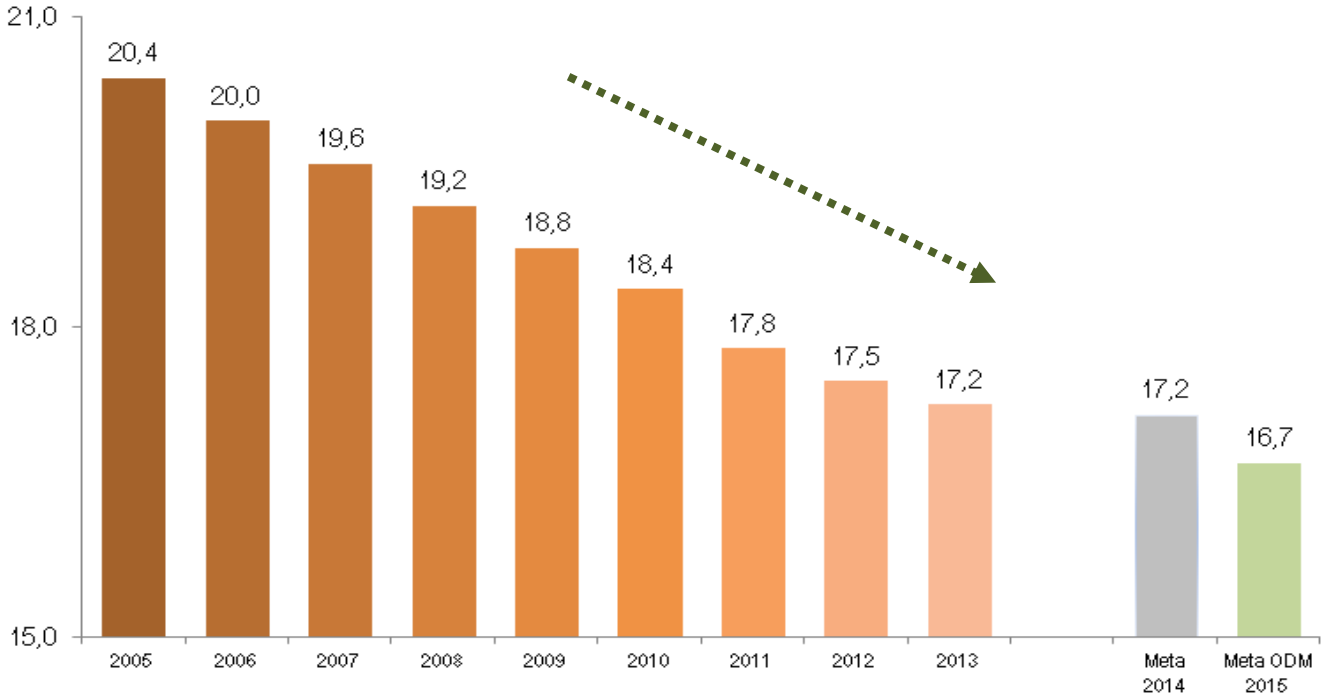
En contraste, la caída del gasto de bolsillo en salud es un buen resultado que se obtiene en buena parte gracias al aumento de la cobertura y de la ampliación de los planes de beneficios; de representar el 45% del gasto total en salud en 1994, el gasto de bolsillo de los colombianos pasó a ser el 15,5% en 2014[20]. 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. La mortalidad infantil ha disminuido sustancialmente y de manera sostenida durante los últimos 10 años (ver Ilustración 7), cumpliendo prácticamente y de manera anticipada con las metas que se ha impuesto el país[21]. 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.

[20] Estimativo preliminar sujeto a revisión. Fuente: 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

[21] De acuerdo con el Informe Objetivos del Milenio-ODM 2013, se encontró que la mortalidad infantil del año base de la proyección (2005) estaba sobreestimada por lo cual se realizaron ajustes a la serie 2005–2009. Así mismo, se realizó un nuevo cálculo de la serie 1990-2004. Para propósitos del gráfico que aquí se presenta, se toma la meta inicial ODM 2015 manteniendo lo dispuesto en el CONPES 140 de 2011. Por otra parte, en una nueva evaluación de los ODM, 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.

**Ilustración 7. 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 PND 2010-2014.

En materia de salud pública, se consolidó el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, el cual permitirá avanzar durante esta década en la coordinación de las políticas intersectoriales y se han dado otros hitos importantes en los años más recientes y que han sido reconocidos internacionalmente[22].

En materia de vacunación, también se muestran avances importantes. A pesar de las dificultades fiscales, se ha perseverado en las inversiones que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia. Con ello, 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 universalizó la Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis (VIP) y la inmunización contra la varicela, alcanzando los 21 biológicos. Las coberturas de vacunación se mantienen actualmente en índices superiores al 90%[23] y el esquema de vacunación gratuito del país ha sido reconocido como uno de los más completos y modernos de América Latina.

[22] 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 infectados, 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 2013. Por su parte, 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.

[23] 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%. Actualmente, la cobertura en niños y niñas (NN) menores de 1 año con DPT (tres dosis) ha superado el 91% y la de NN de 1 año con Triple Viral alcanzó el 94%.

Las coberturas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano-VPH de Colombia son las mayores del mundo[24], un logro alcanzado en los últimos tres años que permitirá, en 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 2013[25]) y la proporción de casos in situ detectados oportunamente aumentó (de 58% en 2010 a 66,8% en 2013), anualmente más de tres mil mujeres colombianas aún mueren por esta enfermedad (ocasionada por el VPH), lo que justifica mantener este esfuerzo en el país.

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. También ha aumentado el acceso a los servicios relacionados con salud reproductiva[26], 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 reconocidos[27], para los próximos años se debe continuar con los avances en temas fundamentales como la equidad, acceso, calidad, oportunidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema, particularmente teniendo como referente la Ley 1438 de 2011, los objetivos planteados en el nuevo PND 2014-2018 y la Ley Estatutaria de Salud, pionera 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 ejecutando reformas graduales y se han desarrollado diversas estrategias en varios frentes, así: los avances normativos e innovaciones al modelo de salud; el avance hacia un plan de beneficios más implícito; la política farmacéutica; el apoyo a las regiones mediante la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria; la calidad; la capitalización, saneamiento y estabilización financiera del Sistema y el fortalecimiento de las entidades del sector.

---

[24] 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 350 mil inmunizadas, aún en ejecución.

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

[26] En Colombia, el indicador correspondiente porcentaje institucional del parto ha pasado del 96% en 2005 al 99% en la actualidad, mientras que el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales hoy se acerca al 90% cuando hace 10 años era apenas del 81%.

[27] Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015) "Colombia tiene un sistema de salud bien diseñado, con políticas e instituciones eficaces de las que otros países podrían aprender. La experiencia colombiana merece ser más conocida a nivel internacional". Por 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.

## Avances normativos e innovaciones en el sistema de salud[28]

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.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se estableció[29] 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 Chocó y la Alta Guajira.

En el articulado del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se contempló una Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Su construcción y validación se realizó en el 2015 a lo largo y ancho del país con la academia, sociedades científicas, representantes de pacientes y demás agentes que integran el sistema. Su objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no en las IPS ni en las EPS. Comprende un componente estratégico (que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo) y un componente operativo, el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados. 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, adultos y la tercera edad. Igualmente existirán rutas para la población que tiene un riego específico de enfermar o que ya tiene un daño en la salud.

Con el MIAS se fortalecerá el componente primario de las redes de prestadores de servicios de salud[30], y en particular se desarrollará la regulación correspondiente a los "prestadores primarios" como organizaciones funcionales para la prestación de servicios de salud, que sean integrales y resolutivos. Como parte de éstos, se prevé el rol de médicos especialistas en medicina familiar, de manera que se aumente la capacidad resolutiva y se pueda responder a las necesidades de la población, así como la existencia de equipos asistenciales, de gestión del riesgo en salud y de soporte administrativo.

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 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 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

---

[28] Algunos apartes de esta sección son tomados del Plan Estratégico Sectorial 2014-2018. Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx

[29] Decreto 2561 de 2014

[30] Conformados y organizados: (i) Como un **conjunto de servicios habilitados** (servicios primarios) por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos) en un territorio, que como contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por las EPS, de acuerdo a su función de gestión del riesgo en salud, para su población afiliada; (ii) Como **prestadores primarios habilitados** (públicos, privados o mixtos), es decir, que cuentan con el conjunto de servicios primarios habilitados, y cumplen además con los estándares y criterios definidos por el MSPS para dar alcance a los objetivos planteados para la gestión de la prestación de servicios de salud en lo concerniente al componente primario de la red (capacidades y condiciones soportadas en instrumentos, procesos, procedimientos e insumos; y que como contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por las EPS; o (iii) Como una **combinación de las anteriores**, dependiendo de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta existente en un territorio.

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 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[31]. 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.

Por otra parte, se actualizaron y unificaron las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud[32]. Se fortaleció el aseguramiento y se pusieron los incentivos correctos para lograr la gestión del riesgo 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.

En 2015[33], se unificaron y actualizaron las reglas de afiliación al SGSSS, se creó el Sistema de Afiliación Transaccional mediante el cual se podrán realizar novedades en el Sistema y se definieron los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Este aspecto a su vez cumple con lo establecido en la Ley 1751 de 2015, y que incluye la continuidad en el servicio, el cual no puede ser suspendido por razones administrativas o económicas.

### Avance hacia un plan de beneficios en salud (PBS) más implícito

A partir de 2013, el Ministerio logró avanzar en la modificación de la estructura del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con el fin de garantizar la atención integral de los ciudadanos, incidiendo en la mejora de la gestión de los aseguradores, prestadores de servicios de salud y en la reducción de los costos de transacción en el sistema. Un avance importante fue desarrollar una metodología específica para evaluar las tecnologías diagnósticas en salud, *gold standard,* en enfermedades huérfanas. Con esto se profundizó en equidad.

En concreto se logró expresar el PBS de tal forma que permitiera al médico contar con más posibilidades de acción, al eliminar del PBS las concentraciones explicitas en los medicamentos parenterales (inyectables) y no parenterales (tabletas). El 75% del plan en medicamentos ya tiene este nivel de avance, al formar grupos de medicamentos de la misma similaridad terapéutica. En procedimientos se logró expresar el PBS por categorías, alcanzando una cobertura del 85,6% con este mecanismo. El resto se cubre vía otros mecanismos. Estos elementos permiten avanzar en una mejor gestión del plan y en mayores opciones terapéuticas.

Adicionalmente, se fortaleció la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones, al consultar y tener en cuenta las prioridades definidas por los usuarios y la comunidad médica en materia de nominación, definición de la importancia relativa de los criterios de evaluación de tecnologías e inclusiones. En concordancia con lo estipulado en el PND, en el 2015 se avanzó en forma particular en la recolección de insumos para la construcción del procedimiento técnico–científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para poder definir las exclusiones del sistema de salud.

Igualmente, se expidió la Circular 060 de 2015 que determinan los parámetros para los procesos de partición ciudadana.

[31] Las Resoluciones 248 de 2014 y 1912 de 2015, son un avance en este sentido. Se premia la gestión en Enfermedad Renal Crónica-ERC y VIH/SIDA.
[32] Con la expedición del Decreto 2702 de 2014.
[33] Decreto 2353 de 2015.

## 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.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema (y corregir los abusos del pasado), desde el 2013 se puso en marcha un 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 superan los $1,7 billones desde que fue implementada esta medida.

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 $50 mil millones.

Otro avance importante de la política farmacéutica tiene que ver con la regulación[34] del registro sanitario de los medicamentos biotecnológicos o biosimilares –es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos–, que 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 la inversión en los hospitales se ha buscado fortalecer las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas, para lograr un mejor acceso, servicio y calidad. Es así como, desde 2010 se han invertido alrededor de un billón de pesos para la dotación, equipos médicos e infraestructura de los hospitales públicos y centros de salud de cientos de municipios, acudiendo a todas las fuentes posibles de financiación. 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 trasmisibles, 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.

[34] Decreto 1782 de 2014.

## Sostenibilidad

De manera paralela a estos resultados, se ha avanzado en la solución de los graves problemas financieros del sector que amenazan 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 el control del gasto NO POS, 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, el establecimiento de los valores máximos de recobro (VMR) y el control de precios de medicamentos reseñado más arriba (política farmacéutica).

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 $1,3 billones en los últimos años (ver Ilustración 8).

**Ilustración 8. Recobros pagados anualmente (billones de $)**




Fuente: Cálculos MSPS. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.
Corresponden al mecanismo de radicación establecido en los formatos MYT01-02. Para el 2015 se proyectan los meses de Nov. y Dic.

A la par, en cuanto a la simplificación de procesos, es importante destacar que 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.

También 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 $1,4 billones para el pago de deudas, el saneamiento fiscal y financiero de la red pública, y las inversiones en infraestructura y dotación[35].

Por otro lado, en obediencia a lo contemplado por la Ley 1438 de 2011, el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado superó los $30,5 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a 3.511

[35] Ley 1608 de 2013.

instituciones de salud, tanto públicas como privadas. En promedio, alrededor 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. Adicionalmente, se implementó el Giro Directo en Régimen Contributivo desde el mes de junio de 2014 y el giro ha superado los $3,75 billones y ha llegado a 1.831 instituciones de salud.

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 ha superado el billón y medio de pesos, mejorando la situación financiera de alrededor de 400 clínicas y hospitales a lo largo del país. Adicionalmente, en 2015[36] se autorizó la creación de una línea de crédito con tasa compensada y con recursos por $1.134 mil millones que se gestiona con la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER) para otorgar créditos destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos de las EPS e IPS.

Teniendo como referente este tipo de medidas, 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 finanzas[37]. 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.

Bajo toda esta estrategia, se destaca el hecho que desde julio de 2015, se emprendió un plan de choque para aliviar la situación financiera para mejorar la liquidez y el flujo de recursos a la red prestadora de servicios de salud. El paquete de medidas definidas[38] ha permitido el giro de cerca de un 1,3 billones de pesos a la red de prestadores y proveedores de servicios de salud, beneficiando a 1.625 entidades.

### 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 restructuración de la Superintendencia Nacional de Salud–

[36] Con fundamento en el artículo 4 del Decreto 1681 de 2015, se reglamentó la Subcuenta de Garantías de Salud del FOSYGA a través de la cual el Gobierno Nacional autorizó la creación de esta línea de crédito. Para su implementación, el Ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015, mediante la cual se estableció el procedimiento, las condiciones, los requisitos, los criterios de viabilidad y el seguimiento de la línea. En razón a que se ha presentado una importante demanda de la línea por parte de las IPS públicas y privadas, con solicitudes que exceden los 2 billones de pesos, el Ministerio amplió el monto de la línea en $334 mil millones, a través de la Resolución 5588 de 2015, al tiempo que permitió que las IPS ambulatorias o domiciliarias sean beneficiarias. A la fecha existen 10 EPS y 192 IPS públicas y privadas que figuran como potenciales beneficiarios.

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

[38] Estas medidas comprenden: recursos adicionales para la compra de cartera con período de gracia, una línea de crédito con FINDETER a tasa compensada, la utilización de recursos que administran las Cajas de Compensación Familiar para el pago de deudas, el giro de recursos según los Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, el seguimiento estricto al giro directo a través de la Supersalud, el giro directo en el régimen contributivo según el PND, el giro de recobros y el fortalecimiento de acciones de inspección, vigilancia y control-IVC (mesas de saneamiento y compromisos de pago).

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.

Adicionalmente, con el articulado del PND 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.

Otra innovación ha sido la creación y conformación[39] de una instancia de coordinación y asesoría dentro del SGSSS, como un espacio de diálogo para fortalecer la formulación, regulación, supervisión, evaluación y seguimiento a 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 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.

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 son inmensos. Debe avanzarse igualmente en la recuperación de la confianza entre los distintos agentes del sistema y en el fortalecimiento de la legitimidad.

### 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. En resumen, éstos están 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 y al fortalecimiento del aseguramiento. 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 razón de mortalidad materna sigue siendo alta en comparación a otros países de la región[40]. 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

[39] Decretos 2478 de 2014 y 304 de 2015.

[40] Aunque la razón de mortalidad materna en Colombia ha disminuido de 70,1 por cada 100 mil nacidos vivos (año 2015) a 55,2 (el último dato oficial disponible corresponde al año 2013), el compromiso adquirido en el marco de los ODM es reducirla a 45 por cada 100 mil para el año 2015, meta que probablemente no se logrará totalmente dada la tendencia que ha presentado este indicador.

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 las prioridades y la gestión (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 resolutividad 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 resolutividad de muchos servicios de salud. Los hospitales públicos, en particular, sufren de obsolescencia tecnológica, incapacidad de atraer talento humano, problemas de gestión y de transparencia. 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 de población. Por ejemplo, el porcentaje de personas que percibe su estado de salud como “menos que bueno” difiere de manera importante 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 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[41] 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 colombiano, hay muchos retos pendientes, algunos en términos de mayor equidad. Para afrontar estos restos 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. Según lo señalado en la parte introductoria del presente documento, en el proceso de formulación del PND 2014-2018 así como en el Plan Estratégico del Sector (PES) Salud y Protección Social, se definieron 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 en el sistema de salud; y iv) garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS.

[41] World Health Organization (WHO), 2010. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Ver: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44391/1/9789243599724_spa.pdf

## 4. Acciones estratégicas e intermedias para el cumplimiento de los objetivos

De acuerdo con lo mencionado en los capítulos anteriores, el contexto analizado y los objetivos primordiales para el sector salud y la priorización establecida por la alta dirección del Ministerio, en el corto plazo se plantean las siguientes acciones estratégicas e intermedias propuestas por cada una de las dependencias del MSPS. Las estratégicas son aquellas que se consideran de la mayor importancia para la entidad, seguidas por las acciones intermedias o instrumentales que sirven de medio para lograr los grandes objetivos institucionales. Por su parte las operativas se espera que se encuentren contenidas en los respectivos planes de acción y de compras.

### 4.1. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

El Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios ha propuesto las siguientes acciones en el plazo más inmediato, resumidas en la Tabla 1:

**Tabla 1. Acciones propuestas por el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Concluir el diseño del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con sus distintos componentes**[42] | Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), adoptado mediante resolución | 15 febrero 2016 | Viceministerio de Salud<br>Viceministerio de Protección Social | **2.** Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención<br><br>**1.** Mejorar las condiciones de salud de la población<br><br>**4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| | Rutas de Atención para las patologías identificadas[43] (Resolución de Rutas de Atención) e inicio de su implementación gradual | Resolución: 15 febrero 2016<br>Inicio: 30 marzo 2016 | Viceministerio de Salud<br>Viceministerio de Protección Social | |
| | Estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación), expedidos mediante resolución | 30 marzo 2016 | Dir. Prestación Servicios y Atención Primaria | |
| | Condiciones para obtener la autorización de funcionamiento y las condiciones mínimas de operación y permanencia que deben cumplir las entidades responsables del aseguramiento en salud, expedidas (Decreto de habilitación técnica de las EPS) | Diciembre 2016 | Viceministerio de Protección Social<br>Viceministerio de Salud | |

[42] Componentes del MIAS: 1. Diseño de las Rutas Integrales de Atención; 2. Implantación de la Gestión de Riesgo en Salud; 3.Territorialización del modelo de atención; 4. Operación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios; 5. Redefinición del prestador primario; 6. Habilitación técnica de asegurador; 7. Redefinición del esquema de incentivos.

[43] Las rutas de atención en salud que cubren la mayoría (70-80%) de las patologías de interés para el país son: 1. Cardio–Cerebro–Vascular–Metabólico; 2. Alteraciones nutricionales, 3. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones; 4. Cáncer infantil y en adultos; 5. Materno perinatal; 6. Enfermedades infecciosas: Transmitidas por vectores, de transmisión sexual, de transmisión por agua y alimentos, IRA, Inmuno-prevenibles, entre otras.

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Concluir el diseño del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con sus distintos componentes** | Condiciones requeridas para gestionar el riesgo colectivo e individual en salud, adoptadas (Decreto o resolución de Gestión de Riesgo en Salud) | 30 marzo 2016 | Viceministerio de Salud<br>Viceministerio de Protección Social<br>Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud | **2.** Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención<br><br>**1.** Mejorar las condiciones de salud de la población<br><br>**4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| | Restricciones del gasto a 5 puntos de Promoción y Prevención en UPC y cobertura, correspondientes a las intervenciones colectivas del Régimen Contributivo (Norma que reglamenta las intervenciones colectivas) | 30 junio 2016 | Viceministerio de Salud<br>Dir. de Promoción y Prevención<br>Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud | |
| **Implementación del MIAS** | Modelo de Atención para Guainía, implementado | 30 mayo 2016 | Viceministerio de Salud | |
| | Modelo de Atención para Chocó (urgencia manifiesta-Corte Constitucional) | Diciembre 2016 | | |
| | Modelo de Atención para La Guajira (en coordinación con la Presidencia de la República) | Diciembre 2016 | | |
| | Modelo de Atención para San Andrés y Providencia | Diciembre 2016 | | |
| | Modelo de Atención para Bogotá (según diseño disponible) | Diciembre 2016 | | |
| | Modelo de Atención para Medellín (gestión en racionalización y urgencias) | Diciembre 2016 | | |

**Acciones intermedias Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios**

| Acciones | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Reglamentación de las emergencias sanitarias (Art. 69 del PND 2014–2018) | 30 abril 2016 | Dirección de Promoción y Prevención (PyP) | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| Reglamentar el funcionamiento y la obligatoriedad de participación virtual de entes territoriales en el Comité Estratégico | 30 abril 2016 | Dirección de Epidemiología y Demografía | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas<br>**3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| Finalizar el documento con el estado del arte de la equidad en salud en el país y divulgarlo | 15 marzo 2016 | Viceministerio de Salud | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema |

| Acciones | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Reglamentar el comité encargado de dar respuesta a casos y requerimientos de eutanasia para ser tramitados adecuadamente | Diciembre 2016 | Viceministerio de Salud | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población de salud y reducir las brechas |
| Consolidar los documentos integrales de situación por departamentos | 15 febrero 2016 | Viceministerio de Salud Dirección de PyP | **1.** Mejorar las condiciones de salud y reducir las brechas |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

**Otras acciones Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios**

**Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Fortalecer el Sistema Único de Habilitación**<br>- Expedir la normatividad correspondiente a habilitación para:<br>a. UFCA[44]-UACAI[45]<br>b. Redes integrales de prestadores de servicios de salud<br>c. Prestador primario<br>d. Redes de centros de referencia para la atención de enfermedades huérfanas (Art. 9, Ley 1392 de 2010)<br>- Adecuar el REPS con los módulos correspondientes para la implementación de la normatividad expedida<br>- Socializar y brindar asistencia técnica | a. Mar. 2016<br>b. Mar. 2016<br>c. Jun. 2016<br>d. Sep. 2016<br>Dic. 2016<br>Dic. 2016 | Dir. Prestación Servicios y Atención Primaria | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| **Adelantar las gestiones para la expedición del régimen laboral de las ESE**<br>- Concertar el proyecto de ley de facultades extraordinarias<br>- Concertar de decreto ley de régimen laboral de las ESE | Dic. 2016 | | |
| **Desarrollar los lineamientos para el desarrollo de Asociaciones Público Privadas (APP)**<br>- Documentar y socializar los lineamientos para el desarrollo de las APP en salud (hospitales).<br>- Acompañar técnicamente el piloto de estructuración técnica, legal y financiera de Soledad (Atlántico) | Dic. 2016<br>Dic. 2016 | | |
| **Avanzar en la definición de la política de infraestructura** (Postconflicto)<br>- Desarrollar el diagnóstico participativo<br>- Dimensionar las necesidades y gestionar proyecto de inversión con recursos del PGN<br>- Desarrollar modelos de proyectos tipo para las necesidades identificadas (obras nuevas)<br>-Elaborar el marco normativo sectorial | Dic. 2016 | | |
| **Consolidar el seguimiento a los recursos transferidos** (Infraestructura/saneamiento financiero)<br>- Formalizar el procedimiento e instrumentos de viabilidad y seguimiento<br>- Adelantar la estrategia de seguimiento | Dic. 2016 | | |

[44] Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto
[45] Unidades de Atención de Cáncer Infantil

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Actualizar la normatividad de infraestructura**<br>Construir y socializar el proyecto normativo modificatorio de la Resolución 4445 de 1996 | Dic. 2016 | Dir. Prestación Servicios y Atención Primaria | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |

**Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Reglamentación de modelo de gestión y autoridad regulatoria de radiaciones ionizantes, mamografía, tomografía, Braqui y teleterapia, fluoroscopía y odontología | Dic.2016 | Dir. de Medicamentos y Tecnologías en Salud | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población |
| Reglamentación modelo de gestión, estándares y sistema de incentivos de bancos de sangre | Dic.2016 | | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| Regulación de precios de medicamentos (Nueva circular) | Dic.2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud<br>**4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| Reglamentación de dispositivos médicos (reuso, hechos a la medida: visual, auditivo y bucal) | Dic.2016 | | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| Propuesta de transparencia de grupos pacientes y práctica con conflicto de interés con la industria | Dic.2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |

**Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Denominación de especialidades médicas** | Dic.2016 | Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| **Desarrollo del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud dentro de la bodega del SISPRO** | Dic.2016 | | |
| **Implementación modelo integral de atención en salud.**<br>- Estrategia para planear y fortalecer resolutividad de THS en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud: Perfiles, competencias, equipos básicos.<br>- Lineamientos para formación continua certificada: capacidad resolutiva.<br>- Fortalecimiento de enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria en formación y servicios de salud.<br>- Desarrollo del componente primario en salud (prestador primario). | 30 junio 2016 | | |
| **Mejorar la calidad y pertinencia de la formación**<br>- Impulsar el uso de los documentos de competencias como referentes para programación curricular y formación continua.<br>- Racionalizar denominaciones en especializaciones: reglamentación.<br>- Fortalecer el concepto de pertinencia como instrumento de política | Dic.2016 | | |
| **Información y conocimiento para la planeación y la política de Talento Humano en Salud (THS)**<br>- Documento con caracterización del Talento Humano en Salud<br>- Encuestas puntuales sobre condiciones de ejercicio | Dic.2016 | | |

**Dirección de Promoción y Prevención**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Reglamentación cuidados paliativos** | Dic.2016 | Dir. Promoción y Prevención | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud<br>**2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| **Implementación del Modelo IVC Sanitario** (Res.1229 de 2013. "Modelo sanitario para los productos de uso y consumo humano")<br>- Actualizar la reglamentación sanitaria y elaborar las directrices para la implementación del modelo de IVC<br>- Socialización, sensibilización y generación de capacidades en los agentes para la implementación del modelo de IVC.<br>- Definir plan de seguimiento y monitoreo de procesos y resultados por parte de las autoridades sanitarias frente al modelo de IVC | Dic.2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Implementar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con énfasis en las acciones promoción y prevención**<br>- Adecuación normativa (resoluciones) para la adopción de los instrumentos del MIAS.<br>- Socialización, sensibilización y generación de capacidades en los agentes para la implementación de las rutas (16 rutas específicas de gestión del riesgo y la de promoción y mantenimiento de la salud).<br>- Reglamentar las acciones individuales de promoción y prevención en el contexto del PAIS (revisión histórica de los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, actualización de Res. 412 y generación de lineamientos para la gestión de promoción y prevención | Resolución: 15 febrero 2016<br>Inicio: 30 marzo 2016 | | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| **Implementar políticas, planes, programas y estrategias de interés en salud pública**<br>- **Gestión integral de insumos de interés en salud pública** (biológicos, red de frío, medicamentos, toldillos e insecticidas).<br>- Consolidar los **programas nacionales** en territorios: PAI, Zoonosis, ETV, Lepra, TBC, VIH, desnutrición aguda, anemia, bancos de leche y lactancia materna y SPA.<br>- Consolidar la **agenda intersectorial** de salud en todas las políticas a nivel nacional y territorial (Comisión Intersectorial de Salud pública, CONASA, CISAN, comisión MSF, Consejo Nacional de Control de Zoonosis, CONASIDA, SS y R, CRA, Consejo Nacional de Estupefacientes y comisión técnica nacional de reducción de la demanda de drogas.)<br>- **Despliegue territorial de las estrategias**: movilidad segura, cambio climático, ciudades y ruralidad saludable, 4X4 ampliada (mega meta), salud mental, agua potable, reducción de mortalidad materna en zonas rurales dispersas, prevención del aborto inseguro.<br>- Establecer los **mecanismos para la promoción y garantía de los derechos** en las políticas de salud pública (derechos sexuales y reproductivos, derecho a la muerte digna entre otros). | Dic.2016 | | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Implementar programa de promoción de la convivencia social y prevención de las violencias**<br>- Desarrollar la dimensión de convivencia social y prevención de las violencias a nivel territorial definidos.<br>- Diseño y pilotaje de un programa de promoción de la convivencia y prevención de las violencias (incluida la violencia sexual y de género) en el marco del proceso de construcción y consolidación de paz. | Dic.2016 | Dir. Promoción y Prevención | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población |
| **Posicionar temas de interés de salud pública nacional en la agenda internacional**<br>- Consolidar la participación en los convenios y acuerdos internacionales: OCDE (seguridad química, aire y residuos sólidos), Rotterdam (plaguicidas y productos químicos peligrosos), Minamata (mercurio).<br>- Participación efectiva en el consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la salud y en la red latinoamericana de promoción de la salud<br>- Avanzar en el posicionamiento del enfoque de salud pública y derechos humanos en la política global de drogas. | Dic.2016 | | |

**Dirección de Epidemiología y Demografía**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsables | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Consolidar la metodología PASE en la planeación territorial en salud de los nuevos gobernantes, para lograr el enfoque de determinantes y transectorial en su gestión**<br>- Convenio de Cooperación UNFPA<br>- Herramientas tecnológicas (plataformas virtuales) | Dic.2016 | Dir. Epidemiología y Demografía | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población |
| **Definir el capítulo étnico y de víctimas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**<br>Convenio con OPS/OMS para aplicación de instrumentos definidos para la recolección de insumos, la organización y análisis de datos e información y las fases de concertación[46] | Dic.2016 | | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población |
| **Incrementar el autoconsumo de información en salud por los actores del sector y público interesado**<br>- Disposición de los indicadores a través de los canales establecidos<br>- Auditoría de fuentes de información (Res.4505/2012 y CAPO)<br>- Bases de datos de investigaciones (resolución)<br>- Análisis secundarios y publicación | Dic.2016 | Dir. Epidemiología y Demografía<br><br>OTIC | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Fortalecer la gestión de la salud pública: vigilancia en salud pública**<br>- Modernización del sistema de vigilancia (actualización Decreto 3518/2006)<br>- Mantener las capacidades del CNE institucional y entidades territoriales<br>- Resolución de registro de laboratorios<br>- Mantener articulado al INS.<br>- Cooperación CDC y OMS/OPS | Dic.2016 | Dir. Epidemiología y Demografía | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas en los resultados en salud |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

[46] Establecidas por norma entre el MSPS y los pueblos indígenas, afro, Rrom, organizaciones de víctimas.

## 4.2. Viceministerio de Protección Social

El Viceministerio de Protección Social ha propuesto las siguientes acciones en el plazo inmediato, resumidas en la Tabla 2:

**Tabla 2. Acciones propuestas por el Viceministerio de Protección Social**

**Dirección de Financiamiento Sectorial**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Consolidar los PFTS 2016-2019 – Departamentos y Distritos – debidamente viabilizados** | Planes Financieros Territoriales, actualizados, con seguimiento y evaluación (a través del FUT) | Mayo 2016 | Dir. Financiamiento Sectorial<br>Dir. Prestación de Servicios<br>Dir. de PyP | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| **Perfeccionar el Modelo de Sostenibilidad Financiera del Aseguramiento** | Modelo mejorado, con análisis de sensibilidad, seguimiento y evaluación | Diciembre 2016 | Dir. Financiamiento Sectorial | |
| **Continuar con las medidas de saneamiento del sector** | Decreto 1681/2015 implementado (Subcuenta de Garantías). | Diciembre 2016 | | |
| | Saneamiento de aportes patronales, culminado | Julio 2016 | | |
| | Saneamiento y aclaración de cuentas entre ERP e IPS | Diciembre 2016 | | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Analizar nuevas fuentes de financiación para el SGSSS, a través de estudios | Diciembre 2016 | Dir. Financiamiento Sectorial<br>Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales | **4**. Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| Avanzar en el liderazgo y metodología Cuentas de Salud (en coordinación con el DANE) | Diciembre 2016 | Dir. Financiamiento Sectorial<br>Despacho Sr. Ministro | |

**Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Definir el mecanismo de exclusiones del plan de beneficios** | Procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente, definido[47]. (Acto administrativo). | Febrero 2017 | Dir. Beneficios, Costos y Tarifas | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS<br>**3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud<br>**1.** Mejorar las condiciones de salud de la población |
| | Actualización de la CUPS | Permanente | | |
| **Definir la estructura del plan de beneficios en salud** | Agrupamiento de medicamentos, concentraciones y principios activos, definido | Concentraciones: Diciembre 2016<br>Principios activos: permanente | | |

[47] Insumos: entrevistas, encuestas, participación ciudadana. (pacientes, comunidad médica, sociedades científicas, academia, otros)

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Definir el mecanismo de ajuste ex-ante a primas**<br>Análisis metodologías de cálculo de primas y ajustes de riesgo por condiciones de salud o enfermedad y procesos de atención que permita transferir los incentivos adecuados a EPS. | Diciembre 2017 | Dir. Beneficios, Costos y Tarifas | **2**. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención |
| Optimizar la recolección de la información de prestación de servicios de salud (RIPS, Estudio de Suficiencia) mejorando la capacidad técnica tecnológica interna para dar respuesta a los diferentes actores | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Gestionar lo No POS**<br>Evaluar resultados y ajustes a la Res. 1479/2015 (No Pos ET) | Diciembre 2016 | | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| Fortalecer los criterios de gestión de lo no cubierto en el plan | Diciembre 2016 | | |
| Definición de copagos y cuotas moderadoras No POS. | Diciembre 2016 | | |
| Expedir y promover la implementación de la Resolución que sustituye los CTC | Diciembre 2016 | | |
| Metodología de actualización del tarifario SOAT | Diciembre 2016 | | |
| Profundizar el seguimiento de la estrategia actual:<br>EPS que recibieron afiliados de Caprecom, pilotos del Reg.Subsidiado | Afiliados:Dic. 2016<br>Pilotos:Dic. 2017 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema |

**Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Cerrar brechas de cobertura y mejorar el proceso de afiliación** | Decreto 2353/2015 (afiliación), con divulgación y asistencia para usuarios, EPS, IPS y ET | Diciembre 2016 | Dir. Aseguramiento | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| | Sistema de afiliación transaccional (afiliación y novedades), implementado | Diciembre 2016 | Dir. Aseguramiento<br>OTIC<br>Dir.Admón. Fondos | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| | Estrategia de para la afiliación de poblaciones especiales (víctimas, desmovilizados, migraciones), definida y aplicada | Junio 2016 | Dir. Aseguramiento | **1.** Mejorar las condiciones de salud de la población |
| **Ajustar la operación del aseguramiento** | Decreto de habilitación técnica de las EPS (enfoque gestión de riesgo en salud), expedido. | Junio 2016 | Dir. Aseguramiento<br>Viceministerio de Salud | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| | Decreto de operación del aseguramiento en territorios, expedido | Diciembre 2016 | Dir. Aseguramiento | **1.** Mejorar las condiciones de salud de la población |
| | Normatividad que promueva mecanismos de contratación orientados a resultados en salud y la reducción de trámites | Diciembre 2016 | Dir. Aseguramiento<br>Viceministerio de Salud<br>Dirección de Financiamiento Sectorial<br>Dir. Prestación de Servicios | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Ajustar la operación del aseguramiento**<br>Revisar competencias Ley 715 de las entidades territoriales en el aseguramiento. | Diciembre 2016 | Dir. Aseguramiento | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| Auditoría de Régimen Subsidiado | Diciembre 2016 | | |
| **Promover la cultura de la seguridad social**<br>Definir y aplicar estrategias de trabajo conjunto con EPS, profesionales de salud, IPS y ET para mejorar las relaciones entre estos actores en el marco de la Ley Estatutaria: Cultura, tolerancia, humanización, ética, transparencia | Agosto 2016 | Dir. Aseguramiento<br>Dir. Beneficios, Costos y Tarifas<br>Oficina de Calidad<br>Viceministerio de Salud | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |

**Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Garantizar la continuidad de la operación**<br><br>**(Empalme FOSYGA–Unidad de Gestión)** | Unidad de Gestión, estructurada (Actos administrativos: estructura y transición, planta de personal, nomenclatura, salarios, operación y manual de funciones, manuales operativos). | Agosto 2016 | Dir. Admón. de Fondos<br>Secretaría General | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| | Decreto de recaudo de nuevas rentas y reglamentación de derechos (reforma SOAT), expedido | Diciembre 2016 | Dir. Admón. de Fondos | |
| | Pilotos en los procesos misionales: (compensación, liquidación mensual de afiliados) implementados. | Mayo 2016 | | |
| | Unidad de Gestión lista para funcionamiento[48] | Agosto 2016 | Dir. Admón. de Fondos<br>Secretaría General | |
| **Garantizar giros, pagos y transferencias oportunos** | Gestionar recursos para la financiación del aseguramiento:[49] | Diciembre 2016 | Dir. Admón. de Fondos | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Optimizar los actuales procesos para mejorar sus resultados**<br>Evaluar el proceso de reintegro de recursos y ajustarlo de acuerdo con el concepto de Consejo de Estado.<br>**Ley corta** para precisar alcance de reintegro o restituciones | Diciembre 2016 | Dir. Admón. de Fondos | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |

[48] Apoyo y gestión de 28 procesos contractuales: tecnología, fiducia, arrendamiento sede, vigilancia, seguros, etc. Aplicativos, bases de datos, recaudo, liquidación de UPC RC–RS, pagos, auditorías, vinculación de personal especializado

[49] i) Decreto 2240/2010; ii) Recursos CREE: $ 877 mm.; iii) Otros recursos no ejecutados

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Fortalecer la defensa judicial con base en el ajuste del proceso de apoyos técnicos, la coordinación con la Supersalud y el Comité de Conciliación[50]. | Diciembre 2016 | Dir. Admón. de Fondos | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| Mejorar los procesos operativos: Recobros, ECAT. | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud<br>**4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |

**Otras acciones transversales propuestas por el Viceministerio de Protección Social**

| Acciones intermedias | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|
| Publicar boletines cifras financieras del sector<br>Mejorar cifras y publicarlas en series. | Viceministerio de Protección Social<br>Of. Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| Seguimiento al proceso de Cafesalud | Viceministerio de Protección Social | **4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |
| Gestionar el proyecto de Ley "corta" en el Congreso | | |
| Reforma de la Ley 715: Competencias, fórmulas de distribución | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

[50] Actualmente se tienen 582 procesos, por una cuantía de $908 mm.

## 4.3. Secretaría General

La Secretaría General ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 3:

**Tabla 3. Acciones propuestas por la Secretaría General**

| Acciones intermedias | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|
| **Establecer consensos entre las áreas del Ministerio para una administración integral, austera y eficiente del presupuesto**<br>- Resaltar prioridades dentro de la política de austeridad (servicios públicos, horas extras, vacaciones, comisiones al interior y al exterior)<br>- Adecuar la estructura necesaria para asumir las nuevas obligaciones laborales (pensional) a cargo del Ministerio por efecto de la liquidación de entidades. | **Secretaría General**<br><br>Subdirección Financiera | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Automatizar y sistematizar los trámites de apoyo administrativo**<br>**Avanzar en el proceso de articulación sectorial en temas de servicio y atención al ciudadano y de gestión documental**<br>- Desarrollar aplicativos para la elaboración automatizada de minutas de contratos; adoptar alertas sobre cumplimiento de términos para liquidación de contratos y convenios; automatizar las solicitudes de los principales servicios que presta el Grupo de Soporte Informático; consolidar los reportes de ejecución de contratos de apoyo logístico.<br>- Implementar los TRD y gestionar la actualización y fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental SGD-ORFEO (FNE)<br>- Diseñar e implementar el Plan de Trabajo Sectorial de Servicio y Atención al Ciudadano (entidades adscritas al Ministerio). | Subdirección Administrativa | |
| **Optimizar las acciones y recursos para una adecuada y eficiente administración de los bienes del Ministerio**<br>- Realizar campañas de capacitación sobre el manejo y custodia de inventarios, buenas prácticas de almacenamiento, pólizas de seguros de bienes y manejo de la infraestructura de almacenamiento, tanto a servidores públicos del Ministerio como a las Seccionales de Salud Departamentales y Distritales a las cuales se les entregan medicamentos e insumos de interés en salud pública.<br>- Continuar con el saneamiento de los bienes que aparecen a cargo del Ministerio verificando el estado actual del inmueble y la identificación física frente a las diferentes Oficinas de Registro e Instrumentos Públicos, Oficinas de Planeación, Entidades Poseedoras de los Bienes, Central de Inversiones SA.<br>- Garantizar la logística para el recibo, entrega y custodia de los medicamentos e insumos de interés en salud pública de propiedad del Ministerio.<br>- Garantizar que la infraestructura física y los puestos de trabajo del Ministerio cumplan con las normas de salud y seguridad en el trabajo. | | |
| **Fortalecer la ejecución del programa de talento humano "Entorno Laboral Saludable" en el Ministerio**<br>- Consolidar la participación activa del nivel directivo y asesor en las diferentes actividades del programa<br>- Fortalecer la cultura del cumplimiento de deberes y derechos<br>- Armonizar los procesos misionales con los estratégicos | Subdirección de Gestión del Talento Humano | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

## 4.4. Dependencias del Despacho del Sr. Ministro de Salud y Protección Social

La Dirección Jurídica ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 14:

**Tabla 4. Acciones propuestas por la Dirección Jurídica**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Fortalecer las herramientas tecnológicas de compilación y consulta normativa** | Instrumentos tecnológicos[51] de compilación y consulta de la normativa del Sector, implementados | Diciembre 2016 | Dirección Jurídica | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| | Decreto Único Sectorial, expedido y socializado | Febrero de 2016 | | |
| **Optimizar procesos reglamentarios** | Leyes vigentes, reglamentadas (Ley Estatutaria, PND 2014-2018, endeudamiento y flujo de recursos, cuidados paliativos)[52] | Diciembre 2016 | | |
| **Utilización tutelas para toma de decisiones del MSPS** | Base de datos que permita la identificación de los temas y los pasos a seguir en asuntos relevantes del Ministerio, actualizada | Diciembre 2016 | | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Actualizar y depurar el Sistema Único de Información Litigiosa del Estado EKOGUI**<br>Revisión de expedientes procesales para archivar y actualización de estado y despacho judicial[53] | Diciembre 2016 | Dirección Jurídica | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Consolidar la entrega de los asuntos a cargo de los Patrimonios Autónomos para que sean atendidos directamente por el Ministerio**<br>Planificación de la finalización escalonada de los patrimonios autónomos de remanentes que se supervisan, durante las próximas vigencias.[54] | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud<br>**4.** Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 5:

[51] Página web –decretos, resoluciones y conceptos–, normograma del sector, boletín jurídico virtual, certificados de representación legal en línea.
[52] A través de herramientas de técnica normativa con las áreas misionales para mejorar el proceso de elaboración de proyectos regulatorios, debidamente socializadas.
[53] Igualmente, se cargará información en archivo plano enviado por la ANDJE para terminación masiva de procesos en el sistema EKOGUI.
[54] Y coordinación con las diferentes dependencias del Ministerio la entrega de los asuntos a cargo de cada una de ellas.

Tabla 5. Acciones propuestas por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Fortalecer las acciones del sector salud en el marco del Sistema de Gestión de Riesgo de Desastres.**<br>- Establecer las acciones para la gestión del riesgo en salud publica en emergencias y desastres (hospital seguro y conocimiento y evaluación del riesgo de desastre)<br>- Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) y del Centro Nacional de Reserva del Ministerio de Salud y Protección Social. | Diciembre 2016 | Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| **Integrar a la comunidad en la organización, gestión, control y fiscalización de las instituciones del sector en un esquema articulado con las instancias nacionales y territoriales**<br>- Socialización de la Política de Participación Social.<br>- Seguimiento a las entidades territoriales en la promoción de los espacios de participación social en el sector salud. | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Mejorar la prestación de los servicios de urgencias, prehospitalarios, hospitalarios del país y prepararlos para la atención de eventos catastróficos y accidentes de tránsito**<br>- Estrategias para la descongestión de los servicios de urgencias. | Diciembre 2016 | | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| **Mejorar las capacidades de gestión territorial con el fin de hacer efectivas las políticas públicas sectoriales.**<br>- Difusión en competencias y responsabilidades de Gestión Territorial y Participación Social a las nuevas autoridades territoriales.<br>- Fortalecimiento a las entidades territoriales y/o instituciones prestadoras de servicios de salud priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los componentes de transporte, equipo médico y comunicaciones. | Diciembre 2016 | | **1.** Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en los resultados en salud |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (OTIC) ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 6:

Tabla 6. Acciones propuestas por la OTIC

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Interoperabilidad entre el Sistema de Información (SI)**<br>- Interoperabilidad RUAF-BDUA-PILA-ND, RLCPD SAT[55] salud y pensiones<br>- Interoperabilidad SAT- asignación recursos EADRES<br>- Catálogos y conjunto de datos mínimos de la historia de salud (prescripción NO POS) | Diciembre 2016 | OTIC | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |

[55] Sistema de Afiliación Transaccional

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Integración de datos de distintas fuentes**<br>- Mejorar la capacidad analítica en el MSPS utilizando la Bodega de Datos<br>- Optimización de reportes | Diciembre 2016 | OTIC | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Optimización de aplicativos misionales y disposición de aplicaciones**<br>- Centrales de servicios (Portales SAT-Financiamiento-Gestión del Conocimiento)<br>- Aplicaciones móviles - Automatización de trámites y servicios RIPS desde las IPS | Diciembre 2016 | | |
| **Proveer las herramientas tecnológicas al Ministerio para el adecuado desempeño de sus funciones**<br>- Soporte tecnológico en las sedes del MSPS<br>- Adquisición, actualización de TIC | Diciembre 2016 | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina de Calidad ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 7:

**Tabla 7. Acciones propuestas por la Oficina de Calidad**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Promover el enfoque sistémico en la gestión de los agentes del sistema y fomentar buenas prácticas que favorezcan el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud**<br>- Difusión del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud<br>- Desarrollo del modelo de asistencia técnica<br>- Desarrollar e implementar metodologías de evaluación de la calidad | Diciembre 2016 | Oficina de Calidad | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| **Apoyar y fomentar la excelencia e innovación en el sistema de salud**<br>- Desarrollar una estrategia de reconocimiento de EPS-IPS con desempeño sobresaliente en áreas específicas en salud.<br>- Impulsar un paquete viable de incentivos para el fortalecer el Sistema Único de Acreditación | Diciembre 2016 | | |
| **Incentivar la gestión del conocimiento para orientar las políticas que permitan fortalecer la calidad y la humanización**<br>- Implementación del nuevo Sistema de Información para la Calidad<br>- Desarrollo e implementación de las guías de práctica clínica para proveer directrices acordes con evidencia científica (Hemofilia)<br>- Divulgación del Informe Nacional de Calidad-INCAS 2015<br>- Generar una instancia técnica de análisis y seguimiento de la calidad con base en alertas tempranas<br>- Establecer canales de cooperación técnica directa con referentes internacionales en calidad y enfermedades huérfanas | Diciembre 2016 | | |
| **Desarrollar habilidades y capacidades en los agentes del sistema que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones**<br>Establecer y fortalecer la red funcional de humanización y sus nodos departamentales para coordinar las actividades colaborativas | Diciembre 2016 | | |
| **Empoderar a las personas las familias y la comunidad mediante la mejora en el acceso a la información**<br>- Posicionamiento del Observatorio Nacional de Calidad en Salud<br>- Entrega de información más comprensible por el usuario final<br>- Establecimiento de mesas regionales de enfermedades huérfanas | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina de Promoción Social ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 8:

**Tabla 8. Acciones propuestas por la Oficina de Promoción Social**

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Implementar PAPSIVI**<br><br>Ampliar número de personas atendidas y tener protocolo de atención en salud | Aumentar eficiencia en costos en 10% | Diciembre 2016 | Oficina de Promoción Social | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas en los resultados en salud |
| | Aumentar cobertura de atención en 20% | Diciembre 2016 | | |
| | Protocolo de atención en salud, elaborado (IETS) | Diciembre 2016 | | |
| | Módulos de atención diferencial, presentados | Diciembre 2016 | | |
| **Descentralizar Política de Discapacidad**<br><br>Generar lineamientos nacionales y asistencia técnica a ET | Guía de práctica clínica de diagnóstico de discapacidad mental y psicosocial, elaborada | Diciembre 2016 | | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| | Certificación de discapacidad, expedida y socializada | Diciembre 2016 | | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas en los resultados en salud |
| | 5 departamentos en política de discapacidad, apoyados | Diciembre 2016 | | |
| | Propuesta técnica para servicios sociales–cuidado–promoción social, terminada | Diciembre 2016 | | |
| **Avanzar en concertación con Étnicos**<br><br>Generar un hito concreto con cada grupo étnico | Documento propuesta de SISPI (indígenas), elaborado | Diciembre 2016 | | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención |
| | Prioridades inidentificadas con instancia de concertación (afros) | Diciembre 2016 | | |
| | 10 municipios de residencia (Rrom) con asistencia técnica | Diciembre 2016 | | |
| **Integrar políticas diferenciales**<br><br>Emitir lineamientos nacionales aplicables a varias poblaciones | Estampilla, habilitación de centros y propuesta de cuidado (envejecimiento), reglamentada | Febrero de 2016 | | **1**. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas en los resultados en salud |
| | Norma de resolución de medidas de atención, expedida - Ley 1257/2008 (género) | Diciembre 2016 | | |
| | Documento de política (habitante de calle) y plan de acción interinstitucional, elaborados | Diciembre 2016) | | |
| | Documento (familia), emitido: | Diciembre 2016 | | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Aclarar aseguramiento; participar en el modelo carcelario; transición a USPEC (inimputables). | Diciembre 2016) | Of. de Promoción Social | **2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina de Control Interno (OCI) ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 10:

Tabla 9. Acciones propuestas por la Oficina de Control Interno

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| Actualizar la documentación del proceso con el fin de ajustarla a nuevas directrices legales y metodológicas promovidas por el ente rector de política | Diciembre 2016 | OCI | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| Fortalecer las metodologías empleadas por la Oficina para la formulación del Programa Anual de Auditorías | Diciembre 2016 | | |
| Verificar las metodologías que aplica la Oficina de Control Interno en sus diferentes evaluaciones y seguimientos | Diciembre 2016 | | |
| Fomentar la práctica del autocontrol mediante la aplicación de diferentes mecanismos | Diciembre 2016 | | |
| Mejorar el proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos identificados | Diciembre 2016 | | |
| Contribuir a generar una cultura organizacional orientada al mejoramiento de la gestión y los resultados, a partir del seguimiento continuo a los planes de mejoramiento | Diciembre 2016 | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 10:

Tabla 10. Acciones propuestas por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

| Acción estratégica | Indicador | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|---|
| **Fortalecer los estudios sectoriales y la evaluación de la política pública en salud** | 3 evaluaciones realizadas: i) Equipos extramurales en La Guajira; ii) Programa de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional; iii) Evaluación externa | Febrero 2017 | OAPES | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| | 2 estudios realizados: i) Atlas Salud; ii) NO POS | Diciembre 2017 | | |
| | 2 revisiones sistemáticas, realizadas | Diciembre 2016 | | |
| **Fortalecer el proceso de planeación institucional** | Plan Estratégico Sectorial, concertado y aprobado | Febrero 2016 | | |
| | Plan Estratégico Institucional, concertado y aprobado | Marzo 2016 | | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Fortalecer los estudios sectoriales y la evaluación de la política pública en salud**<br>Elaboración de 2 guías metodológicas: i) Análisis crítico (evaluación); y ii) estudios previos (evaluaciones y estudios) | Diciembre 2016 | OAPES | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Fortalecer el proceso de planeación y la transparencia:**<br>- Apoyar la nueva metodología de clasificación presupuestal FMI 2014<br>- Apoyar la implementación de la metodología de presupuesto por resultados<br>- Mejorar la gestión presupuestal (seguimiento a la ejecución, consecución de recursos) y la rigurosidad financiera en los presupuestos de los proyectos de inversión 2017 | Diciembre 2016 | OAPES<br>Secretaría General – Subdirección Financiera | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable(s) | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Desarrollo organizacional**<br>- Completar la documentación y simplificar el Sistema de Gestión Institucional<br>- Coordinar las auditorías internas de calidad<br>- Contratar la entidad certificadora en la NTCGP-1000–ISO9001<br>- Lograr la acreditación institucional<br>- Implementación plataforma BPM para la gestión administrativa y financiera | <br><br><br><br><br>Dic. 2016<br>Feb.2017 | OAPES<br><br>Of. Control Interno<br>Secretaría General<br>Todas las dependencias<br>OTIC | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

El Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 10:

**Tabla 11. Acciones propuestas por el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Movilizar recursos técnicos y financieros en el marco de las prioridades sectoriales y mejorar su impacto**<br>- Gestionar la inclusión de prioridades sectoriales en la agenda de cooperación para el post-conflicto.<br>- Trabajar con todos los actores bajo la lógica de una agenda sectorial de cooperación internacional<br>- Evaluar la cooperación bajo criterios de valor agregado y fortalecimiento de capacidades. | Diciembre 2016 | Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud |
| **Incidir en las decisiones de instancias internacionales en salud y defender los intereses nacionales en estas instancias**<br>- Hacer parte de las instancias decisorias de los principales organismos globales y regionales en salud: Consejo Ejecutivo de la OMS y Comité Directivo de la OPS.<br>- Promover iniciativas regionales y globales que sirvan de respaldo a las políticas y debates internos en salud.<br>- Posicionar las políticas nacionales y el liderazgo técnico de Colombia en asuntos de salud pública a nivel global y regional. | Diciembre 2016 | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

El Grupo de Comunicaciones ha propuesto las siguientes acciones, resumidas en la Tabla 12:

**Tabla 12. Acciones propuestas por el Grupo de Comunicaciones**

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Fortalecimiento de comunicación del riesgo**<br>Capacitaciones con CDC y OPS | Diciembre 2016 | Grupo de Comunicaciones | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad |
| **Comunicación de gestión del riesgo Zika**<br>- Participación en la Vuelta a Colombia del Zika.<br>- Creación y difusión de nueva campaña de comunicación, actualizándola de acuerdo con evolución de la enfermedad. | Diciembre 2016 | | **1.** Mejorar las condiciones de salud de la población |
| **Construcción de relación con EPS e IPS**<br>Desde las áreas de comunicaciones, construcción de alianza para posicionar temas de promoción y prevención, de manera constante con estos agentes. | Diciembre 2016 | | |

| Acciones intermedias | Fecha máxima | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|---|
| **Fortalecimiento de relación con entidades territoriales (ET)**<br>Reenfoque de relación en comunicación del Ministerio con pares de secretarías departamentales y municipales de salud | Diciembre 2016 | | **3.** Recuperar la confianza y la legitimidad |
| **Fortalecimiento de comunicación interna**<br>Robustecimiento de la intranet, para convertirla en herramienta de trabajo para optimizar funcionamiento de dependencias y minimizar el uso de papel | Diciembre 2016 | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

El Despacho del Sr. Ministro de Salud y Protección Social ha propuesto las siguientes acciones alrededor del Sistema General de Regalías (SGR), resumidas en la Tabla 13

**Tabla 13. Acciones propuestas por el Despacho del Sr. Ministro (Sistema General de Regalías)**

| Acciones | Responsable | Objetivo estratégico relacionado |
|---|---|---|
| **Aumentar la inversión de recursos del SGR en proyectos del sector salud**[56]<br>- Capacitar y brindar asistencia técnica a las entidades beneficiarias de recursos del SGR.<br>- Cofinanciar con recursos MSPS proyectos que cuentan con recursos SGR para maximizar el impacto de la inversión.<br>- Optimizar tiempos de respuesta en los pronunciamientos técnicos solicitados para aprobación de proyectos en los OCAD. | Despacho Sr. Ministro | **1.** Mejorar las condiciones de salud de la población<br>**2**. Aumentar el acceso y mejorar la calidad |
| **Implementar proyectos estándar**[57] **del sector salud financiables con recursos del SGR**<br>- Conformar base de proyectos estandarizables en salud.<br>- Divulgar los proyectos estándar.<br>- Incorporar en el plan de acción del Ministerio la estructuración de proyectos estándar.<br>- Nuevos proyectos estandarizados: discapacidad, salud nutricional y modelo integral de atención en salud. | | |
| **Incrementar la capacidad CTeI**[58] **y de competitividad del Sector Salud, mediante la gestión y aprobación de proyectos de CTeI con recursos del SGR**<br>- Articular esfuerzos entre Colciencias y el MSPS para incentivar la formulación de proyectos del sector en CTeI.<br>- Adelantar y coordinar mesas técnicas de apoyo a la formulación de proyectos del sector en CTeI.<br>Identificar y determinar líneas estratégicas de inversión correspondientes al sector salud en CTeI. Por ejemplo: becas crédito, etc. | | |

Fuente: Elaboración propia MSPS, según lo expuesto en el ejercicio directivo de planeación estratégica (enero de 2016)

[56] El sector salud actualmente está en el 7 lugar de inversión con recursos del SGR.
[57] Pasar de 3 proyectos estandarizados a 6.
[58] Del total de proyectos aprobados por el Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, tan solo el 6% corresponde al sector salud.

## 4.5. Recursos requeridos para la ejecución del plan

El cumplimiento de los objetivos, y acciones definidas en el marco del PND 2014-2018, el Plan Estratégico Sectorial y el presente plan, supondrá la convergencia de recursos de diferentes fuentes, entre las cuales se incluyen los recursos de funcionamiento e inversión del Presupuesto General de la Nación–PGN. Considerando lo anterior, la ejecución del presente plan institucional estará limitada por la disponibilidad de recursos en cada una de ellas.

La estimación de las inversiones requeridas han sido realizadas por el Ministerio de Salud y 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. Así, se estima que para el cumplimiento de los objetivos, estrategias, acciones establecidas en el presente plan se requerirá una inversión de más de $54 billones[59] entre 2016 y 2018 que contribuirán al logro de las metas, como se puede observar en la Tabla 14[60].

**Tabla 14**
**Recursos asociados a la implementación del plan estratégico, por fuente de financiación.**

Cifras en $ millones constantes de 2015

| Fuente | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| SGP | 6.800.079 | 6.888.426 | 6.989.107 | 20.677.612 |
| Inversión PGN | 6.032.259 | 8.182.362 | 8.422.126 | 22.636.748 |
| Privado | 2.582.333 | 2.633.692 | 2.631.458 | 7.847.483 |
| Entes territoriales | 967.051 | 943.442 | 920.409 | 2.830.903 |
| SGR | 133.917 | 111.635 | 94.513 | 340.066 |
| **TOTAL** | **16.515.640** | **18.759.558** | **19.057.613** | **54.332.811** |

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

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

[59] 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 2015.

[60] Sin embargo debido al difícil escenario fiscal actual de la Nación, a las tres unidades ejecutoras del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): Gestión General, Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y a la UAE–FNE, no se les asignó la totalidad de lo proyectado inicialmente para la vigencia 2016. Adicionalmente, en cumplimiento del Art. 4 del Decreto 2550 de 2015 y la Ley de Presupuesto 2016, en el mes de enero de 2016 se provisionaron (congelaron) recursos por $52.603 Mill. del PGN asignado al MSPS para esta vigencia ($29.531 Mill. correspondieron a transferencias y $23.072 Mill. a la inversión). Posteriormente, en febrero, fueron aplazados $92.511 Mill. ($38.815 Mill. correspondieron a transferencias y $53.696 a la inversión). Lo anterior significó un incremental de recorte a los recursos disponibles de $39.908 Mill. con respecto a la provisión de enero.

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 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 98,4% de los recursos a ser ejecutados para dar cumplimiento a lo establecido en el plan, como se observa en la Tabla 15.

**Tabla 15**
**Recursos asociados al cumplimiento de los objetivos**
**Por fuente de financiación**

Cifras en $ millones constantes de 2015

| Objetivo / Fuente | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **1. Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud** | **16.219.276** | **18.469.879** | **18.773.071** | **53.462.227** |
| Inversión PGN | 5.776.071 | 7.926.174 | 8.165.938 | 21.868.183 |
| SGR | 967.051 | 943.442 | 920.409 | 2.830.903 |
| **2. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención** | **2.582.333** | **2.633.692** | **2.631.458** | **7.847.483** |
| Inversión PGN | 6.800.079 | 6.888.426 | 6.989.107 | 20.677.612 |
| E.Territoriales | 93.742 | 78.145 | 66.159 | 238.046 |
| Privado | 252.527 | 245.843 | 240.706 | 739.076 |
| SGP | 212.352 | 212.352 | 212.352 | 637.056 |
| SGR | 40.175 | 33.491 | 28.354 | 102.020 |
| **3. Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema de salud** | **37.586** | **37.586** | **37.586** | **112.759** |
| Inversión PGN | 37.586 | 37.586 | 37.586 | 112.759 |
| **4. Asegurar la sostenibilidad financiera del Sistema** | **6.250** | **6.250** | **6.250** | **18.750** |
| Inversión PGN | 6.250 | 6.250 | 6.250 | 18.750 |
| **TOTAL** | **16.515.640** | **18.759.558** | **19.057.613** | **54.332.811** |

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

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 Ministerio resulten insuficientes en relación con las cuantías establecidas, es factible que se presenten situaciones de desfinanciamiento que pondrían en riesgo el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco del presente plan, 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, la disponibilidad de recursos estará determinada por las cuantías que se sean asignadas al Ministerio de Salud y Protección social, las cuales serán asignadas en las leyes anuales del presupuesto y dependerán de la generación de ingresos de la Nación.

## 5. Esquema de seguimiento del plan

Para el seguimiento de las acciones que hacen parte del plan estratégico, a partir de los indicadores registrados por el Ministerio en el sistema de seguimiento SINERGIA[61], así como de las tablas definidas en la cuarta parte de este documento, se plantea un esquema de monitoreo trimestral al cumplimiento de los indicadores y fechas estipuladas para cada iniciativa. En este sentido, el seguimiento se articulará con las siguientes herramientas: SINERGIA, los procedimientos definidos en esta materia por el plan de acción institucional y eventuales solicitudes de información que remitirá la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales a las dependencias pertinentes.

Así mismo, en 2016 se efectuarán al menos dos (2) reuniones de revisión de los avances, con la participación del cuerpo directivo en pleno. La primera sesión se efectuará en el mes de julio y la segunda se proyecta para el mes de diciembre de 2016.

[61] Este Sistema apoya las funciones de seguimiento a metas de gobierno de corto, mediano y largo plazo, la cual se ha consolidado en Colombia como una de las fuentes de información más relevantes en materia de seguimiento y evaluación de políticas públicas, cuya contribución ha sido clave para la consecución de una administración pública efectiva y eficaz. En SINERGIA se pueden consultar los distintos sectores de la administración pública nacional, las distintas entidades, sus programas y los indicadores respectivos utilizados para medir las metas y objetivos de gobierno, fundamentalmente los del Plan Nacional de Desarrollo. Actualmente, el Sistema se encuentra disponible a través del siguiente vínculo: http://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento