

Informe al Congreso Cuatrienio 2006-2010 Contenido

INTRODUCCION

1. ASEGURAMIENTO

1.1. Salud

1.1.1 Régimen subsidiado de salud

[Caprecom](#)

1.1.2 Régimen contributivo de salud

1.1.3 Regímenes exceptuados

1.2. Pensiones

1.2.1 Afiliación

1.2.2 Pensionados

1.2.3

[Gestión Pasivo Social Puertos de Colombia \(GIT\)](#)

[Caprecom](#)

[Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia](#)

[ISS](#)

1.2.4 Acciones relevantes en la gestión de pensiones

1.3 Riesgos profesionales

1.3.1 Trabajadores afiliados

1.3.2 Empresas afiliadas

1.4. Cajas de Compensación Familiar

1.5. Cesantías

2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Planes obligatorios de salud

2.2. Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de servicios de salud

2.3. Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

2.4. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

2.5. Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

2.6. Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y trasplante de componentes Anatómicos

2.7. Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)

2.8. Atención Eventos de Trauma Mayor por Violencia

2.9. Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres

2.10 Otras acciones desarrolladas en el proceso de implementación de la Política de Prestación de Servicios de Salud

2.11. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional

2.11.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

2.11.2 Instituto Nacional de Cancerología

2.11.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

2.11.4 Sanatorio de Contratación

2.11.5 Sanatorio de Agua de Dios

2.11.6 Caja de Previsión Social de Comunicaciones

3. SALUD PÚBLICA

3.1. Salud Infantil

3.2. Salud Sexual y Reproductiva – SSR

3.3. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

3.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

3.5. Salud mental y Farmacodependencia

3.6. Seguridad Alimentaria y Nutricional

3.7. Seguridad Sanitaria y Ambiental

3.8 Salud oral

4. PROMOCIÓN SOCIAL

4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables

4.1.1 Infancia y jóvenes

4.1.2 Adulto mayor

4.1.3 Familia

4.1.4 Red juntos

4.1.5 Población desplazada

4.1.6 Otras poblaciones

4.1.6.1 Poblaciones en condiciones de discapacidad

4.1.6.2 Atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados organizados al margen de la ley y prevención de su vinculación

4.1.6.3 Grupos étnicos

4.1.6.4 Población inimputable por trastorno mental

4.1.7 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

5. MERCADO LABORAL

5.1. Formación para el trabajo

5.1.1. Oferta

5.1.1.1. Formación profesional integral

5.1.1.2. Formación virtual y bilingüismo

5.1.1.3. Contrato de aprendizaje

5.1.1.4. Oferta de las Cajas De compensación Familiar

5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo

5.1.2.1 Certificaciones de desempeño laboral

5.1.2.2 Tecnologías de la información y las comunicaciones

5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo

5.1.3.1 Atención a poblaciones vulnerables

5.1.3.2 Jóvenes rurales

5.1.3.4 Jóvenes en acción

5.1.3.5 Otras acciones de focalización

5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación para el trabajo

5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior

5.2 Generación de empleo e intermediación laboral

5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo

5.2.1.1 Empresas promovidas por el fondo EMPRENDER

5.2.1.2 Programas de Iniciativas Locales de Gestión Empresarial (ILE)

5.2.1.3 Programa de subsidios al desempleo FONEDE

5.2.1.4 Programa de microcrédito FONEDE

- 5.2.1.5 Programa de capacitación para la inserción laboral FONEDE
- 5.2.1.6 Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo
- 5.2.1.7 Registro de precooperativas y cooperativas de trabajo asociado
- 5.2.1.8 Ingreso de extranjeros al mercado laboral colombiano
- 5.2.2 Acciones de intermediación laboral
- 5.2.2.1 Servicio público de empleo
- 5.2.2.2 Registro de empresas de servicios temporales

5.3 Protección laboral

- 5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social
- 5.3.2 Capacitación a líderes sindicales
- 5.3.3 Programa de protección a líderes sindicales
- 5.3.4 Prevención de la explotación y discriminación laboral

5.4. Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social

- 5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social
- 5.4.2. Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales
- 5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo
- 5.4.4. Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales

6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

6.1. Comportamiento de los recursos del sector salud

- 6.1.1 Sistema General de Participaciones
- 6.1.2 Fondos
 - 6.1.2.1 Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga
 - 6.1.2.1.1 Subcuenta Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito
 - 6.1.2.1.2 Subcuenta Promoción y prevención
 - 6.1.2.1.3 Subcuenta de compensación
 - 6.1.2.1.4 Subcuenta de solidaridad
 - 6.1.1.2 Fondo de solidaridad pensional
 - 6.1.1.3 Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional
 - 6.1.1.4 Fondo de Riesgos profesionales

6.2 Recobros y fallos de tutela

6.3 Cálculo de UPCc y UPCs

6.4 Política de alto costo

6.5 Otros ingresos generados para el sector de la salud

6.6 Evasión y elusión al Sistema de Seguridad Social Integral

7 . INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud

7.1.1. Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

7.1.2. Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios

7.1.3. Protección al usuario y participación ciudadana

7.1.4. Medidas Especiales

7.1.5. Función Conciliatoria y Jurisdiccional

7.1.6. Gestión de Apoyo Institucional

7.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima

7.2.1. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

7.2.2. Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización

7.2.2.1. Programa Nacional DeMuestra la Calidad

7.2.2.2. Programa de Farmacovigilancia

7.2.2.3. Programa de Tecnovigilancia

7.2.3. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – Invima.

7.3. Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen

7.3.1. Acciones de IVC

7.3.1.1. Apoyo Interinstitucional e Internacional

7.3.1.2. Consumo de Medicamentos de Control Especial, MCE

7.4. Vigilancia en Salud Pública

8. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

8.1. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector

8.1.1. Sistemas de información y estadísticas

8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

8.1.3. Sistemas de atención al ciudadano

8.2. Apoyo Territorial

8.2.1. Asistencia técnica para la descentralización

8.2.2. Participación y Control Social

8.3 Investigación, ciencia y tecnología en el sector

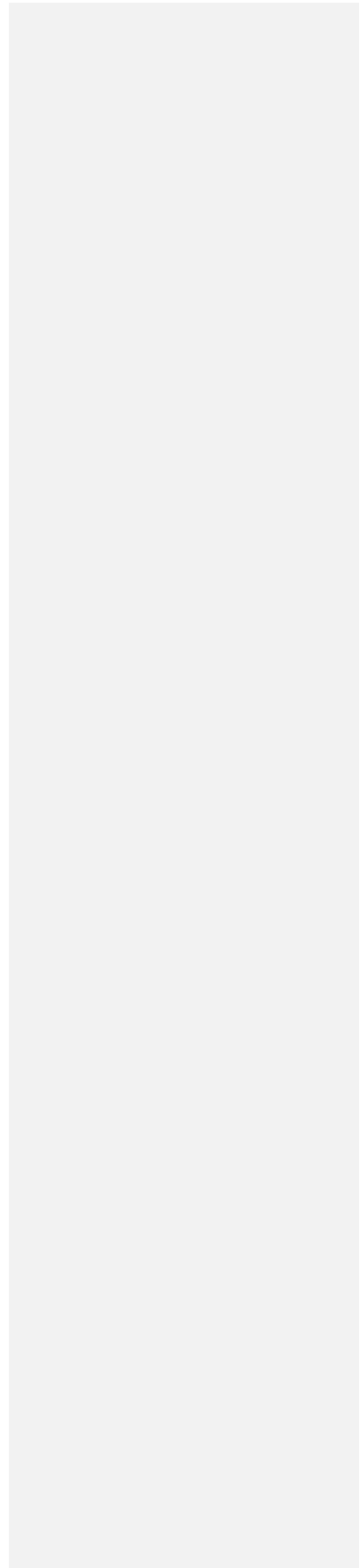
8.4 Cooperación y Relaciones internacionales

8.5 Comunicaciones

Anexo.

[Reglamentación asociada al sector expedida en la vigencia](#)

INTRODUCCION



1. ASEGURAMIENTO

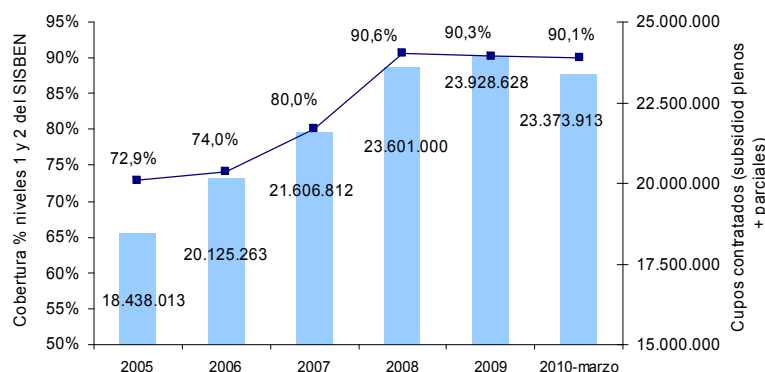
1.1. Salud

1.1.1 Régimen subsidiado de salud

Evolución de la afiliación:

Durante los últimos cuatro años se registró un incremento en la afiliación al Régimen Subsidiado del 26,7% al aumentar el número de cupos contratados de 18.438.013, al cierre de 2005, a 23.373.913, a marzo 31 de 2010¹. Como se observa en el cuadro, el mayor incremento registrado durante el período de reporte se dio en 2008, año en el cual el número de cupos del Régimen Subsidiado aumentó en casi 2 millones, impulsado por la ampliación de cobertura adelantada con los Recursos Excedentes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA al corte 31 de diciembre de 2007. En línea con esta evolución creciente de la afiliación, la cobertura del Régimen Subsidiado para la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN pasó del 72,9%, a inicios de 2006, a niveles superiores al 90% a partir de diciembre de 2008.

Gráfica No. 1 Afiliación al Régimen Subsidiado de Salud
(Cupos y cobertura, datos a diciembre)



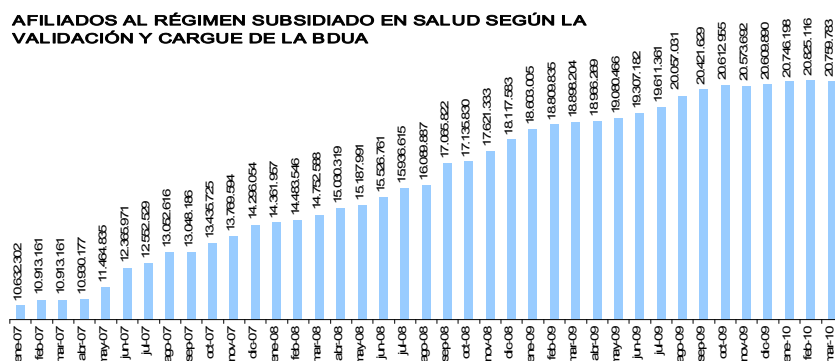
Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

Por su parte, la afiliación medida como el número de personas validadas y cargadas en la base de datos única de afiliados – BDUA prácticamente se

¹ Se precisa que en aplicación del Acuerdo 408/09 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS se implementó, a partir del segundo semestre de 2009, un mecanismo de reasignación nacional de cupos financiados no carnetizados, adelantado en función de la validación frente a la BDUA. Dicho proceso se realizó en coordinación con las entidades territoriales e incluyó la transformación de los subsidios parciales a plenos en el caso de personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN. En este contexto, el número total de cupos financiados del Régimen Subsidiado a marzo 31 de 2010 (23.373.913) fue inferior al cierre de 2009 (23.928.628).

duplicó entre enero de 2007² y marzo de 2010, al pasar de 10.632.302 de personas a 20.759.783.

Gráfica No. 2 Afiliación al Régimen Subsidiado de Salud – Según Validación y Cargue BDUA



Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

Se precisa que en la parte final del cuatrienio se reportaron importantes avances en términos de unificación de los planes de beneficios del aseguramiento. En efecto, entre octubre de 2009 y el 01 de abril de 2010 se capitalizó la unificación del Plan de Beneficios del subsidiado al POS Contributivo para alrededor del 43% de los afiliados al Régimen Subsidiado, mediante Acuerdos 004 de 2009 y 012 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, se logró la unificación de los planes de beneficios de los alrededor de 9.6 millones de niños menores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado.

Financiación del Régimen Subsidiado³

Como se observa en el siguiente Cuadro, la financiación del Régimen Subsidiado, tuvo una gran variación al pasar de \$3.1 billones, en 2005 (año abril 2005 – marzo 2006), a \$6.35 billones en 2009 (año abril/09 – marzo/10).

Cuadro No. 1 Financiación del Régimen Subsidiado

	2005		2006		2007		2008		2009	
	(\$ millones)	% en total	(\$ millones)	% en total	(\$ millones)	% en total	(\$ millones)	% en total	(\$ millones)	% en total
SGP	1.685.966	54,4%	1.870.414	47,7%	2.274.856	48,3%	2.684.020	48,0%	3.155.635	49,7%
Fosyga	1.051.310	33,9%	1.423.914	36,3%	1.676.242	35,6%	2.242.837	40,1%	2.399.943	37,8%

² El registro de la BDUA reporta información histórica a partir de enero de 2007.

³ La financiación del Régimen Subsidiado se mide según el monto comprometido en la celebración de contratos de aseguramiento. Los años corresponden a las vigencias contractuales del Régimen Subsidiado, las cuales incluyen los 12 meses comprendidos entre abril y marzo del año siguiente. Es decir, el último año reportado (vigencia contractual 2009) corresponde a los 12 meses comprendidos en abril de 2009 y marzo de 2010.

CCF	48.879	1,6%	54.168	1,4%	54.744	1,2%	62.142	1,1%	68.268	1,1%
Esfuerzo Propio Territorial	311.374	10,1%	571.923	14,6%	706.323	15,0%	607.075	10,8%	725.414	11,4%
TOTAL	3.097.528		3.920.419		4.712.165		5.596.075		6.349.260	

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

1.1.2 Régimen contributivo de salud

Dentro de las metas de reactivación social y económica, el Gobierno Nacional, como herramienta de equidad para el cuatrienio 2006-2010, determinó ampliar la cobertura en el Régimen Contributivo de Salud, estableciendo como meta 1.500.000 nuevos afiliados.

Contribuye al cumplimiento de la meta propuesta, la expedición de las autorizaciones otorgadas tanto a asociaciones, agremiaciones como a comunidades religiosas, para afiliar colectivamente al Sistema de Seguridad Social Integral a trabajadores independientes, en el marco de los Decretos 3615 de 2005 y 2313 de 2006.

También permite el cumplimiento de la meta, la consolidación de la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) que pretende controlar la evasión y la elusión y facilitar el pago de los aportes al Sistema.

A 31 diciembre de 2009, se da por cumplida la meta al registrarse un aumento total de afiliados de 1.710.104, equivalente a 114%, de acuerdo con el parámetro utilizado en el SIGOB, que corresponde a los afiliados presentados a compensar.

El comportamiento anual presenta aumento de los afiliados en el período observado de 740.787 (4.53%) de 2006 a 2007, de 669.066 (3.91%) de 2007 a 2008 y de 300.251 (1.69%) del 2008 al 2009.

Cuadro No. 2 Afiliados al Régimen Contributivo por Departamento
2006 - Diciembre de 2009

Departamento	Diciembre de 2006	Diciembre de 2007	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009	Diferencia a Diciembre de 2009 desde diciembre 2006
Amazonas	8.734	9.235	10.091	10.681	1.947
Antioquia	2.738.208	2.869.650	2.933.304	2.957.763	219.555
Arauca	24.387	26.810	31.455	30.702	6.315
Atlántico	904.370	956.740	990.443	992.001	87.631
Bogotá D. C.	4.366.107	4.606.452	4.822.526	4.872.402	506.295
Bolívar	471.142	500.575	542.105	555.465	84.323
Boyacá	330.709	342.395	363.014	365.657	34.948
Caldas	345.361	358.132	366.084	366.205	20.844
Caquetá	61.610	61.164	63.802	64.713	3.103

Casanare	74.361	77.709	86.619	97.837	23.476
Cauca	214.067	226.251	237.480	242.326	28.259
Cesar	223.232	235.657	252.321	266.373	43.141
Chocó	29.506	33.437	37.254	39.669	10.163
Córdoba	260.993	270.907	284.439	288.701	27.708
Cundinamarca	804.545	850.446	836.059	887.753	83.208
Guainía	2.309	2.513	2.780	3.264	955
Guaviare	9.087	9.637	10.036	10.799	1.712
Huila	234.978	244.178	256.319	263.580	28.602
La Guajira	107.569	118.056	133.193	136.526	28.957
Magdalena	285.247	308.660	326.177	334.043	48.796
Meta	288.659	288.625	303.329	323.646	34.987
Nariño	217.343	220.696	229.234	233.460	16.117
Nte. Santander	344.272	353.411	389.578	401.754	57.482
Putumayo	30.823	31.403	34.406	35.917	5.094
Quindío	188.996	196.728	204.224	207.189	18.193
Risaralda	416.714	429.705	434.748	439.654	22.940
San Andrés	24.721	26.063	28.115	28.437	3.716
Santander	798.715	821.400	875.278	901.866	103.151
Sucre	128.468	133.461	139.427	144.535	16.067
Tolima	356.408	375.618	399.142	407.382	50.974
Valle	2.055.073	2.095.489	2.133.552	2.145.952	90.879
Vaupés	1.917	1.636	1.796	2.387	470
Vichada	4.120	10.699	4.274	4.216	96
Prom. Gral.	16.352.751	17.093.538	17.762.604	18.062.855	1.710.104

Fuente: Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación – Consorcio Fosalud FOSYGA. Estos son afiliados presentados a compensación. Meta SIGOB..

1.1.3 Regímenes exceptuados

1.2. Pensiones

1.2.1 Afiliación

A 31 de diciembre de 2009, se encontraban afiliados al Sistema General de Pensiones, 15.170.121 personas; del total de afiliados, 8.741.656 es decir el 57.62.% pertenecen al Régimen de Ahorro Individual y 6.428.465 equivalente al 42.38% al Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Frente a los afiliados totales a 31 de diciembre de 2006, se presentó un incremento del 16.64% al pasar de 13.006.464 afiliados a 15.170.121 a 31 de diciembre de 2009.

Del total de estos afiliados al 31 de diciembre de 2009, cotizan al Sistema 5.965.745 personas, es decir, 39.33%. Esta cifra corresponde al 27.70% de la Fuerza de Trabajo (Población Económicamente Activa), que a 31 de diciembre de 2009, registró un total de 21.534.579 personas, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En el Régimen de Ahorro Individual cotizan 3.987.104 afiliados a 31 de diciembre de 2009 y en régimen de Prima Media con Prestación Definida 1.978.641.

Las afiliaciones al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad a diciembre de 2009 reflejaron un incremento del 24.70% en relación con Diciembre de 2006 que en valores absolutos fue de 1.731.369 afiliados. Los afiliados cotizantes, presentaron un aumento de 1.043.164 personas correspondiente a 35.43% y los no cotizantes un incremento de 688.205 afiliados equivalentes a 16.92%.

Las afiliaciones al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida en diciembre de 2009 reflejaron un incremento de 7.20% en relación con Diciembre de 2006 que en valores absolutos fue de 432.288 afiliados. Los afiliados cotizantes, presentaron una disminución de 37.586 afiliados correspondiente a -1.86% y los no cotizantes un incremento de 469.874 afiliados equivalentes a 11.80%.

Un resumen de la situación descrita se presenta en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 3 Relación de Cotizantes y No Cotizantes
2006 y 2009

REGIMEN	31 de diciembre de 2006			31 de diciembre de 2009		
	Cotizantes 2006	No Cotizantes 2006	Total 2006	Cotizantes 2009	No Cotizantes 2009	Total 2009
Prima Media	2.016.227	3.979.950	5.996.177	1.978.641	4.449.824	6.428.465
Ahorro Individual	2.943.940	4.066.347	7.010.287	3.987.104	4.754.552	8.741.656
Total Afiliados	4.960.167	8.046.297	13.006.464	5.965.745	9.204.376	15.170.121

Fuente: Superintendencia Financiera

Discriminado por entidad a 31 de diciembre de 2009 tenemos:

Cuadro No. 4 Relación de Cotizantes y No Cotizantes por Administradora
2009

ENTIDAD ADMINISTRADORA	COTIZANTES	NO COTIZANTES	TOTAL
REGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA			
ISS	1.976.381	4.448.216	6.424.597
Caxdac	222	804	1.026
Fonprecon - Ley 4/92	593	0	593
Fonprecon - Ley 100/93	120	0	120
Fonprecon Total	713	0	713
Caprecom	487	606	1.093
P. Antioquia	838	198	1.036
TOTAL PRIMA MEDIA	1.978.641	4.449.824	6.428.465
REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD			
Porvenir	1.335.793	1.362.958	2.698.751
Protección	919.079	974.920	1.893.999
Horizonte	627.849	959.097	1.586.946
Citi Colfondos	602.342	794.819	1.397.161
Ing. Pensiones y Cesantías	457.243	634.565	1.091.808
Skandia	44.471	27.990	72.461
Skandia - Plan Alternativo	327	203	530
Total Ahorro Individual	3.987.104	4.754.552	8.741.656
Total Afiliados al Sistema	5.965.745	9.204.376	15.170.121

Población Económicamente Activa - PEA	21.534.579		
Población en Edad de Trabajar - PET	34.423.488		
Cobertura afiliados/PEA	27,70%		
Cobertura afiliados/PET	17,30%		
Cotizantes al Régimen de Prima Media	30,78%		
Cotizantes al Régimen de Ahorro Individual	45,61%		

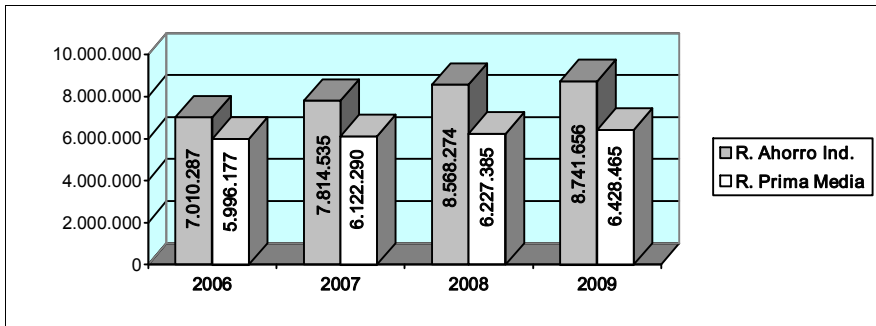
Fuente: Superintendencia Financiera y DANE

Cuadro No. 5 Histórico de Afiliados a Régimen Pensional
2006 – 2009

TOTAL AFILIADOS DICIEMBRE 2006- DICIEMBRE 2009			
Año	Ahorro Individual	Prima Media	Total Afiliados
2006	7.010.287	5.996.177	13.006.464
2007	7.814.535	6.122.290	13.936.825
2008	8.568.274	6.227.385	14.795.659
2009	8.741.656	6.428.465	15.170.121

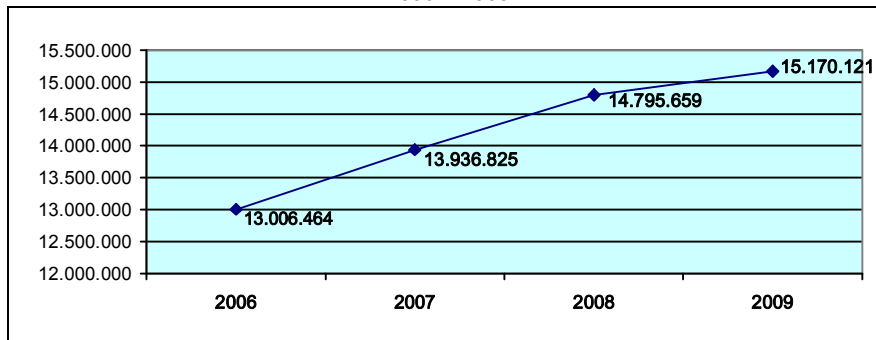
Fuente: Superintendencia Financiera

Gráfico No. 3 Histórico de Afiliados a Régimen Pensional
2006 – 2009



Fuente: Superintendencia Financiera

Gráfico No. 4 Tendencia de Afiliación a Régimen Pensional
2006 – 2009



Fuente: Superintendencia Financiera

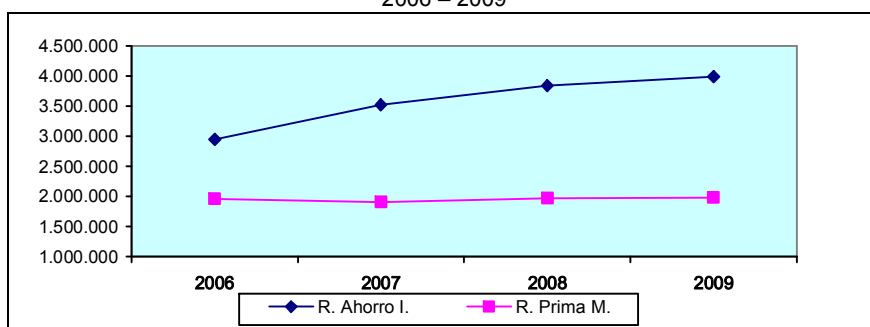
Cuadro No. 6 Histórico de Afiliados a Régimen Pensional
2006 – 2009

TOTAL AFLIADOS COTIZANTES DICIEMBRE 2006- 2009			
AÑO	Ahorro	Prima Media	Total Afiliados
2006	7.010.287	5.996.177	13.006.464
2007	7.814.535	6.122.290	13.936.825
2008	8.568.274	6.227.385	14.795.659
2009	8.741.656	6.428.465	15.170.121

	Individual		Cotizantes
2006	2.943.940	1.955.540	4.899.480
2007	3.522.056	1.906.163	5.428.219
2008	3.840.103	1.971.307	5.811.410
2009	3.987.104	1.978.641	5.965.745

Fuente: Superintendencia Financiera

Gráfico No. 5 Tendencia de Afiliación según Régimen Pensional
2006 – 2009



Fuente: Superintendencia Financiera

1.2.2 Pensionados

La información estadística de número de pensionados y entidades pagadoras para cada régimen se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 7 Pensionados por Entidad Pagadora
2006 – 2009

REGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA				
	Número de Pensionados			
	DIC.2006	DIC.2007	DIC. 2008	DIC. 2009
ISS ASEGURADOR	691.015	746.772	806.156	860.094
Entidades asumidas por el Fondo de Pensiones Publicas del Nivel Nacional – FOPEP	236.626	244.695	255.193	257.123
Cajanal	211.170	219.195	227.739	229.870
CVC	774	765	760	742
Superintendencia Financiera	6	6	5	6
Superintendencia de Sociedades	261	261	264	262
Superintendencia de Industria y Comercio	7	6	6	6
Foncolpuertos	15.006	14.889	14.680	14.406
Caja Agraria	9.358	9.436	9.474	9.570
Carbocol	35	36	37	41
Incora en Liquidación	0		2.127	2.119
Minercol en Liquidación	0	91	91	91
Caminos Vecinales	9	10	10	10
Entidades cuyo administrador es CAPRECOM	22.147	22.639	22.828	22.893
Otros Sectores	120.451	33.915	91.950	34.232
CAXDAC	687	689	689	691
Pensiones de Antioquia	2.127	2.251	2.394	2.507

Gecelca S. A. ESP		169	173	173
Electrificadora de Santander S. A.	843	842	840	854
Centrales Electricas de Nariño S. A.-CEDENAR	482	503	506	535
Universidad Nacional de Colombia	4.568	4.704	4.778	4.945
Universidad del Cauca	471	490	490	521
Banco de la Republica	4.004	4.416	4.456	4.557
Fondo Ferrocarriles Nacionales	15.614	15.483	15.254	15.051
Fonprecon	2.008	2.072	2.115	2.157
Ministerio de la Protección Social – Prosocial	75	75	74	76
Dpto. Administrativo de la Función Publica - DAFP	11	11	11	14
Otras Entidades	87.537	176	58.019	-
Subtotal Régimen De Prima Media	1.070.239	1.048.021	1.176.127	1.174.342
Régimen De Ahorro Individual Con Solidaridad				
Protección	6.077	7.069	8.250	9.817
Porvenir	4.816	5.963	7.072	8.523
Horizonte	4.578	5.320	6.119	7.362
Colfondos	3.146	3.676	4.328	4.939
Santander	3.070	3.527	4.145	4.817
Skandia	27	460	561	706
Skandia Alternativo	2	17	25	31
Subtotal Régimen De Ahorro Individual	21.716	26.032	30.500	36.195
Régimen Exceptuado				
Ecopetrol	12.076	12.076	12.076	12.577
Magisterio	82.769	84.427	84.427	110.880
Caja Retiro de Fuerzas Militares	32.056	33.038	33.038	35.000
Caja de Sueldos de Retiro de Policía Nacional - CASUR	64.453	64.453	64.453	73.779
Subtotal Regímenes Exceptuados	191.354	193.994	193.994	232.236
TOTAL REGIMENES DEL SISTEMA	1.283.309	1.268.047	1.400.621	1.442.773

Fuente: Superintendencia Financiera e informes de las Entidades al Ministerio de la Protección Social

El principal pagador de pensiones es el ISS asegurador con 860.094 pensionados a diciembre de 2009, lo que representa el 73.24% del total de pensionados de Prima Media. En segundo lugar se encuentra el Fondo de Pensiones Publicas del Nivel Nacional FOPEP, que paga las pensiones de los exservidores públicos de entidades del orden nacional que han sido liquidadas y sustituidas en pago por dicho Fondo con 257.123 pensionados a diciembre de 2009, representando el 21.90% del total de los pensionados por prima media.

El siguiente cuadro presenta el resumen por régimen:

Cuadro No. 8 Resumen Pensionados según Régimen
2006 – 2009

AÑO	Ahorro Individual		Prima Media		Exceptuado		Total
2006	21.716	1,69%	1.070.239	83,40%	191.354	14,91%	1.283.309
2007	26.032	2,05%	1.048.021	82,65%	193.994	15,30%	1.268.047
2008	30.500	2,18%	1.176.127	83,97%	193.994	13,85%	1.400.621
2009	36.195	2,51%	1.174.342	81,39%	232.236	16,10%	1.442.773

Fuente: Superintendencia Financiera e informes de las Entidades al Ministerio de la Protección Social

El número de pensionados a 31 de diciembre de 2009 fue de 1.442.773, de los cuales el 81.39% pertenece al Régimen de Prima Media, el 16.10% corresponde al régimen exceptuado y el 2.51% al Régimen de Ahorro Individual.

El número de pensionados totales al sistema a 31 de diciembre de 2009 presenta un aumento de 12.43%, es decir, 159.464 personas frente a 31 de diciembre de 2006 al pasar de 1.283.309 a 1.442.773 pensionados.

En cuanto a los pensionados por el régimen de prima media que es la mayor participación en el número total de pensionados, estos a 31 de diciembre de 2009 presentaron un aumento de 9.73% equivalente a 104.103 con relación a 31 de diciembre de 2006.

1.2.3 Gestión Pasivo Social Puertos de Colombia

En el proceso de Orden Secuencial de Pagos, para el trámite de reclamaciones se han depurado 9.508 turnos de 11.563 y 54.908 de 69.818. Como resultado se han dictado 3.829 autos que suspenden actuación administrativa, toda vez, que los títulos reclamados son objeto de investigación penal; 4.590 rechazan reclamaciones por no cumplir los requisitos de forma establecidos en los artículos sexto y octavo del Decreto No. 1211 de 1999; 2.849 resoluciones negando reconocimiento, por cuanto las sentencias condenatorias de primera instancia fueron revocadas por fallos de segunda, proferidos por Salas Laborales de los Tribunales Superiores del Distrito Judicial y/o por decisiones de la Fiscalía y/o Juzgados que declararon la ilegalidad de actas y la suspensión de efectos jurídicos y económicos.

Se han revisado y reliquidado 5.351 pensiones en cumplimiento de decisiones proferidas por la Fiscalía General de la Nación y Juzgados Penales del Circuito de Descongestión de Bogotá, representando un ahorro mensual en nómina de pensionados de \$3.248 millones.

En aplicación de fallos judiciales dictados por Tribunales Superiores del país, en grado jurisdiccional de Consulta, se han revisado 2.127 pensiones, lo cual ha representado un ahorro mensual en nómina de \$313 millones, con valores pagados de más por \$94.786 millones, con el fin de que se inicien las acciones correspondientes, tendientes a su recuperación.

Se efectuó la liquidación integral de 307 pensiones, simultáneamente se tramitaron en promedio 3.400 liquidaciones de pensiones por sustituciones, acrecimientos, mesadas atrasadas, desmonte reajustes ilegales, falsedad en documentos, cumplimiento de tutelas, y liquidación salario base emisión bonos pensionales.

Se adelantó el estudio de 865 actas de conciliación y resoluciones que reconocieron y ordenaron pagos por prestaciones laborales a exservidores de

Puertos de Colombia y sus apoderados, con el fin de establecer posibles irregularidades, y a partir de éstas, informar a la Fiscalía General de la Nación, para soportar las decisiones que suspenden los efectos jurídicos y económicos de los actos administrativos irregulares suscritos durante la existencia de FONCOLPUERTOS.

Se respondieron cerca de 2.600 requerimientos sobre pagos de sentencias de primera instancia, comportamientos de mesada pensional y pagos efectuados por FONCOLPUERTOS; de igual manera, se atendieron 4.600 peticiones, formulados por organismos de control, administración de justicia, pensionados y/o apoderados, y áreas del Grupo, relacionados con pagos efectuados a exservidores, pensionados y/o sus apoderados.

Se resolvieron negativamente 15.858 reclamaciones con igual número de respuestas individuales, las cuales tienen un valor aproximado de \$750.876 millones. Así mismo, se tramitaron aproximadamente 8.300 Acciones de Tutela, -con un promedio de 200 mensuales-, resueltas de fondo, y oportunamente.

En cuanto a pensiones se atendieron los siguientes temas así:

Cuadro No. 9 Relación pensiones atendidas según tema
2006 - 2010

TEMA	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Pensión Sobrevivientes	241	307	285	402	84	1.319
Traspaso Provisional	72	138	75	110	36	431
Acercamientos	140	87	91	110	23	451
Recursos Y Revocatorias	63	82	123	225	58	524
Revisión Integral	-	4	48	35	1	88
Pensión Jubilación	15	16	32	54	3	120
Descuentos Salud	-	1	23	58	13	95
Código de Control	5	11	9	5	1	31
TOTAL						3.060

Fuente: Grupo Interno de Trabajo , Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia

Lo referente a aportes del 12.% en salud efectuado por ex empleados públicos pensionados, se sintetiza así:

Cuadro No. 10 Relación aportes a Salud
2006 - 2010

AÑO	VALOR
2006	\$533.664.500.00
2007	\$557.825.100.00
2008	\$606.127.800.00
2009	\$893.655.300.00
2010	\$261.297.700.00
TOTAL	\$2.852.570.400.00

Fuente: Grupo Interno de Trabajo , Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia

En el siguiente cuadro se resumen los descuentos y compensaciones por nómina, de conformidad con los actos administrativos que así lo ordenaron:

Cuadro No. 11 Relación Descuentos y Compensaciones Ordenados
2006 - 2010

ITEM	VALOR
Reintegro Sentencias Revocadas (descuentos y compensaciones) -Resol. aplicadas-	\$8.673.286.860.33
Reintegro Sentencias Revocadas (compensaciones) - Resol. no aplicadas-	\$3.267.482.610.11
Ajuste a tope máximo -Resol. aplicadas- (descuentos y compensaciones)	\$137.433.623.34
Ajuste a tope máximo -Resol. no aplicadas- (compensaciones)	\$159.615.926.52
Dineros aplicados de más -Resol. aplicadas- (descuentos y compensaciones)	\$1.389.953.162.23
Dineros aplicados de más -Resol. No aplicadas- (incluye revisiones integrales)	\$680.935.642.85
TOTAL DINERO RECUPERADO	\$14.308.707.825.38

Fuente: Grupo Interno de Trabajo , Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia

Se continuó con el mejoramiento del Sistema Integrado de Información del Grupo, creando los siguientes submódulos:

Cuadro No. 12 Relación Mejoras Sistema de Información
2006 - 2010

AÑO	MÓDULO	SUBMÓDULO	OBJETIVO	BENEFICIOS
2007	Nómina	Actualización de información para FOPEP	Cargue y generación archivos intercambio información con FOPEP	Datos básicos personas actualizados ú otra información
2007	Títulos	Títulos judiciales	Registro títulos judiciales emitidos despachos	Consulta mismos
2007	Control inventario documentos del área	Control inventario documentos del área	Registro inventario físico documentos en un Área	Control documentos bajo custodia Áreas
2007	Pasivo contingente	Pasivo contingente procesos laborales y administrativos	Generación cálculo pasivo tomando como base procesos Laborales y Administrativos	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2008	Procesos área judicial	Procesos Ejecutivos-Civiles	Registro procesos ejecutivos-civiles	Control y atención éstos
2008	Procesos área judicial	Acciones administrativas y/o judiciales	Registro acciones administrativas y/o judiciales recuperar dineros indebidamente pagados administración -registro datos básicos-	Control desarrollo acciones
2009	Pasivo contingente	Orden Secuencial de Pagos	Análisis turnos determinar valores cálculo del pasivo	Generación del valor del pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente Área SNP	Pasivo contingente Área SNP	Análisis de títulos determinar valores cálculo del pasivo	Generación del valor del pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Extinción de dominio	Registro procesos extinción de dominio	Registro procesos adelanta fiscalía extinción de dominio	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Sustituciones	Solicitudes sustituciones generar liquidación pasivo	Generación valor pasivo para ser reportado al

			contingente	Ministerio
2009	Pasivo contingente	Cuotas partes por pagar	Registro cuentas de Cuotas partes por pagar generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Indexación	Registro solicitudes indexación generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Nivelación	Registro solicitudes nivelación generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2010	Control de Insumos	Control de Insumos	Registro insumos existen Grupo	Administrar y distribuir insumos existentes Grupo

Fuente: Grupo Interno de Trabajo , Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia

Adicionalmente, se crearon nuevos reportes y consultas sobre la información contenida en el Sistema, para facilitar la toma de decisiones. En cuanto al infraestructura informática se renovaron microcomputadores obsoletos con que contaba el Grupo y se implementaron medidas de seguridad sobre la información.

Por último, siguiendo instrucciones del Despacho del señor Ministro, se han venido tomando las medidas para que las responsabilidades del Grupo, sean asumidas por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social -UGPP-, por ello los Coordinadores de Área del Grupo están adelantando las gestiones pertinentes para el efecto, así como reuniones con dicha Unidad y COLPENSIONES en las que se determinarán los temas que corresponden asumir a cada uno y bajo qué parámetros y directrices.

1.2.4 Caprecom

En el campo de las pensiones, CAPRECOM opera como una Entidad Administradora de Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes de su evolución en el período 2006-2010.

Cuadro No. 13 Comparativo Afiliados al Fondo pensiones Caprecom
2006 – 2010

ENTIDAD	Dic. 2006	Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2009	Febrero 2010
Ministerio De Comunicaciones	108	103	94	89	68
Telecom	4.297	1.309	814	665	815
Adpostal	493	239	289	0	0
Caprecom	161	271	245	216	214
Inravisión	116	113	112	111	111
Comisión de Regulación	1	1	1	1	1

TOTAL	5.176	2.036	1.555	1.082	1.209
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fuente: Subdirección Prestaciones Económicas - Caprecom

La variación presentada en el número de afiliados durante el periodo 2006 - 2009, obedece fundamentalmente a la liquidación de las entidades del sector de comunicaciones (Telecom, Teletolima, Telenariño, Inravisión, Audiovisuales), así como al cambio de condición de cotizante a pensionado, sin embargo, para el caso de Telecom en febrero de 2010, se presenta un incremento el cual obedece a casos de reintegros ordenados por efecto de tutelas interpuestas al Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR.

Cuadro No. 14 Comparativo de Pensionados
2006 – 2010

Entidad	2006	2007	2008	2009	Febrero 2010
Ministerio de Comunicaciones	834	913	888	863	850
Telecom	16.244	15.202	15.507	15.816	16.062
Adpostal	3.346	2.952	3.086	3.189	3261
Caprecom	588	541	568	574	578
Inravisión	1.031	1.008	1019	1.026	1.027
TeleNariño	55	53	55	52	52
TeleTolima	29	23	28	29	29
Audiovisuales	20	10	11	18	19
TeleCartagena		220	221	223	223
TeleCalarca		2	2	3	3
TeleSantamarta		26	26	28	28
TeleArmenia		31	33	33	33
TeleHuila		5	5	5	6
Total	22.147	22.639	22.828	22.893	22.784

Fuente: Subdirección Prestaciones Económicas - Caprecom

En el tema de pensiones. durante el cuatrienio 2006-2010, la Gestión estuvo enfocado a dar cumplimiento a la unificación del Régimen de Prima Media con Prestación Definida conforme a lo estableció la Ley 1151 de 2007, para lo cual, la entidad ha venido desarrollando una serie de acciones encaminadas al fortalecimiento de cada uno de los procesos, para que la entrega del negocio de pensiones tanto a Colpensiones como a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP, se lleve a cabo sin ningún traumatismo para los actuales afiliados y pensionados.

1.2.5 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Pago de Pensiones y Prestaciones Económicas

De enero de 2006 hasta diciembre de 2009, se procesó un total de 80.420 novedades que afectaron la nómina de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, por los diferentes conceptos así:

Cuadro No. 15 Novedades Nómina

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	TOTALES
Ingreso a Nómina	703	504	317	336	1.860
Retiro de Nómina	460	525	670	529	2.184
Efectuar un Traslado Punto Dde Pago	714	917	1.978	783	4.392
Aprobar y Aplicar Descuentos por Libranzas	10.448	20.692	19.193	19.160	69.493
Aplicar los Embargos en la Nómina	755	999	517	220	2.491
Total					80.420

Fuente: Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas

El valor de promedio de la pensión de Ferrocarriles se encuentra dentro de los siguientes rangos para el mismo periodo evaluado:

Cuadro No. 16 Nómina del FPSFCN

RANGO	No. de pensionados			
	2006	2007	2008	2009
Hasta 1 S.M	961	1.042	1.029	1.029
Entre 1 y 4 S. M	13.762	13.506	13.409	13.409
Entre 4 y 10 S. M	1.174	1.031	1.036	1.036
Mas de 10 S.M	1	1	1	1

Fuente: FPS - Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas

Durante el periodo evaluado, el comportamiento de la nómina de pensionados de los Ferrocarriles Nacionales, se evidencia a continuación:

Cuadro No. 17 Valor Nómina del FPSFCN

(Millones de pesos)

	Valor de la Nómina de pensionados			
	2006	2007	2008	2009
Ferrocarriles Nacionales	211.762	220.567	229.168	244.780
Hospital San Juan de Dios	360.305	24.600	2.821	17.276
Prosocial	361	459	529	541

Fuente: FPS - Subdirección Financiera -Ejecución Presupuestal

El Fondo Pasivo Social fue delegado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público desde el año 2003, para administrar y pagar la nómina de pensionados de la Fundación San Juan de Dios, de acuerdo con los recursos que para este efecto gire el Ministerio, cuyo comportamiento se registra en el cuadro anterior. De igual forma, desde el año 2004 delegó, no solo la administración y pago de la nómina de pensionados de La Promotora de Vacaciones y Recreación Social – PROSOCIAL -, sino también la función de reconocer las pensiones de jubilación que se causen a cargo de ésta.

Mediante el Decreto 4986 de 2007, se asignó al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia la facultad de reconocer las pensiones que estaban a cargo del INCORA, para la cual se subrogó en la administración del contrato de Fiducia, que el INCORA en Liquidación celebró con la Fiduciaria la Previsora S. A., para administrar los recursos destinados a financiar los gastos de administración inherentes al reconocimiento, administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con dicho

proceso. Es así como entre enero de 2008 y diciembre de 2009, se ha recibido un promedio de 110 solicitudes, por conceptos tales como: Pensión de jubilación legales y convencionales, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, cumplimiento de sentencias, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros.

Mediante el Decreto 2721 de 2008, se asignó al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia la facultad de reconocer las pensiones que estaban a cargo del la Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero, para la cual se subrogó en la administración del contrato de Fiducia que la Caja de Crédito Agrario en Liquidación celebró con la Fiduciaria la Previsora S. A., para administrar los recursos destinados a financiar los gastos de administración inherentes al reconocimiento, administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con dicho proceso. Es así como desde el 1 de julio de 2009 a abril de 2010 se han recibido un promedio de 132 solicitudes por concepto de pensión de jubilación legales y convencionales, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, cumplimiento de sentencias, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros conceptos, para un total de 1320, de las cuales se resolvieron 1.096 solicitudes y en trámite 224 solicitudes.

De igual forma, con el Decreto 2601 de 2009, el Gobierno Nacional le asignó al FPS como función transitoria, el reconocimiento de las pensiones que estaban a cargo de Álcalis de Colombia cuyo pago se hará a través de FOPEP.

Reconocimiento de Prestaciones Económicas.

Durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2009, se presentaron aproximadamente 13.014 solicitudes, dentro de los términos legales. Los promedios mensuales de las solicitudes se encuentran registradas como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 18 Solicitudes Prestaciones Económicas FPS- FNC

CONCEPTO	Promedio Mensual 2006	Promedio Mensual 2007	Promedio Mensual 2008	Promedio Mensual 2009
Auxilio Funerario	39	39	45	42
Pensión de Sobrevivientes	42	39	41	46
Mesadas Pensionales a Herederos	120	18	23	14
Acogimiento Ley 44 de 1980	14	22	35	19
Reajuste Especial de Pens. Plena	17	7	24	2
Pago de Sentencias	4	5	32	3
Pensiones Legales o Convencionales	6	10	96	11
Expedición Certificado de Pensión	11	31	35	31
Emisión Bonos Pensionales	6	4	35	3

Cuotas Partes	4	5	35	8
Tutelas	2	32	30	5
Total Mes	265	212	431	184
Total Año	3.180	2.544	5.172	2.208

Fuente: FPS - Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas

1.2.6 Fondo de Previsión Social del Congreso – Fonprecon

En el año 2006, Fonprecon pagó pensiones por un valor de \$179.679 millones a 2.008 pensionados, en tanto que para el 2009, este monto ascendió a \$220.542 millones, cancelados a 2.176 beneficiarios de esta prestación como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 19 Pensionados y Pensiones Pagadas
2006 - 2010 (Marzo)

AÑOS	PENSIONADOS	PENSIONES PAGADAS (en millones)
2006	2008	179.679
2007	2072	186.097
2008	2115	202.219
2009	2157	220.542
2010	2176	

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

El número de afiliados en año 2006, era de 687 y sus cotizaciones valían \$700.0 millones, para marzo de 2010 estas cifras se situaron en 729 y \$1008.0 millones, respectivamente:

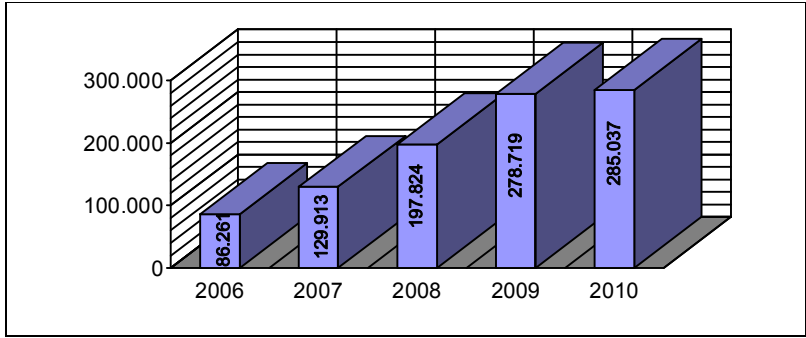
Cuadro No. 20 Afiliados y Monto Cotizaciones
2006 - 2010 (Marzo)

AÑOS	AFILIADOS	COTIZACIONES (En millones)
2006	687	700.0
2007	719	806.0
2008	701	851.0
2009	713	981.0
2010	729	1008.0

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Las inversiones de la Entidad se realizan en títulos TES Clase B, para las reservas pensionales de Vejez, Invalidez y Supervivencia, las cuales han crecido en la forma como a continuación se indica.

Gráfica No. 6 Portafolio De Inversiones - Reservas Pensionales
2006 - 2010 (Valores en Millones)



Fuente: Grupo Interno de Tesorería

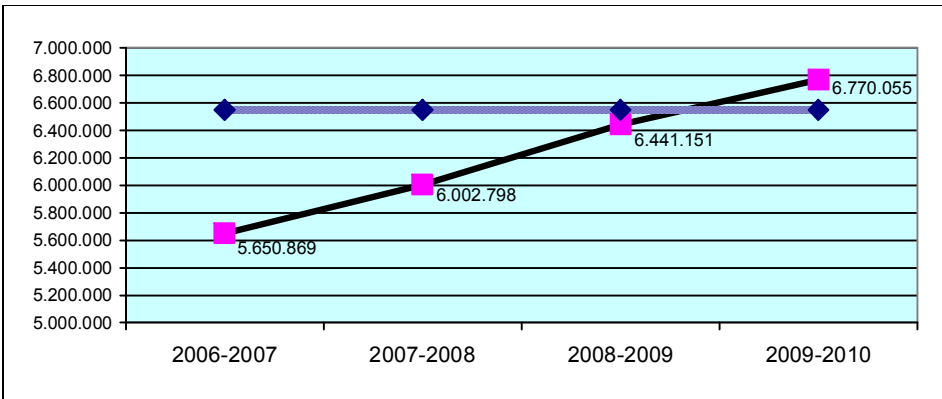
1.3 Riesgos profesionales

1.3.1 Trabajadores afiliados

En el periodo comprendido entre Julio de 2006 a Marzo de 2010, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales pasó de 5.338.733 a un total de 6.806.887, presentado un aumento de 1.468.154 afiliados.

La meta del cuatrienio 2006 - 2010, es aumentar en 900.000 nuevos afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, lo que representa con un cumplimiento del 163.13%. El comportamiento de la afiliación se ilustra en la siguiente grafica.

Grafica 7 Promedio Anual de la Afiliación de Trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales (Año julio – Junio)
Julio 2006 – Marzo 2010



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales

El comportamiento de cobertura para los trabajadores independientes, tuvo un aumento significativo entre el año 2006 y lo corrido del presente año con corte a marzo de 2010, pasando de 5.269 afiliados independientes a 156.347

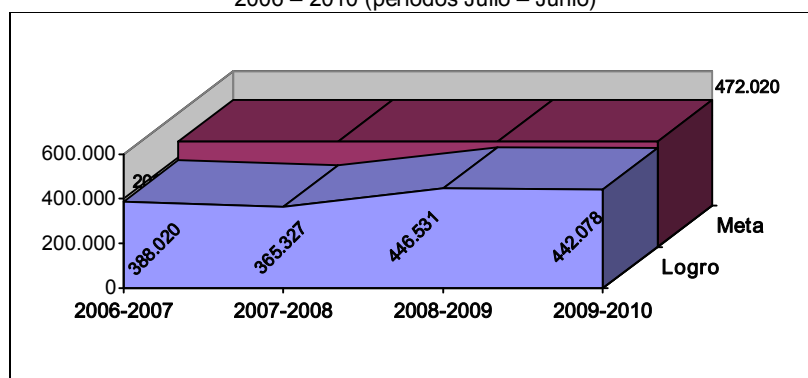
respectivamente. El aumento corresponde a las continuas campañas de promoción de la afiliación y al seguimiento en el cumplimiento de la normatividad para éste fin.

Se ha diseñado como política de aseguramiento de los riesgos del trabajo para la población económicamente activa, como acción prioritaria en el Sistema, la afiliación de los trabajadores independientes, para tal efecto hoy estos trabajadores tiene otra alternativa de acceso a los riesgos profesionales, como es a través de agremiaciones, proceso que ha sido gradual por sectores, sin que ello afecte el equilibrio y sostenibilidad financiera del Sistema.

1.3.2 Empresas afiliadas

De acuerdo con la meta establecida para el cuatrienio 2006-2010 (84.000 nuevas empresas y un acumulado de 456.354 empresas), se observa que en lo corrido del cuatrienio vigente y con corte a marzo de 2010, ingresaron al Sistema 71.452 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del Sistema para sus afiliados lo que representan un cumplimiento a marzo 2010 del 85.06%. La participación de afiliación por empresas en las ARP privadas representa el 28.21% y la del estado el 71.79

Gráfica No. 8 Promedio de Afiliación de empresas al Sistema General de Riesgos Profesionales
2006 – 2010 (periodos Julio – Junio)



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales – Administradoras de Riesgos Profesionales

1.4. Cajas de Compensación Familiar

Se estima que los aportes que deben realizar las empresas a la Cajas de Compensación Familiar, superarán en 2010, los tres billones de pesos, Bogotá con 4 Cajas de Compensación Familiar, es la zona que mas concentración presenta en los aportes con una participación del 39.1%, le sigue la región de Occidente con 12 CCF y una participación del 33.6%, el 27.3% restante está representado en las otras 5 regiones geográficas del país.

Cuadro No. 21 Población Cubierta por las Cajas de Compensación Familiar

VARIABLE	Julio a Diciembre de 2006	2007	2008	2009	Enero a Febrero de 2010	VARIACION julio 2006 febrero 2010 (#)	VARIACION PROMEDIA ANUAL julio 2006 febrero 2010 (%)
EMPRESAS AFILIADAS	222.900	277.736	325.902	331.342	332.979	110.079	10,55
TOTAL AFILIADOS	4.643.509	5.340.618	5.665.950	5.781.793	5.724.658	1.081.149	5,37
TOTAL POBLACION CUBIERTA	11.953.592	13.380.908	14.065.633	14.583.337	14.463.552	2.509.960	4,88

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsido Familiar.

Con relación a las empresas afiliadas y al total de la población afiliada a las Cajas de Compensación, en el cuadro siguiente se aprecian las cifras correspondientes: Las empresas en el período diciembre 2006 y febrero 2010 se han incrementado en 110.079 lo que implica un crecimiento promedio anual de 10.55%, los afiliados se han incrementado en el mismo período en 1.081.149 en promedio cada año un 5.37% y la población total cubierta la cual incluye afiliados con sus personas a cargo y cónyuges obtuvieron un incremento en los 5 períodos analizados de 2.509.960 personas.

Los cuadros presentados a continuación muestran el comportamiento de los Servicios Sociales prestados por las CCF:

Cuadro No. 22 Recreación

NÚMERO DE USOS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	2.353.624	4.327.048	4.217.952	4.626.704
REGION OCCIDENTE	12.385.186	22.945.953	24.029.326	23.915.421
REGION CENTRO ORIENTE	2.070.270	3.961.602	4.428.404	4.905.723
REGION ORINOQUIA	271.701	660.433	635.896	538.044
REGION AMAZONIA	167.840	262.463	290.282	221.876
BOGOTA D.C.	8.356.242	18.415.927	15.747.303	16.453.199
CAJA CAMPESINA	289.543	724.592	869.704	699.528
TOTAL	25.894.406	51.298.018	50.218.867	51.360.495

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsido Familiar.

Cuadro No. 23 Servicio de Bibliotecas

NÚMERO DE USOS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	392.389	927.886	1.013.069	1.119.779
REGION OCCIDENTE	14.202.339	31.496.006	27.114.409	24.429.776
REGION CENTRO ORIENTE	488.497	1.023.907	1.177.922	1.484.154
REGION ORINOQUIA	35.824	55.771	80.448	109.301
REGION AMAZONIA	-	562	9.526	41.316
BOGOTA D.C.	2.225.382	3.128.365	4.382.162	3.631.695
CAJA CAMPESINA	159.470	366.122	486.516	537.427
TOTAL	17.503.901	36.998.619	34.264.052	31.353.448

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Cuadro No. 24 Educación Formal

NÚMERO DE ESTUDIANTES				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	13.348	10.979	10.489	10.854
REGION OCCIDENTE	31.870	28.389	30.024	31.447
REGION CENTRO ORIENTE	7.456	8.254	8.697	9.744
REGION ORINOQUIA	2.024	2.800	3.133	3.363
REGION AMAZONIA	378	796	618	745
BOGOTA D.C.	31.946	31.138	32.095	52.739
CAJA CAMPESINA	12	5	-	-
TOTAL	87.034	82.361	85.056	108.892

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Cuadro No. 24 Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano y Educación Informal

NÚMERO DE PERSONAS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	26.112	93.193	111.766	92.070
REGION OCCIDENTE	152.370	418.088	401.720	430.767
REGION CENTRO ORIENTE	91.080	128.734	144.806	142.102
REGION ORINOQUIA	15.104	39.433	43.956	32.092
REGION AMAZONIA	7.656	12.049	10.660	10.510
BOGOTA D.C.	78.909	156.266	215.030	231.515
CAJA CAMPESINA	55.047	174.000	244.223	170.864
TOTAL	426.278	1.021.763	1.172.161	1.109.920

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Cuadro No. 25 Créditos Servicios Sociales

NÚMERO DE CREDITOS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	21.847	42.421	55.343	83.010
REGION OCCIDENTE	237.919	445.447	320.996	246.289
REGION CENTRO ORIENTE	29.564	46.751	44.305	43.766
REGION ORINOQUIA	1.010	19.358	20.435	20.997
REGION AMAZONIA	282	1.302	1.380	985
BOGOTA D.C.	67.570	110.899	127.462	102.861
CAJA CAMPESINA	286	660	941	777
TOTAL	358.478	666.838	570.862	498.685

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Cuadro No. 26 FOVIS

NÚMERO DE SUBSIDIOS ASIGNADOS								
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre		2007		2008		2009	
	NÚMERO	VALOR (Millones de pesos)	NÚMERO	VALOR (Millones de pesos)	NÚMERO	VALOR (Millones de pesos)	NÚMERO	VALOR (Millones de pesos)
COSTA ATLANTICA	860	6.917	1.571	13.605	1.769	16.337	2.040	20.507
REGION OCCIDENTE	5.163	39.441	10.192	81.805	9.657	88.552	9.925	100.762
REGION CENTRO ORIENTE	1.728	13.188	2.967	24.636	2.393	22.016	2.655	25.105
REGION ORINOQUIA	175	1.151	307	2.558	381	3.346	343	4.123
REGION AMAZONIA	56	430	61	535	51	459	104	1.069
BOGOTA D.C.	18.201	119.259	30.766	216.403	31.358	287.496	31.888	315.200
CAJA CAMPESINA	482	4.163	555	4.802	660	6.195	836	8.381
TOTAL	26.665	184.549	46.419	344.344	46.269	424.401	47.791	475.147

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las coberturas de los servicios sociales que ofrecen las Cajas de Compensación tienen un alto impacto en la mejora de la calidad de vida de los afiliados, fundamentalmente en los hogares de menores recursos. En el servicio de recreación, los usos tienden a ser constantes cada año. En el servicio de Educación formal, Educación Informal y Fondo de Subsidio de Vivienda las coberturas se incrementan anualmente, generando una respuesta positiva a los trabajadores afiliados y sus familias. Se observa una disminución en bibliotecas y microcréditos con respecto a años anteriores

2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Planes obligatorios de salud

2.1.1. Actualización y precisión de los Planes Obligatorios de Salud

Desde 2006 hasta abril de 2010, las actualizaciones del POS han seguido la orientación de la evidencia científica mediante guías de práctica clínica para los casos de VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, planificación familiar y prestaciones de segundo y tercer nivel de atención para Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en el POS-S.

En este periodo algunas actualizaciones al POS siguieron mandatos judiciales, como en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo y el medicamento Acido Zolendrónico.

Las actualizaciones al POS entre 2006 y 2010 se describen en detalle en la siguiente tabla.

Cuadro No. 27 Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.
Año 2006

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 de Agosto de 2006. CNSSS	Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 2006. CNSSS
Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006..	Acuerdo 350/ Diciembre 2006. CNSSS	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006.	Acuerdo 350 de Diciembre de 2006. CNSSS

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Cuadro No. 28 Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.
Año 2007

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Esterilización masculina o vasectomía.	Acuerdo 356 mayo de 2007. CNSSS	Ya estaba incluido en el POS-C desde la expedición del MAPIPOS.	
Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonvavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007. CNSSS	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonvavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007. CNSSS

Fuente: Tabla tomada y actualizada de Ariza J. Giedión U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. "Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS". Documento de consultoría. Diciembre de 2007

Cuadro No. 29 Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.
Año 2008

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales (tabletas de noretindrona 1mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03 mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25 mg + estradiol 5 mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdermico 75 mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS	Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales (tabletas de noretindrona 1mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03 mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25 mg + estradiol 5 mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdermico 75 mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS
Servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (segundo y tercer nivel de atención).	Acuerdo 395 de 2008. CNSSS		

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Cuadro No. 30 Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.
Año 2009

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Igualación y unificación de los beneficios cubiertos por el POS-S a los niños y las niñas menores de 12 años, respecto a los contenidos del POS-C. Desde ese momento los beneficios del Régimen Subsidiado para este grupo de edad, son los mismos a los establecidos en la	Acuerdos 004 y 005 de Septiembre de 2009 de la Comisión de		

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
normas para Régimen Contributivo. Esto se hace en cumplimiento a la Orden 21 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.	Regulación en Salud - CRES-		
Se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES	Se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Cuadro No. 31 Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.
Año 2010

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Se unifican los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, entre los 12 y los 18 años y se hacen los ajustes necesarios a la UPC subsidiada. Esto se hace en cumplimiento al Auto 342 de la Corte Constitucional.	Acuerdo 011 de enero de 2010 de la CRES		

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

En cumplimiento de la orden vigésimo primera de la Sentencia T-760 de 2008, sobre la unificación de los planes de beneficios de los niños y niñas, se finalizaron los estudios de impacto macroeconómico para su financiación y los requerimientos de orden legislativo. La unificación se dio inicialmente para los menores de 12 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante los Acuerdos 004 y 005 de 2009 de la CRES, y posteriormente para los menores de entre 13 y 18 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante el Acuerdo 011 de la CRES. A partir de enero de 2010, los beneficios del POS del régimen subsidiado son iguales a los del régimen contributivo en esos grupos de edad.

2.1.1.1. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Ministerio de la Protección Social determinó como estrategia de política, la asignación más eficiente de recursos para la salud mediante la selección de intervenciones para el POS basada en la literatura científica y en función de criterios como costo-efectividad y viabilidad financiera en el SGSSS⁴. El principal mecanismo técnico seleccionado para la asignación eficiente de recursos para los planes obligatorios de salud es el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI)⁵ junto a la evaluación económica de las guías y el estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías.

En agosto de 2008, a través de COLCIENCIAS se abrió una convocatoria para grupos de investigación nacionales para el desarrollo de una Guía Metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS. Esta convocatoria fue ganada por el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá. A la fecha el CEIS ha estado trabajando en la construcción de dicha guía, a través del contrato 378-2008 de COLCIENCIAS, contando con un proceso de participación en sus fases de validación y socialización nacional. Entre noviembre y marzo de 2010 se finalizó la ejecución y la edición técnica de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral -GAI- en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

2.1.2. Priorización de Condiciones de Salud

Los días 3, 7 y 16 de abril de 2009 se realizó el taller de consenso al interior del Ministerio de la Protección Social, en el que participaron las Direcciones Técnicas que hacen parte del Viceministerio de Salud y Bienestar, para la definición de criterios que deben orientar el proceso de priorización de condiciones de salud y avanzar hacia un acuerdo legítimo alrededor del tema. Los criterios de priorización fueron aplicados a las patologías identificadas a través del Estudio de Carga de Enfermedad 2005 y a través de las patologías propuestas por las Direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social y actores de importancia en el sistema.

Los criterios que tuvieron mayor ponderación y que por tanto, aportaron más para la selección del primer grupo de temas para la realización de GAI fueron la magnitud y la severidad de la enfermedad a través del Estudio Carga de Enfermedad 2005, la posibilidad de hacer prevención de riesgos mediante intervenciones individuales, el impacto económico de la condición médica en el sistema de salud y la factibilidad de la implementación de las recomendaciones,

⁴ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005), decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010 y Ley 1122 de 2007.

⁵ Las Guías de Atención Integral (GAI) son consideradas como elementos necesarios para la definición de la prestación de servicios y para la definición de medicamentos incluidos en los planes de beneficios POS-C y POS-S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y están compuestas por Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia (GPC), la evaluación económica de las guías y el estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías. Las GPC sólo son uno de los componentes de las GAI, en el marco del SGSSS y del POS.

siendo determinante en este criterio que la condición de salud estuviera en concordancia con las prioridades nacionales de salud y con políticas internacionales.

2.1.2. La participación de los actores del SGSSS y la comunidad en la actualización del POS

La participación de los actores del SGSSS y la comunidad en la actualización del POS, iniciada en octubre de 2008, a través del componente informativo se trabajó durante este periodo en dos frentes: el primero se relaciona con la construcción conjunta de procesos técnicos y metodologías para la revisión y actualización sistemática y progresiva de los contenidos del POS; el segundo se enfocó en la generación de procesos de consenso y conciliación de intereses y perspectivas con la sociedad civil, alrededor de los criterios que se considera deben definir el POS colombiano.

2.1.5. Fortalecimiento de los mecanismos para la información, intercambio, difusión y análisis de las características del POS

Para enriquecer los proyectos de actualización del POS, entre octubre de 2008 y abril de 2010 el Ministerio de la Protección Social realizó siete seminarios de intercambio internacional en Sistemas de Salud en los cuales se evaluaron los avances del SGSSS colombiano, los retos que enfrenta y se discutieron propuestas de ajuste.

2.2 Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de servicios de salud

Teniendo como insumo la política de prestación de servicios de salud, formulada y promulgada durante el año 2005, en el período 2006 a 2010, el Ministerio de la Protección Social desarrolló en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, un conjunto de acciones dirigidas al rediseño y reorganización de las redes de prestación de servicios y de las instituciones hospitalarias que hacen parte de las mismas, así como al mejoramiento y modernización de la gestión de las direcciones territoriales de salud e IPS públicas.

Con relación al rediseño de las redes de prestación de servicios durante el período 2006 a 2010 se aprobó el diseño de red de 20 entidades territoriales, con el cual se pretende mejorar el acceso a la población pobre y vulnerable, con una prestación de servicios de salud en condiciones de eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera de las instituciones hospitalarias. Dichos diseños son el producto del desarrollo de estudios de la organización de la red del departamento desde el punto de vista de la demanda de servicios incluyendo perfil epidemiológico, nivel de aseguramiento y frecuencia de uso de servicios, contrastado con la capacidad instalada, el recurso humano y las condiciones

financieras de cada entidad territorial. Con base en las conclusiones de esos estudios, las entidades territoriales con el apoyo del Gobierno Nacional formulan la propuesta de rediseño de la red buscando el mejoramiento de las condiciones de acceso y calidad en la prestación de servicios, eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad de los prestadores de servicios de salud que integran la red.

En el siguiente cuadro se presenta por cada año los nombres de las entidades territoriales sobre las cuales se aprobó el diseño de red propuesto.

Cuadro No. 32 Entidades territoriales a quienes se les aprobó el diseño de red 2006 – 2010

2006	2007	2008	2009	2010
Caldas	Atlántico	Barranquilla	Nariño	Meta
Cauca	Bolívar	Chocó	Putumayo	
Cesar	Boyacá	Cundinamarca		
Córdoba	Tolima			
San Andrés	Vichada			
Santander				
Sucre				
Valle del Cauca				
Vaupés				

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

Con este avance, a la fecha de cierre de informe, 31 entidades territoriales (departamentos y distritos) (86%) cuentan con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social.. Para la ejecución de estas acciones de reorganización, se suscriben convenios de desempeño entre las entidades territoriales y la Nación, en los cuales se determinan metas, compromisos e indicadores dirigidos a garantizar la adecuada operación de las redes de prestación de servicios y la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones en condiciones de acceso, calidad y sostenibilidad.

Durante el período 2006 a 2010, se asignaron recursos para las acciones de reestructuración de plantas de personal y saneamiento de pasivos prioritarios por valor de \$541.654 millones, de los cuales 65% corresponden a recursos de la nación, 17% a cofinanciación territorial y el 18% restante a recursos de crédito con tasa compensada a través de Findeter, con una cobertura de 133 instituciones en 18 entidades territoriales.

Cuadro No. 32 Instituciones y recursos invertidos en procesos de reorganización instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, por entidad territorial Julio 2006 – Julio 2010

Entidad territorial	Nro. de IPS	Recursos Nación	Cofinanciación	Otros recursos	Valor total asignado
Atlántico	1	2.571	0	0	2.571
Barranquilla	9	41.100	15.000	75.000	131.100
Bolívar	5	41.259	7.276	0	48.535
Boyacá	1	1.255	650	0	1.905
Cauca	36	44.942	19.481	0	64.423

millones de \$

Entidad territorial	Nro. de IPS	Recursos Nación	Cofinanciación	Otros recursos	Valor total asignado
Cesar	8	31.087	8.847	0	39.934
Chocó	26	14.155	0	0	14.155
Córdoba	15	32.206	11.880	0	44.086
Cundinamarca	6	38.594	24.412	17.390	80.396
Magdalena	5	8.011	0	0	8.011
Nariño	1	8.004	1.058	0	9.062
San Andrés	2	8.380	0	0	8.380
Santander	6	43.299	7.261	0	50.560
Sucre	5	13.769	0	0	13.769
Tolima	4	2.700	1.100	0	3.800
Valle del Cauca	1	10.399	2.351	0	12.750
Vaupés	1	6.582	0	0	6.582
Vichada	1	1.635	0	0	1.635
Total	133	349.948	93.316	92.390	541.654

Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud

Para el período 2002- 2010, en ejecución del Programa se han incluido en este tipo de convenios 243 hospitales públicos de 27 entidades territoriales con una inversión de la Nación de \$799.828 millones y cofinanciación territorial de \$320.756 millones.

Cuadro No. 33 Número de instituciones y recursos invertidos en procesos de reorganización instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, por entidad territorial y nivel de atención
Julio 2002 – Julio 2010

Entidad Territorial	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Millones \$	
					Nación	Cofinanc.
Amazonas	0	1	0	1	2.791	0
Antioquia	17	9	0	26	33.296	7.732
Atlántico	3	2	1	6	47.395	15.591
Barranquilla	7	1	1	9	41.100	90.000
Bolívar	0	6	1	7	78.972	25.065
Boyacá	14	9	1	24	92.563	29.268
Caldas	8	4	2	14	24.073	11.987
Cauca	36	0	1	37	65.134	21.968
Cesar	6	3	0	9	34.230	9.497
Chocó	25	1	0	26	14.155	0
Córdoba	14	2	0	16	38.466	13.505
C/marca	3	2	1	6	44.321	43.771
Huila	4	3	0	7	7.342	1.341
La Guajira	0	1	0	1	3.176	0
Magdalena	0	5	1	6	57.021	18.736
Meta	0	1	0	1	740	0
Nariño	1	1	0	2	11.604	1.858
N. Santander	1	0	0	1	2.466	0
Quindío	5	2	0	7	3.540	1.071
Risaralda	0	0	1	1	22.382	7.500
San Andrés	1	1	0	2	13.611	0
Santander	5	4	2	11	113.005	16.919
Sucre	5	3	0	8	20.113	1.132
Tolima	6	6	0	12	9.718	1.465
V. Cauca	0	1	0	1	10.399	2.351
Vaupés	0	1	0	1	6.582	0

Entidad Territorial	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Millones \$	
					Nación	Cofinanc.
Vichada	1	0	0	1	1.635	0
Total	162	69	12	243	799.828	320.756

Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud

En relación con la modernización de la prestación de servicios de salud, y en el marco de la política de prestación de servicios de salud, se formuló un plan de modernización que contiene un conjunto de proyectos dirigidos al mejoramiento de los procesos de gestión de las direcciones territoriales de salud e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Estos proyectos se han adelantado a través de la planificación y ejecución de acciones de capacitación y asistencia técnica concertadas entre el Ministerio de la Protección Social, las direcciones territoriales de salud y las IPS públicas. A continuación se presentan algunos de los aspectos involucrados en estas actividades.

Asistencia técnica a la totalidad de las direcciones territoriales de salud para la revisión, ajuste (cuando aplica) y puesta en operación del diseño de la red de prestación de servicios y de los procesos de referencia y contrarreferencia.

Asistencia técnica a la totalidad de las direcciones territoriales de salud y a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el mejoramiento de los procesos de captura, consolidación y análisis de información de gestión para la toma de decisiones.

Fortalecimiento de la tecnología informática para la operación de las redes de prestación de servicios, a través de la financiación del componente informático (equipos y software operativo básico) de proyectos presentados por las direcciones territoriales. Con este proyecto se entregaron equipos de cómputo con software básico a más de 600 unidades públicas prestadoras de servicios de salud ubicadas en 23 entidades territoriales.

Capacitación de funcionarios y miembros de juntas directivas de IPS públicas del país en la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a ejecutar por los gerentes de las ESE durante el periodo para el cual fueron designados por concurso o reelegidos. Con este proyecto se capacitaron 722 personas.

Capacitación de 1.819 funcionarios de las direcciones territoriales de salud y hospitales públicos en la operacionalización de las acciones de externalización de los servicios.

Capacitación de 333 funcionarios de las direcciones territoriales de salud y hospitales públicos en la aplicación de la metodología de desarrollo y reordenamiento físico funcional de instituciones prestadoras de servicios y de la red nacional de laboratorios de salud pública.

Implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico y preparación y acompañamiento a 50 IPS públicas del país de mediana y alta complejidad en la implementación gradual del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.

2.3 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

Un componente importante de la implementación de la política de prestación de servicios de salud se relaciona con la garantía del acceso a la prestación de servicios de salud en condiciones de calidad de eficiencia a través de la organización y operación de redes de prestación de servicios en el nivel territorial y la adecuación de los hospitales públicos a la red diseñada y su operación en condiciones de equilibrio financiero que asegure la prestación de servicios de manera continua y con calidad.

En este contexto, en el período 2006 a 2010 se implementaron dos tipos de procesos de seguimiento y evaluación que permiten dar cuenta del estado de implementación de la política de prestación de servicios de salud, así: (i) proceso de seguimiento y evaluación de la gestión de las entidades territoriales e instituciones hospitalarias públicas incluidas en convenios de desempeño y (ii) evaluación de impacto de las acciones del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.

Con relación al proceso de seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas, indicadores y compromisos de gestión de las direcciones territoriales e IPS incluidas en convenios de desempeño y contratos de empréstito, se consolidó el sistema de información de permite la captura y consolidación de la información de producción y calidad de servicios, capacidad instalada y situación financiera de la totalidad de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del nivel territorial, y se pusieron en operación los procedimientos de seguimiento y evaluación previstos en el marco del Programa, que involucran una instancia de autoevaluación a nivel territorial, una instancia de seguimiento y evaluación conjunta entre el nivel territorial y nacional y una instancia de evaluación a nivel nacional en la que se determina el cumplimiento o no de las metas y compromisos y se recomienda la condonación o no de las cuotas de repago de los contratos de empréstito interno suscritos entre las entidades territoriales y la Nación en el marco del Programa.

Dicho proceso fue iniciado en el año 2006 sobre las entidades incluidas en convenios de desempeño suscritos entre 2004 y 2005, y se ha continuado hasta la fecha involucrando anualmente las entidades que van suscribiendo este tipo de convenios.

En la siguiente tabla se presenta la relación del número de entidades evaluadas, así como el número de entidades en las que se recomendó la

condonación por cumplimiento de las metas, indicadores y compromisos pactados en los convenios.

Cuadro No 34 Instituciones hospitalarias incluidas en convenios de desempeño en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud que fueron evaluadas y sobre las que se recomendó condonación

Año de evaluación	Período evaluado	Nro. de IPS evaluadas	Nro. de IPS recomiendan condonación
2006	2005	90	89
2007	2006	95	92
2008	2007	147	136
2009	2008	154	134
Total		486	451

Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud

Es de destacar la alta proporción de instituciones en las que se evidencia el cumplimiento de los compromisos en los aspectos evaluados de producción y calidad de servicios, ahorro en el gasto y sostenibilidad financiera, con un promedio de 93% en los cuatro años sobre los que se ha realizado evaluación.

En forma general en las instituciones hospitalarias se observa cumplimiento en las metas de ahorro, incremento en el número de servicios producidos y mejoramiento de las condiciones de sostenibilidad financiera, en donde se busca que los costos y gastos de operación puedan ser financiados con los ingresos producto de la venta de servicios a los diferentes pagadores del sistema.

De otra parte, y con respecto a la evaluación de impacto de medio término del Programa, desde su diseño se previó que esta se realizaría con las siguientes características: (i) tres mediciones, una línea de base, una evaluación intermedia y una final; (ii) dos aspectos a ser evaluados, la gestión institucional en términos de eficiencia y sostenibilidad y la percepción de calidad por parte de los usuarios; y (iii) evaluación contractual, comparando un grupo de instituciones incluidas en convenios de desempeño, frente a otro grupo no incluido.

Con este contexto, durante el período 2006-2010 se han realizado las mediciones de línea de base y evaluación de medio término, en los aspectos de gestión y percepción de calidad, manteniendo la condición contractual en las mediciones.

En la evaluación en los aspectos de gestión en los que se compararon los resultados de gestión entre 2004 (antes de la firma del convenio) y 2006 (dos años después de su suscripción), desde el punto de vista de eficiencia y productividad se observa un mayor crecimiento en la producción de servicios entre 2004 y 2006 en los hospitales incluidos en convenios, así como mejores resultados en la utilización de las camas hospitalarias, mesas de partos y otros componentes de la capacidad instalada, tal como se muestra en el siguiente cuadro

Cuadro No. 35 Evaluación de indicadores de eficiencia y productividad en IPS incluidas y no incluidas en convenios de desempeño

Indicador	Con convenio	Sin convenio
Variación de producción promoción y prevención 04-06	8,80%	2,58%
Giro cama hospitalaria (Pacientes por cama año) 2006	74,39	45,05
Variación giro cama 04-06	34,05%	4,80%
Giro unidad odontológica (pacientes por unidad año) 2006	7.015,75	5.720,80
Giro mesa de partos (partos por mesa año) 2006	162,98	139,88
% ocupación Nivel 1 2006	47%	25%
% ocupación Nivel 2 2006	77%	68%
% ocupación Nivel 3 2006	88%	78%
Variación % ocupacional 04-06	40,77%	6,70%
Variación promedio día estancia 04-06	-33,77%	14,27%

Fuente: Información de la evaluación de impacto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en los aspectos de gestión. Cendex, Universidad Javeriana 2007

Con relación a los resultados financieros, tal como se presenta en la siguiente tabla, en los hospitales incluidos en convenios entre 2004 y 2006 el costo medio por producto se redujo en 20,8%, mientras que en los hospitales sin convenio se incrementó en 21,8%. Igualmente los resultados operacionales y del ejercicio en los hospitales con convenio son claramente superiores a los reportados en hospitales sin convenio.

Cuadro No. 36 Evaluación de indicadores financieros en IPS incluidas y no incluidas en convenios de desempeño

Indicador	Con convenio	Sin convenio
Variación en el costo promedio por producto 04-06	-20,80%	21,88%
Fracción del gasto de personal sobre total del gasto 2006	28,8%	39,1%
Variación en la fracción de personal sobre total de gasto 04-06	-30%	-14%
Resultado operacional ajustado 2006 (millones de \$)	\$9.871	\$6.352
Resultado del ejercicio, año 2006 (millones de \$)	\$989	\$296
Variación porcentual del excedente del ejercicio 04-06	436%	290%

Fuente: Información de la evaluación de impacto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en los aspectos de gestión. Cendex, Universidad Javeriana 2007

Gestión de cartera hospitalaria

Teniendo en cuenta la problemática financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud asociada a las dificultades en el flujo de recursos por concepto de prestación de servicios de salud a los diferentes pagadores del sistema, y con mayor énfasis en las IPS públicas, asociadas a la problemática de financiamiento de las entidades territoriales frente a la demanda de servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado, en el mes octubre del año 2006 se expidió documento Conpes 3447 de 2009 en el cual se definió una estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública con enfoque de cartera. En el mismo documento se plantean algunas medidas de carácter coyuntural de corto plazo, encaminadas a solucionar la cartera acumulada, y otras estructurales de mediano plazo enfocadas a la solución de la problemática asociada al incremento de la cartera hospitalaria.

En desarrollo de las medidas estructurales, en la Ley 1122 de 2007, el Congreso de la República definió algunas medidas tendientes al mejoramiento del flujo de los recursos, dándole la opción al Gobierno de reglamentar algunos aspectos relacionados con las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios. En ese sentido se expidió el Decreto 4747 de 2007, y la Resoluciones 3047 de 2008 y 416 de 2009, conjunto de medidas mediante las cuales se regulan las relaciones desde los aspectos de negociación y suscripción de contratos, solicitud y autorización de servicios, facturación y cobro de cuentas, y manejo de glosas y devoluciones de cuentas. Para facilitar la implementación de estas medidas se realizaron talleres de capacitación dirigidos a las direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, así como a los organismos de control de carácter nacional y territorial. La cobertura de estos talleres fue de 3.612 personas.

Con relación a las medidas coyunturales, el Congreso de la República mediante el artículo 43 de la Ley 1122 de 2007, autorizó la destinación de \$150.000 millones de recursos excedentes de la Subcuenta ECAT para el pago de atenciones a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Posteriormente en la Ley 1151 de 2007, se precisan los criterios de utilización de estos recursos y se destinan adicionalmente a los mismos fines los recursos ahorrados, al 24 de julio de 2007, por el Fondo Nacional de Regalías y por los municipios y departamentos ahorradores en el Fondo del Ahorro y Estabilización Petrolera – FAEP. A partir de lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley 1151 de 2007, el Gobierno Nacional expidió los Decretos 3470 de 2008 y 3668 de 2009, en los cuales se definen los criterios y procedimientos para la distribución y giro de los recursos de la Subcuenta ECAT y del FAEP, respectivamente.

A partir de los criterios y procedimientos definidos en los decretos mencionados y teniendo en cuenta la apropiación de recursos en el Presupuesto General de la Nación de las vigencias 2008 y 2009, mediante las resoluciones 4889 de 2008, 4260 y 5375 de 2009, se han distribuido entre las direcciones territoriales de salud recursos por \$140.274 millones de pesos, siendo importante destacar que dichos recursos son girados desde la Nación directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa presentación de los soportes requeridos.

Cuadro No. 36 Recursos de la subcuenta ECAT y ahorros del Fondo Nacional de Regalías en el FAEP destinados a saneamiento de cartera por atenciones a la población pobre no asegurada y eventos no POS-S
2008 y 2009

Departamento	Valor asignado Recursos ECAT 2008	Valor asignado Recursos FAEP 2009
Antioquia	1.584.686	2.212.918
Bolívar	517.151	224.933
Boyacá	2.129.711	3.903.177

Millones de \$

Departamento	Valor asignado Recursos ECAT 2008	Valor asignado Recursos FAEP 2009
Caquetá	309.744	822.166
Cesar	2.234.619	3.529.577
Córdoba	2.091.122	4.477.6
Cundinamarca	1.340.778	2.646.1
Guaviare	159.813	272.0
Huila	3.615.127	6.819.3
Magdalena	672.296	1.215.3
Meta	305.698	204.8
Nariño	2.795.620	4.478.9
Putumayo	4.000.000	1.132.2
Quindío	4.151.334	7.978.4
Risaralda	6.226.020	10.430.1
Santander	1.142.445	0
Sucre	2.403.698	5.036.8
Tolima	0	2.695.7
Valle del Cauca	14.320.138	32.193.4
Total general	50.000.000	90.274.0

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

De otra parte, y teniendo en cuenta la situación de déficit financiero reportado por las direcciones territoriales de salud asociado al crecimiento de la demanda de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, y de manera simultánea con la declaratoria de la Emergencia Social, se expidió la Resolución 530 de 2010, que distribuye mediante cupos indicativos a los departamentos y distritos recursos por \$300.000 millones que fueron incluidos por el Congreso de la República en el Presupuesto General de la Nación de la Vigencia 2010. Dicha distribución se realizó tomando una fracción de 30% en partes iguales, y el 70% restante teniendo en cuenta variables de población, aseguramiento y déficit territorial, entre otras.

En el siguiente cuadro se presenta la distribución de los cupos indicativos a cada entidad territorial, cuya ejecución implica la revisión y conciliación entre las entidades acreedoras y las direcciones territoriales de salud.

Cuadro No. 37

Valor de cupos indicativos de recursos destinados a saneamiento de cartera de entidades territoriales, distribuidos mediante la Resolución 530 de 2010

Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$	Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$
Amazonas	3.724.6	Guainía	3.404.4
Antioquia	26.970.9	Guaviare	4.049.0
Arauca	5.046.4	Huila	7.313.4
Atlántico	8.015.5	Magdalena	7.964.5
Barranquilla	7.253.1	Meta	6.553.7
Bogotá	29.473.6	Nariño	10.736.0
Bolívar	11.359.5	Norte de Santander	10.854.3
Boyacá	8.734.2	Putumayo	5.773.1
Caldas	7.978.9	Quindío	2.519.2
Caquetá	8.699.3	Risaralda	1.815.0
Cartagena	8.302.4	San Andrés	3.406.8
Casanare	4.742.0	Santa Marta	5.572.3

Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$	Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$
Cauca	10.109.3	Santander	12.647.2
Cesar	8.921.0	Sucre	5.976.7
Chocó	11.394.2	Tolima	7.272.1
Córdoba	8.393.5	Valle del Cauca	6.841.4
Cundinamarca	13.412.2	Vaupés	3.342.0
La Guajira	7.780.8	Vichada	3.645.5
Total			300.000.0

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

2.4 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGC – creado mediante el Decreto 2309 de 2002, con el objeto de mejorar el desempeño del sistema de salud en términos de calidad, efectividad y eficiencia, fortaleciendo lo relacionado con los procesos de seguridad del paciente, el sistema de información para la calidad y promoviendo la acreditación en salud de los diferentes actores, fue revisado y ajustado en todos sus componentes a partir de la expedición del Decreto 1011 de 2006

Cabe señalar, que resultado de las acciones emprendidas, se ha construido un sistema moderno y competitivo internacionalmente con amplia diferenciación sobre los otros modelos latinoamericanos, una prueba de ello es la obtención de la acreditación internacional de ISQua para el ente acreditador del Sistema Único de Acreditación, constituyéndose Colombia en el único país latinoamericano con esta.

A continuación se describen los avances del cuatrienio para cada uno de los componentes que integran el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC.

2.4.1 Política de Seguridad del Paciente.

Esta política se ha difundido y ha alcanzado un importante grado de implantación en el país. En 2006 se expidió la Resolución 1446 que estableció la obligatoriedad de la vigilancia y gestión de eventos adversos; en 2007 se realizó la formación de multiplicadores en seguridad del paciente; en 2008 se expidieron los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente; en 2009 se expidió la guía técnica sobre buenas prácticas en seguridad del paciente, se desarrollaron 20 paquetes instruccionales para entrenamiento en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Igualmente se puso en funcionamiento un sistema de educación a distancia mediante e-learning, aula virtual y software de videoconferencia para su implementación. También se adaptaron y publicaron metodologías de revisión de utilización de servicios y se desarrollaron talleres de capacitación en todo el

país sobre este tema. A partir del año 2009 se cuenta con un número de sedes de IPS que realizan vigilancia.

2.4.2 Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

La Unidad Sectorial de Normalización creada a partir del artículo 2º del Decreto 1011 de 2006, fue organizada y puesta en funcionamiento en el año 2007 y ha cumplido un rol importante en los últimos cuatro años en lo relativo a la concertación con diferentes actores del sistema el ajuste y producción de estándares y documentos técnicos. En este sentido, se ha surtido la expedición del manual de acreditación de entes territoriales en el año 2008, el proceso de aprobación de la Guía Técnica de Seguridad del Paciente y el Manual Único de Acreditación en el año 2009.

2.4.3 Componente del Sistema de Información para la Calidad

Con el fin de implementar el Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y, simultáneamente oriente a los usuarios en el conocimiento de las características de éste, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las entidades administradoras de planes de beneficios, se fortaleció la implementación del Sistema de Información para la calidad que involucró:

La expedición en el año 2008 de la Resolución 1446 de 2006, lo que dio inicio a la recolección semestral de información para el reporte de indicadores de calidad de prestadores y aseguradores.

Registro Especial de prestadores de servicios de salud en línea, que consolida la información de la oferta de servicios de salud del país.

Mini sitio del SOGC que incluye información acerca de los componentes del Sistema

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, el cual opera desde el 15 de abril de 2009, con cinco salas temáticas y evidencia un tráfico estable y creciente y un impacto inicial en el sistema. En 2008 se desarrollo la Fase I y en 2009 la fase 2 mediante la cual se implementó la totalidad de módulos y herramientas contemplados para la completa funcionalidad de esta herramienta.

Elaboración de dos ordenamientos (ranking) de prestadores y aseguradores en los años 2007 y 2010.

Generación del informe nacional de calidad que contiene la información da cuenta de la situación y el avance global de la calidad de atención en salud del país, tanto en la prestación como en el aseguramiento, partiendo de las características definidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

2.4.4 Componente del Sistema Único de Acreditación

Desde el año 2007 comenzó el “Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y la Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad” en el cual actualmente participan 105 IPS Públicas y 24 direcciones territoriales de salud, mediante un esquema operativo que potencializa los objetivos y fortalece el logro de una mejor apropiación del conocimiento entre quienes lo enseñan, lo implementan y lo aplican. Dentro de los principales logros que se han obtenido en ejecución de este proyecto pueden mencionarse los siguientes:

Las 105 IPS públicas que hacen parte del Proyecto desmitificaron la creencia que la preparación para la Acreditación era inalcanzable, se acercaron técnicamente a la evaluación cualitativa y cuantitativa con estándares de Acreditación, aprendieron el manejo e implementación de las herramientas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, aumentando sus niveles de desempeño frente a los estándares de acreditación.

Las Direcciones Territoriales de Salud se afianzaron en el ejercicio de sus funciones y competencias para brindar la asistencia técnica a los demás prestadores de su jurisdicción buscando el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a través de un efecto multiplicador.

Se fortaleció el logro de niveles superiores de calidad de la atención en salud en el país logrando de esta manera que los usuarios reciban, cada vez, servicios de mejor calidad que redunden en mayores niveles de salud de la población y en el aumento de su satisfacción

En el año 2009 se obtuvo la acreditación internacional del ente acreditador y en el año 2010 se ha iniciado el proceso de autoevaluación tendiente a obtener la acreditación internacional de los estándares de acreditación.

2.4.5 Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Para avanzar en la implementación del Programa de Mejoramiento continuo de la Calidad- PAMEC – para IPS, entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales, en 2009 y lo que va de 2010, se ha continuado con el proyecto de preparación para la acreditación de IPS públicas, a través del cual se brinda asesoría para la implementación del componente de auditoría.

Adicionalmente, se contrató el diseño y/o adaptación de herramientas innovadoras de mejores prácticas internacionales para que las instituciones hospitalarias mejoren su desempeño frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación y al componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, en el marco del cual se han obtenido productos en diferentes líneas temáticas, algunas de las cuales servirán de herramientas

para el despliegue del componente de auditoría, por ejemplo, Entrenamiento en las metodologías y herramientas básicas para el mejoramiento de la calidad.

2.4.6 Componente del Sistema Único de Habilitación

Por ser el componente que permite la entrada y permanencia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los prestadores de servicios de salud, además de ser una condición *sine qua non* para ofertar los servicios a los diferentes pagadores de servicios del Sistema de Salud, la habilitación ha tenido un gran despliegue en su implementación lo cual se ha traducido en la mejora de las condiciones de prestación de los servicios en el país.

En 2007 se expidió la Resolución 077 que fija los lineamientos para la capacitación de verificadores de habilitación ordenada por el Decreto 1011 de 2006. Se desarrolló la capacitación a Universidades y se realizaron los cursos de formación de verificadores. Que luego han continuado por iniciativa de las universidades. Para avanzar en la consolidación del Sistema Único de Habilitación se desarrollaron durante el período las siguientes actividades:

Capacitación de los funcionarios de las DTS responsables de cargar la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Implementación del aplicativo Web para que las DTS consoliden en línea la información del REPSS.

Desarrollo de las acciones de prueba por parte de las DTS de la aplicación Web para que los prestadores registren en línea las pre-inscripciones y pre-novedades del registro.

El Registro Especial de Prestadores, entendido como la base de datos que contiene todos los prestadores autorizados en calidad , habilitados por el Estado para prestar servicios de salud en el territorio nacional, se constituye actualmente en una herramienta importante para el sector. A continuación se presenta una distribución de los prestadores según su naturaleza y por sedes:

Cuadro No. 37 Prestadores de servicios de salud habilitados

Tipo de Prestador	Nro. Prestadores	Nro. Sedes
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS –Públicas.	1.108	3.741
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- Privadas	8.947	12.739
Entidades con objeto Social Diferente.	607	905
Profesionales Independientes	34.382	36.723
Transporte Especial de pacientes	285	287
Total	45.329	54.395

Fuente: Información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

2.5 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

2.5.1. Reordenamiento Físico Funcional de IPS

Considerando la necesidad de adecuar las plantas físicas de las IPS para ajustarse a los cambios impuestos por la evolución tecnológica y la variación en el volumen de prestación de servicios, en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud se elaboró una “Guía Metodológica de trabajo” con el fin de unificar y facilitar la elaboración de los estudios de desarrollo institucional sobre los cuales fundamentar el reordenamiento físico-funcional de las instituciones.

Dicha Guía es un instrumento creado para apoyar el proceso de revisión y reordenamiento físico-funcional de las IPS, que, mediante el uso de fichas-cuestionarios, facilita las distintas etapas de recopilación y consolidación de la información enfocada a identificar los puntos críticos que deberán resolverse.

En los procesos de Reordenamiento, la aplicación sistemática de la Guía facilita la identificación de la problemática emergente de las IPS y permite focalizar además de los aspectos de carácter físico-funcional, de todos aquellos que, con estos se relacionan y que cada día más, constituyen motivo de preocupación y dificultad para la gestión de las IPS.

2.5.2 Infraestructura Física y Tecnología

Con el fin de fortalecer la capacidad técnica y operativa de las direcciones territoriales de salud fueron realizados talleres de actualización, en aspectos de infraestructura física, normatividad y condiciones técnicas para la aprobación de proyectos, dirigidos a cerca de 180 a funcionarios de estas entidades. En este contexto, y atendiendo el desarrollo institucional en todo el territorio Nacional, se realizó en la vigencia 2007 a marzo de 2010 la revisión de 318 de los cuales se viabilizaron 158 y fueron devueltos 160

Igualmente se participó en la elaboración del diseño para las obras de construcción de nuevos hospitales para San Andrés Islas y el municipio de Tumaco con áreas superiores a los 10.000 m² cada uno e inversión de \$63.000 millones. En el caso del Hospital de San Andrés fue puesto en operación en el mes de noviembre de 2007.

Con el objeto de apoyar la realización de refuerzos estructurales en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, ubicadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia, se desarrolló el proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural. Durante el período reportado se cofinanció el refuerzo sísmico estructural de aproximadamente 63.000 M² de 14 instituciones hospitalarias de mediana y alta complejidad por un valor de \$44.114 millones, tal como se presenta en el siguiente Cuadro

Cuadro No. 38 Recursos asignados a reforzamiento estructural de IPS públicas
2006-2009

Año	Departamento	Municipio	Institución	Valor inversión Millones \$
2006	Boyacá	Soatá	ESE Hospital San Antonio de Soatá	1.000
	Caldas	Manizales	ESE Hospital de Caldas	2.000
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle (1a. Etapa)	4.155
2007	Huila	Neiva	ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano	4.000
	N. de Santander	Cúcuta	ESE Hospital Erasmo Meoz	2.459
	Valle del Cauca	Cali	Clínica Rafael Uribe Uribe	6.000
2008	Nariño	Pasto	ESE Hospital Universitario Departamental	2.000
	Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	4.000
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Mario Correa Rengifo	6.500
2009	Nariño	La Unión	ESE Hospital Eduardo Santos	3.310
	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Universitario Federico Lleras de Ibagué	3.990
	Cundinamarca	Cáqueza	ESE Hospital San Rafael de Cáqueza	300
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle (2a. Etapa)	1.200
	Quindío	Armenia	ESE Hospital Universitario San Juan de Dios	3.200
Total 2006-2010				44.114

Fuente : Dirección General de Calidad de Servicios. MPS.

2.6 Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y trasplante de componentes Anatómicos

2.6.1 Medicamentos, dispositivos médicos y servicios farmacéuticos:

Los medicamentos representan una fracción relevante del total del gasto sanitario, siendo el segundo renglón después de los recursos humanos, además de representar la respuesta tecnológica de mayor utilización en salud. El desenlace de la inmensa mayoría de las consultas médicas y otras atenciones sanitarias suele ser una receta o prescripción médica. Además, el ritmo de los avances tecnológicos y el crecimiento del costo de las terapias, hacen imperativo enfrentar uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en países con restricción de recursos: La evaluación de tecnología. Por todo ello, la Política Farmacéutica Nacional, expedida en Diciembre del año 2003, apunta a resolver dificultades basadas principalmente en tres componentes como son acceso, uso adecuado y calidad de los medicamentos.

Teniendo en cuenta la problemática existente, en el componente de calidad se avanzó en el marco regulatorio que le permitiera al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, como entidad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control de los medicamentos en el país, tener las herramientas que le permitieran ejercer sus actividades y es por tal razón se expidieron normas en materia de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, gases medicinales y suplementos dietarios con la regulación de las Buenas Prácticas de Manufactura, según la clasificación de los productos.

En el cuatrienio fue expedida normatividad relacionada con medicamentos y suplementos dietarios, productos fitoterapéuticos y tiendas naturistas, medicamentos homeopáticos y establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos que pueden ser consultada en los anexos de los informes de las respectivas vigencias

Con relación a los procesos generales del servicio farmacéutico en los hospitales públicos, se desarrolló un proyecto de acompañamiento en la implementación del plan gradual del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria en 50 instituciones, así como la capacitación permanente a las IPS seleccionadas y entidades territoriales de salud del área de jurisdicción, lográndose el mejoramiento continuo de los procesos al interior de estos servicios y de las actividades de inspección, vigilancia y control de las entidades territoriales de salud.

2.6.2 Sangre y Componentes Sanguíneos

Atendiendo los lineamientos de la OPS, en el año 2007 fué formulada la Política Nacional de Sangre, orientada bajo los principios de acceso y equidad, solidaridad y seguridad, que define estrategias, líneas de acción, proyectos y metas que deben responder a los problemas de sangre. La pretensión fundamental se orienta a generar una cultura de donación voluntaria y solidaria de sangre, al uso adecuado de la misma, sus componentes y hemoderivados, a la vigilancia sanitaria, hemovigilancia y seguridad transfusional con énfasis en el desarrollo de la red de sangre.

Durante el período 2006-2009, se observó un aumento gradual de las unidades de sangre captadas por año, pasando de 552.391 en el 2006 a 692.487 en el 2009

Con el fin de lograr que el 100% de las donaciones de sangre sean voluntarias, se creó el Comité de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Sangre, mediante la Resolución 3355 de 2009, que actualmente trabaja en la elaboración del plan y programa nacional de la donación voluntaria y habitual de sangre 2010-2014.

Como estrategia de educación se llevó a cabo en el año 2009, el primer encuentro nacional de promotores de la donación voluntaria y habitual de sangre, con la participación de 130 personas provenientes de todo el país, para que implementen estrategias en sus regiones de origen que permitan desarrollar programas efectivos de donación voluntaria de sangre.

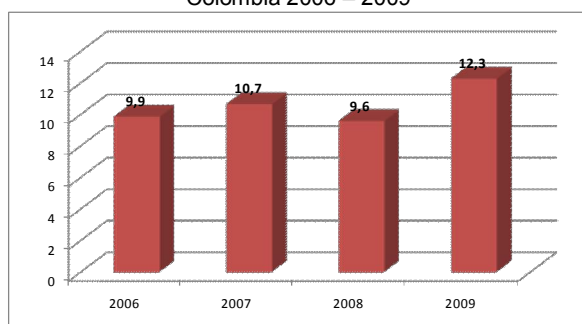
La red de Bancos de Sangre en el período 2006 a 2009 se ha reorganizado pasando de 101 a 92 bancos, distribuidos en 25 departamentos, aumentando su capacidad de captación, actualmente se cuenta con 18 bancos de sangre que captan más de 12.000 unidades al año. La donación voluntaria de sangre pasó del 61% en el 2006 a 64,3% en el 2009, fortaleciéndose la donación voluntaria y

repetitiva (una persona dona al menos 2 veces por año) pasando de 8.4% en 2006 a 18% en 2009.

El promedio nacional de disponibilidad de sangre en el 2006 era de 12,0 unidades por cada 1.000 habitantes, y para 2009 fue de 15,3 unidades.

El incremento constante en las cifras de donación en el país, es uno de los mayores logros de la Red Nacional de Donación y Trasplante de Órganos del Instituto Nacional de Salud, en el año 2006 la tasa de donantes por millón de habitantes fué de 9.9; al compararla con la tasa durante el año 2009 (12.3 por millón de habitantes) se evidencia un aumento importante en la donación en Colombia.

Grafico No. 9 Tasa de Donante de Órganos por millón de población. Colombia 2006 – 2009



Fuente: Instituto Nacional de Salud

De igual manera los servicios transfusionales regulados por el Decreto 1011 de 2006, cuentan con estándares de habilitación, de los cuales a la fecha el 25% hacen parte del Programa de Evaluación Externa de Inmunohematología del Instituto Nacional de Salud.

2.6.3 Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos

En la actualidad funcionan en el país 13 bancos de tejidos, los cuáles se encuentran certificados en Buenas Practicas por el INVIMA e inscritos ante la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes, 7 de ellos de tejido ocular, 3 de tejido osteomuscular, 2 de válvulas cardíacas y 1 multipropósito que procesa tejido epitelial y osteomuscular.

De 2006 a 2009 se han presentado 1.904 donantes efectivos, en el cuadro siguiente se relaciona el número de trasplantes por cada órgano del 2006 al 2009:

Cuadro No. 39 Número de trasplantes por órgano, Colombia 2006 – 2010

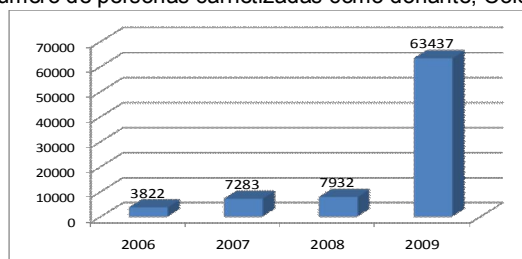
Órgano / Año	2006	2007	2008	2009	2010	Total
--------------	------	------	------	------	------	-------

Riñón	610	698	705	846	126	2985
Corazón	59	60	83	57	11	270
Hígado	181	193	198	233	21	826
Pulmón	11	7	14	5	0	37
Páncreas	0	0	1	2	0	3
Riñón - Páncreas	3	8	4	8	3	26
Intestino	2	4	2	0	0	8
Vías Aéreas	4	3	1	1	0	9
Riñón - Hígado	0	6	7	13	3	29
Corazón - Pulmón	0	0	0	1	0	1
Multivisceral	0	0	1	1	1	3
TOTAL	870	979	1016	1167	165	4.197

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Del total de trasplantes realizados entre el año 2006 al 2010, el 4.04% fueron realizados a receptores extranjeros no residentes en Colombia, se realizaron 4.197 trasplantes en total para este periodo. Desde el año 2006 se implementó la carnetización de personas que desean manifestar su voluntad de donación a través del carné único nacional de donante de componentes anatómicos. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la carnetización de donantes

Gráfico No.10 Número de personas carnetizadas como donante, Colombia. 2006 - 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Salud.

2.7 Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)

Durante el periodo comprendido entre el año 2006 al año 2010, el Instituto se ha preocupado por capacitar a personal del INS, personal de otras entidades y estudiantes universitarios de pregrado, posgrado y jóvenes investigadores, como se puede apreciar en el Cuadro No.

Cuadro No. 40 Talento Humano (Capacitación e Incentivos)

Actividades	2006	2007	2008	2009	2010
Tesis Pregrado Finalizadas	8	10	11	17	4
Tesis Posgrado Finalizadas	9	12	14	18	4
Tutorías y Pasantías	35	35	25	37	5
Jóvenes Investigadores	7	6	8	6	2
Formación continuada recibida por funcionarios	48	62	86	43	14
Asesorías Suministradas	21	53	67	73	9
Asesorías Recibidas	0	1	3	2	2
Becas	1	1	1	1	1
Reconocimientos	6	7	3	5	0

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

2.7.1 Desarrollo normativo e institucional en la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud.

En el año 2007, después un proceso amplio de participación y concertación con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se expidió la Ley 1164 de 2007, conocida como Ley de Talento Humano en Salud. Esta norma sienta las bases para fortalecer la autoregulación, la participación, la ética, la calidad y pertinencia en los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano, estableciendo el marco de acción de las instituciones públicas y privadas para los años subsiguientes.

Esta norma se ha venido reglamentando con el apoyo de los mecanismos creados en la misma, como el Consejo Nacional y el Observatorio de Talento Humano en Salud, a través de los cuales se garantiza la participación real del personal de la salud en las decisiones que le interesan y afectan.

También se fortaleció la coordinación intersectorial entre los sectores salud y educación mediante la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud creada en 2008 e integrada por los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional. Esta Comisión se encarga de formular y dar fuerza vinculante a las decisiones y normas que requieran acciones articuladas entre los sectores de Educación y Protección Social en la formación y ejercicio de RHS y cuenta con un delegado permanente ante la sala de salud de CONACES para garantizar el desarrollo armónico de estos temas.

De otra parte, en el año 2008 se conformó y consolidó el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como organismo asesor del Gobierno Nacional para la definición de políticas encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud, reglamentado mediante el Decreto 1730 de ese año. A partir de su conformación el Consejo ha realizado diez sesiones en las cuales se han analizado temas como certificación y recertificación, becas crédito, colegios profesionales, ejercicio de las medicinas y terapias alternativas, observatorio y registro único de talento humano en salud, así como propuestas puntuales para atender las dificultades que se presentan con la oferta de médicos especialistas en algunas regiones del país.

Así mismo, se creó la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, órgano responsable de coordinar las acciones y decisiones de los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional relacionadas con la formación, ejercicio y desempeño del talento humano en salud.

En el marco del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, SNFT, se impulsó la política de calidad en la formación del recurso humano, a través del componente de acreditación de entidades y programas de formación y el reconocimiento de estándares de calidad. Es así que en el año 2006 se expidió el Decreto 2020, mediante el cual se conforma la Comisión de Calidad de Formación para el Trabajo con el objeto de aprobar las normas técnicas para la certificación de instituciones y programas de formación para el trabajo.

De esta forma, se desarrollaron las normas técnicas de calidad NTC-555 – *Sistemas de Gestión de la Calidad para Instituciones de Formación para el Trabajo*, NTC 5581 -*Programas de Formación para el Trabajo* y NTC 5580 – *Programas de Formación para el Trabajo en el área de Idiomas*. Todo lo anterior es el resultado del trabajo conjunto de este Ministerio con las carteras de Desarrollo, Comercio y Turismo, de Educación Nacional, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA y el ICONTEC.

El Ministerio de la Protección Social logró la aprobación de un proyecto de inversión, cuya ejecución comenzó en 2010, mediante el cual se busca fortalecer la capacidad técnica y de gestión en el desarrollo del SNFT.

En lo relacionado con la formación de auxiliares del área de la salud, se fortaleció la capacidad de gestión de los entes territoriales en actividades de seguimiento, vigilancia y evaluación de las instituciones y programas en ésta área específica, a través de veinte jornadas de asistencia técnica sobre la implementación y los alcances del Decreto 3616 de 2005, dirigidas a funcionarios que conforman los Comités de Recursos Humanos en Salud de las entidades territoriales.

Así mismo, se definieron y adoptaron los parámetros y mecanismos de verificación y evaluación de los requisitos básicos para el funcionamiento de los programas de formación de auxiliares del área de la salud, mecánica dental y estética y cosmetología, mediante los Acuerdos 034 de 2008 y 041 de 2009 de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

2.7.2 Formación de Talento Humano en Salud

En el cuatrienio se destinaron \$102.671 millones para el programa de becas crédito para médicos especialistas, mediante el cual se financiaron becas para 3.683 nuevos estudiantes y se logró mantener un promedio anual de 2.624 residentes becados, como se observa en el siguiente cuadro :

Cuadro No. 41 Financiamiento y Beneficiarios Programa Becas Crédito

AÑO	Presupuesto Asignado			Beneficiarios Beca Crédito		
	MPS	ICETEX	Total	Renovados	Nuevos	Total
2006	9,469	9,469	18,938	1,787	894	2,681
2007	9,848	9,872	19,720	2,336	301	2,637
2008	10,200	10,240	20,440	1,700	672	2,372
2009	11,000	10,573	21,573	1,813	816	2,629
2010 (*)	11,000	11,000	22,000	1,800	1,000	2,800
Totales	51,517	51,154	102,671	N.A	3,683	N.A

Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos

(*) Los datos de beneficiarios del año 2010 son proyectados

Cuadro No. 42 Beneficiarios Becas Crédito por Departamentos

Departamento	Nuevos Cupos 2006	Nuevos Cupos 2007	Nuevos Cupos 2008	Nuevos Cupos 2009	Total Cupos
Bogota	480	121	124	169	894
Antioquia	154	30	135	167	486
Valle del Cauca	59	37	50	77	223
Atlántico	77	27	57	71	232
Santander	30	15	36	42	123
Bolívar	35	25	35	42	137
Caldas	11	10	19	19	59
Huila	14	11	28	23	76
Cauca	15	12	15	21	63
Nariño	0	0	18	32	50
Córdoba	12	0	16	21	49
Boyacá	0	0	23	19	42
Cundinamarca	7	9	13	11	40
Tolima	0	0	11	21	32
Sucre	0	1	19	12	32
Norte de Santander	0	0	11	14	25
Risaralda	0	0	14	11	25
Cesar	0	0	10	13	23
Magdalena	0	2	12	8	22
Quindío	0	0	6	6	12
La Guajira	0	0	7	4	11
Meta	0	0	4	6	10
Casanare	0	0	4	2	6
Choco	0	0	2	2	4
Arauca	0	0	2	1	3
Caquetá	0	1	1	1	3
San Andrés	0	0	0	1	1
Proyectados 2010					1000
Total Nuevos	894	301	672	816	3683

Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos

Mediante este programa se promovió la formación de profesionales de la salud en aquellas especialidades consideradas prioritarias para el país y se incentivó la disponibilidad de los mismos en las zonas de difícil acceso, generando mayores posibilidades de acceso a las becas a aquellos profesionales que cumplieron el servicio social obligatorio en poblaciones apartadas o que realizaban su especialización en áreas como Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Anestesiología y Medicina Familiar.

Cuadro No. 43 Beneficiarios Becas Crédito por Especialidades

Especialidad	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total General
Pediatría	140	51	119	144	454
Medicina Interna	129	46	86	135	396
Ginecología y Obstetricia	110	30	86	87	313
Anestesiología	84	30	61	100	275
Cirugía General	77	32	65	80	254
Ortopedia Y Traumatología	38	22	36	29	125
Psiquiatría	36	7	26	34	103
Oftalmología	39	6	20	20	85
Radiología	28	7	22	25	82
Dermatología	28	7	15	22	72
Otras Especialidades	185	63	136	140	524
Total general	894	301	672	816	2.683

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

Finalmente, se condonaron y sanearon becas créditos por \$76.134,7 millones, correspondientes a 3.843 beneficiarios en el período reportado, lo que contribuyó a mejorar los procesos e información financiera y contable del Ministerio y a sanear la situación crediticia de los beneficiarios del programa y sus codeudores.

A través del Consejo Nacional para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud y la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, se evaluó la relación docencia servicio de 650 programas de educación superior del área de la salud, expidiéndose para el efecto 400 acuerdos, conforme se detalla en los siguientes cuadros

Cuadro No. 44 Acuerdos sobre programas de Educación Superior en Salud Consolidado

Acuerdos	2006	2007	2008	2009	Total
Favorables	98	41	44	122	305
No Favorables	7	0	3	5	15
Otros Acuerdos	5	15	59	1	80
Total	110	56	106	128	400

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

Cuadro No. 45 Acuerdos sobre programas de Educación Superior en Salud por Profesión

Programa	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Bacteriología	9	1	0	2	12
Enfermería	28	6	5	7	46
Fisioterapia	15	4	3	7	29
Fonoaudiología	6	1	2	2	11
Instrumentación Quirúrgica	6	6	1	3	16
Medicina	36	4	1	19	60
Microbiología y Bioanálisis	1	0	0	2	3
Nutrición y Dietética	5	0	0	2	7
Odontología	7	0	0	3	10
Optometría	1	0	1	1	3
Terapia Ocupacional	4	1	1	2	8

Terapia Respiratoria	5	1	0	1	7
Terapia Física	1	0	0	0	1
Total Pregrado	124	24	14	51	213
Especializaciones	253	36	67	60	416
Maestrías	1	1	1	0	3
Técnico Profesional	4	1	1	0	6
Tecnologías	8	2	0	2	12
Total	390	64	83	113	650

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

En las mismas instancias arriba mencionadas se evaluaron y pusieron a consideración para emisión de concepto 2.031 programas de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano del área de la salud, cosmetología y estética conforme con el siguiente cuadro.

Cuadro No. 46 Conceptos sobre programas de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Año	Favorable	No favorable	Se aplaza	Total
2007	15			15
2008	152	14	13	179
2009	477	150	522	1.155
2010	239	135	308	682
Total	883	299	843	2.031

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

Los conceptos se distribuyen por tipo de programa así:

Cuadro No. 47 Conceptos por denominación de programas

Programa	Favorable	No Favorable	Se Aplaza	Total
Auxiliar Administrativo En Salud	101	37	103	241
Auxiliar En Enfermería	325	127	288	740
Auxiliar En Salud Oral	137	39	114	290
Auxiliar En Salud Pública	91	32	75	198
Auxiliar En Servicios Farmacéuticos	150	56	156	362
Cosmetología y Estética Integral	47	8	103	158
Mecánica Dental	32	0	10	42
Total	883	299	849	2.031

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

Del total de programas sometidos a consideración de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, 883 programas fueron objeto de concepto favorable, destacándose 114 en Bogotá, 88 en Antioquia, 72 en Cesar y 68 en Atlántico.

Adicionalmente, el Ministerio de la Protección Social agenció la asignación de 10.217 subsidios de formación de auxiliares de la salud en las diferentes áreas que demandan las instituciones de salud, a través de convenios con el Centro de Educación en Administración para la Salud – CEADS por un valor cercano \$8.300 millones durante el período reportado.

2.7.3 Gestión de información y ejercicio del Talento Humano en Salud

Con el propósito de garantizar la disponibilidad de profesionales de la salud en las regiones deprimidas y con dificultad de acceso a los servicios de salud, de manera periódica e ininterrumpida se realizaron los sorteos de plazas de servicio social obligatorio para egresados de los programas de Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología. De esta forma, a través de procesos transparentes y en igualdad de condiciones para las instituciones y los profesionales, el Consejo Nacional del Servicio Social Obligatorio autorizó la realización de sorteos en los cuales participaron 18.479 profesionales, de los cuales 4.773 fueron seleccionados para ocupar las plazas disponibles en las entidades territoriales participantes, discriminados como se muestra en el siguiente cuadro

Cuadro No. 48 Sorteos Servicios Social Obligatorio Resultados consolidados 2006-2010 (Abril)

Profesiones	Seleccionados	%	Exonerados	%
Medicina	1.958	40	2.795	60
Enfermería	989	14	5.503	86
Odontología	1051	32	1.917	68
Bacteriología	775	23	2.350	77

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social.

Así mismo en desarrollo de sus competencias durante el cuatrienio 2006-2010 el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio resolvió 898 casos de profesionales, conceptuando sobre la prestación de su servicio social obligatorio y permitiendo así tomar las decisiones pertinentes para el ejercicio legal de su profesión. En su mayoría los profesionales solicitan la exoneración del Servicio Social Obligatorio o el reconocimiento del mismo por amenazas contra sus vidas o en razón a que han sido vinculados a través de órdenes de prestación de servicios o de Cooperativas de Trabajo asociado.

En 2010 se inició un trabajo concertado con diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la actualización de los Códigos de Ética Médica y Odontológica, de tal forma que los mismos incorporen las nuevas realidades derivadas de los cambios en el ejercicio de estas profesiones, la Constitución de 1991, las leyes 100 de 1993 y 1164 de 2007 y las normas procesales.

Paralelamente, se asignaron recursos adicionales a los Tribunales de Ética Médica, Odontológica y de Enfermería, buscando fortalecer su capacidad de respuesta frente a la creciente complejidad y volumen de los casos que debe resolver, originada en la mayor cantidad de servicios de salud, demanda presentada por el creciente número de afiliados al Sistema. De esta forma se asignaron recursos del Presupuesto General de la Nación, por un valor de \$4.184,8 millones, que permitirán descongestionar dichos tribunales y mejorar

la oportunidad y calidad de su respuesta al personal de la salud y a los usuarios de los servicios:

Cuadro No. 49 Presupuesto anual de los Tribunales de Ética del Sector Salud
(En \$ millones)

Tribunal	2006	2007	2008	2009	2010 (*)
Medica	275	286	296	391	1.276
Odontológica	172	179	185	186	228
Enfermería	121	126	130	130	204
Total	568	590	611	707	1.709
Variación anual	N.A	4,0%	3,5%	15,7%	141,7%

(*) El 2010 incluye una adición extraordinaria de \$ 1.000 millones
Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

La gestión de información sobre recurso humano se fortaleció con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, destacándose la conformación y funcionamiento de la Sala de Medicina Familiar y el estudio de Competencias Laborales en el área de Salud Pública para Medicina y Enfermería, elaborado con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas y la ESE Rita Arango del Pino. Este documento constituye un referente importante y útil para las instituciones que ofrecen programas de formación en esta área.

A la par de estos logros, se avanzó en la cooperación y coordinación internacional con la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, los países del Área Andina y el Brasil, mediante la elaboración del Plan Regional del Recurso Humano en Salud como estrategia para desarrollar el *Llamado a la Acción de Toronto* y las metas del milenio, y la participación en la construcción del RinWeb de la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud de las Américas "*ObservaRH*".

En lo relacionado con el control de ejercicio de las profesionales de la salud, se tramitaron 18.917 solicitudes de tarjetas profesionales en medicina y se expidieron 517 resoluciones de autorización para el ejercicio de la Anestesiología. De esta forma, a marzo de 2010, se encontraban registrados 62.463 médicos y 1.963 anesthesiólogos. Se expidieron en el cuatrienio con corte a marzo de 2010 188.917 tarjetas profesionales en medicina y 517 resoluciones de autorización para el ejercicio de la Anestesiología.

2.8 Atención Eventos de Trauma Mayor por Violencia

2.9 Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres

Teniendo en cuenta las responsabilidades del Sector de la Protección Social en el marco del SNPAD y los objetivos formulados en el Plan Nacional para la Atención y Prevención de Desastres, el Ministerio a través del Grupo de Atención de Emergencias y Desastres ha desarrollado los siguientes proyectos durante el periodo 2006 - 2010:

RECURSOS DE FUNCIONAMIENTO

PROGRAMA EMERGENCIA SANITARIAS: Con el fin de fortalecer la respuesta nacional, regional y local en salud frente a las emergencias sanitarias de origen natural o antrópico, las actividades desarrolladas a través de este Programa son las siguientes:

Transferencias a Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE, los Centros Regionales de Reserva del Sector y el Centro Nacional de Reserva: Se realizaron transferencias durante las vigencias 2006 al 2010, de recursos a las Direcciones Departamentales de Salud para el fortalecimiento de los CRUE, por valor de \$ 1.177.765.126 y a los Centros Regionales de Reserva del Sector y el Centro Nacional de Reserva del sector, por valor de \$ 5.451.277.874 millones de pesos, con el fin de ser utilizados por las entidades beneficiarias para la compra de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres en temas relacionados con este fortalecimiento y apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realiza las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer. La distribución regional de estos recursos se presenta en las Tablas No.1 y No. 2.

Cuadro No. 49 Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres

Departamento/Distrito	Año 2006- al 2010
Antioquia	61.641.962
Atlántico	41.641.962
Barranquilla	21.641.962
Bogotá	41.641.962
Bolívar	21.641.962
Boyacá	63.641.962
Caldas	71.641.962
Cartagena	20.000.000
Cauca	30.000.000
Cesar	81.641.962
Córdoba	43.641.962
Cundinamarca	43.641.962
Guajira	41.641.962
Huila	43.283.924
Magdalena	21.641.962
Meta	21.641.962
Nariño	83.641.962
Norte de Santander	111.641.962
Pereira	30.000.000
Quindío	43.641.962
Risaralda	61.641.962
Santa Marta	41.641.962
Santander	21.641.962
Sucre	40.000.000
Tolima	51.641.962

Valle	21.641.962
TOTAL	1.177.765.126

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Cuadro No. 50 Centro Nacional y Centros Regionales de Reserva

Departamento / Distrito	Años 2006 al 2010
Antioquia	15.000.000
Bolívar	37.000.000
Caldas	22.000.000
Caquetá	10.000.000
Cesar	30.000.000
Córdoba	45.000.000
Cundinamarca	25.000.000
DEIP de Barranquilla	15.000.000
Guajira	22.000.000
Huila	45.000.000
Meta	10.000.000
Nariño	15.000.000
Putumayo	10.000.000
Quindío	10.000.000
Risaralda	37.000.000
Santander	37.000.000
Sucre	30.000.000
Tolima	25.000.000
Valle	30.000.000
Centro Nacional de Reserva	4.981.277.874
TOTAL	5.451.277.874

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL

La finalidad de este Programa es desarrollar actividades que permitan una mejor calidad de vida para la población rural y sin capacidad de pago del país en municipios de menos de 50 mil habitantes, esto a través del desarrollo de actividades y programas que mejoren la prestación de los servicios de salud dirigidos a esta población. Para los años 2003 al 2010 y en coordinación con la Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud, se distribuyeron recursos por un valor de \$ 66.418.029.719. Con estos recursos se pudo apoyar a cerca de 1.233 instituciones de salud de todo el país. La distribución regional de estos recursos se presenta en las Tabla No.3.

Cuadro No.50 Plan Nacional de Salud Rural

Vigencias	Proyectos Cofinanciados/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2006	224	8.209.488.000
2007	213	8.537.868.000
2008	187	8.836.694.000
2009	194	8.730.138.240
2010	En proceso de asignación	8.836.694.000
TOTAL	818	43.150.882.240

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA SALUD:

Este programa tiene como finalidad desarrollar actividades que permitan mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter pública en poblaciones urbanas y marginales mayores de cincuenta mil habitantes.

Durante las vigencias comprendidas entre el 2006 al 2010 se asignaron recursos por un valor de \$18.248.409.680. Con estos recursos se pudo apoyar a cerca de 410 275 instituciones de salud de todo el país. La distribución regional de estos recursos se presenta en las Tabla No.4.

Cuadro No. 51 Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

Vigencias	Proyectos Cofinanciados/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2006	48	2.791.321.000
2007	46	2.809.374.000
2008	126	6.907.703.000
2009	55	2.872.303.680
2010	En proceso de asignación	2.867.708.000
TOTAL	275	18.248.409.680

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

RECURSOS DE INVERSIÓN

Proyecto Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres:

Con el fin de fortalecer la respuesta nacional, regional y local en salud, frente a la Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres de origen natural o antrópico, las actividades desarrolladas a través de este Programa son las siguientes:

Programa de Elaboración, Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres: En el componente de reducción de las vulnerabilidades funcionales se vienen desarrollando programas sostenidos de Preparativos Hospitalarios para Desastres y se ha incluido como una exigencia en el proceso de Habilitación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la elaboración de adecuados Planes Hospitalarios de Emergencias.

En este componente se integrara el tema de "Hospitales Seguros Frente a los Desastres", como un programa nacional para la reducción del riesgo ante desastres en el sector de la protección social, componente salud de acuerdo con la Resolución No. 0976 de abril 1 de 2009 y en cumplimiento de las conclusiones de la Reunión Internacional de Reducción de Desastres realizada en Kobe – Japón, en enero de 2005, ya que se considera de especial interés esta materia para lograr la reducción y mitigación de los riesgos de desastres

en las instalaciones de salud del país en el entendido que éstas son consideradas construcciones indispensables dada la importancia que tienen en la seguridad que debe ser brindada a una comunidad sometida a los riesgos de desastre. En el caso de presentarse alguna emergencia, los hospitales deben estar preparados y operables para dar la atención que pueda requerirse.

Durante las vigencias comprendidas entre 2006 al 2010 se asignaron recursos por un valor de 2.250 millones de pesos, se apoyaron cerca de 28 instituciones de salud de todo el país y se capacitaron aproximadamente 860 personas del sector en el componente salud.

Cuadro No. 51 Programa de Elaboración, Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres

Vigencias	Instituciones Beneficiadas	Talento Humano Capacitado	Valos (en millones de pesos)
2006	6	200	490
2007	5	210	440
2008	7	240	440
2009	5	210	440
2010	5	En ejecución	440
TOTAL	28	860	2.250

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Programas de Capacitación: Se realiza capacitación y entrenamiento en temas Medidas de prevención ante las erupciones volcánicas, Protección a la Misión Médica y Derecho Internacional Humanitario, Atención Prehospitalaria, Manejo Médico de las Urgencias, las relacionadas con prevención y promoción de la salud.

Cuadro No. 52 Programas de Capacitación

Misión Médica y Derecho Internacional Humanitario			
Vigencias	Entidades Territoriales Beneficiadas	Talento Humano Capacitado	Talleres
2006	Secretarías de Salud Departamental y	622	12
2007	Municipal, IPS, EPS, EPSS, Funcionarios de la	1.215	32
2008	Fuerza Pública, Defensa Civil, Cruz Roja	188	8
2009	Colombiana, Presidencia, Instituciones de	229	10
2010	educación formal y no formal.	80	3
	TOTAL	2.334	65

Fuente: Grupo de atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología RENATO: Se fortalece de la Red Nacional de Toxicología, a través del centro de información de toxicología a nivel nacional, así como de algunas estrategias ayudan a la mitigación de la morbilidad por accidentes de tipo toxicológico, dado que en el país se han aumentado las cifras en el número de la atención y eventos toxicológicos.

Cuadro No. 53 Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología RENATO

Vigencias	Convenio Fortalecimiento Renato	Valor
-----------	---------------------------------	-------

2006	1	105.000.000
2007	0	
2008	1	100.000.000
2009	1	100.000.000
2010	1	160.000.000
TOTAL	4	465.000.000

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, de los Centros Regionales de Reservas y del Centro Nacional de Reserva del sector: Con el fin de apoyar la respuesta institucional ante eventos adversos en el nivel nacional y departamental, el Ministerio anualmente fortalece los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, de los Centros Regionales de Reservas y del Centro Nacional de Reserva del sector, con la adquisición de medicamentos, insumos medico quirurgos, adquisiciones de antídotos. Para brindar una respuesta oportuna a la población afectada por emergencias y desastres en el territorio nacional.

Cuadro No.54 Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y de los Centros Regionales de Reserva del Sector

Fortalecimiento CRUE y CRRS	
Vigencias	Valor
2006	150.000.000
2007	230.500.000
2008	241.000.000
2009	476.000.000
2010	
TOTAL	1.097.500.000

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Fortalecimiento Institucional de Respuesta: En este componente se desarrolla por medio de la asistencia técnica para la prevención, atención y rehabilitación en casos de emergencias y desastres de origen natural y/o antrópico en el territorio nacional a través de un equipo institucional. Además, se apoya al grupo a través de la contratación de asesores en temas relacionados con la atención a víctimas de eventos catastróficos, terroristas y accidentes de tránsito y el desarrollo del componente de salud mental en emergencias y desastres.

Cuadro No. 55 Fortalecimiento Institucional de Respuesta

Fortalecimiento Institucional de Respuesta	
Vigencias	Valor
2006	75.523.000
2007	97.000.000
2008	267.000.000
2009	334.000.000
2010	350.000.000
TOTAL	1.123.523.000

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LA RED DE URGENCIAS Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y ACCIDENTES DE TRANSITO (SUBCUENTA ECAT – FOSYGA):

Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias: Para garantizar la atención integral en salud en situaciones de urgencia, emergencia o desastre, se requiere el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias, para lo cual es necesario mejorar la capacidad de respuesta de las entidades prestadoras de servicios de salud, garantizando una adecuada dotación de equipos médicos para servicios como los de urgencias, reanimación o cuidado intermedio e intensivo, el fortalecimiento de la red de comunicaciones y una red funcional de transporte de pacientes aéreo o terrestre.

Con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad a de los servicios de salud especializados de la población con dificultades de acceso a dichos servicios el Ministerio promueve la prestación de los servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina, con el fin de contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, la capacitación del recurso humano, la disminución de costos, el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud en las regiones del país.

Por lo antes señalado, se realiza Fortalecimiento a la Red Nacional de Urgencias en cualquiera de sus componentes: comunicaciones, dotación con equipos, transporte (aéreo, terrestre, fluvial, marítimo de pacientes) y prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, con lo que se pretende mejorar la respuesta de la red hospitalaria ante situaciones de Urgencia, Emergencia o Desastre y desde luego, garantizar mejores escenarios para la Prevención y Atención de los Accidentes de Tránsito, de los Eventos Catastróficos o Terroristas.

Proyecto Colombiano para el Manejo de Trauma Cerebral: El Trauma Craneoencefálico es un problema que afecta principalmente a las personas más jóvenes y en plena capacidad productiva, muchas de ellas mueren y otras quedan con secuelas permanentes de acuerdo a la severidad de las lesiones. Esta problemática requiere de soluciones que permitan un mejor desempeño de los hospitales de la Red Nacional de Urgencias en el manejo del Trauma Cráneo Encefálico severo.

Teniendo en cuenta los problemas planteados, el Ministerio promovió la instalación del un programa interactivo TBI-trac y la asesoría permanente en el manejo de pacientes con trauma craneoencefálico severo en 6 hospitales de III nivel incluida una IPS del Instituto de Seguros Sociales (Clínica San Pedro Claver).

Cuadro No. 56 Proyecto Colombiano para el Manejo de Trauma Cerebral

Vigencia	Pacientes Atendidos
2006	251

TOTAL	251
--------------	------------

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Componente Dotación de Equipos Unidades de Cuidado Intensivo (III FASE): Parte de los recursos asignados al Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en esa vigencia, se dedicaron a la dotación de servicios de cuidado intensivo del país.

Esta inversión corresponde a la tercera fase de dotación de los servicios de cuidado intensivo del país y en la distribución de los recursos, se tuvo en cuenta la importancia de la Institución dentro de la Red departamental o distrital de servicios de salud, el recurso humano para su adecuada utilización, los niveles de ocupación de estos servicios, y algunos de los hospitales ubicados en las Zonas de Rehabilitación.

La ejecución de los recursos se esta haciendo a través de convenios suscritos con los prestadores de servicios y como parte de sus obligaciones está la demostración efectiva de atenciones a población vinculada o población afiliada a régimen subsidiado en actividades por fuera de POS y que será auditada por las Secretarías Departamentales y distritales de Salud. La distribución de estos recursos se relaciona en el siguiente cuadro.

Cuadro No 57 Distribución de Recursos Tercera Fase –
Dotación de unidades de cuidados intensivos.
Vigencia 2002 - 2003

Dpto - Municipio	Entidad	Nivel	Tipo de Unidad	Valor Asignado (Millones de Pesos)
ARAUCA - ARAUCA	HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E	2	ADULTOS	100.000.000
ARAUCA - SARAVENA	ESE HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI	2	INTERMEDIO	100.000.000
ANTIOQUIA - MEDELLIN	HOSPITAL GENERAL LUIS CASTRO DE GUTIERREZ	3	ADULTOS	400.000.000
ATLANTICO - BARRANQUILLA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO	3	ADULTOS	400.000.000
BOLIVAR - CARTAGENA	ESE CLINICA RAFAEL CALVO	2	NEONATAL y ADULTO	400.000.000
BOYACA - TUNJA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	3	ADULTOS	250.000.000
CAQUETA - FLORENCIA	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA	2	ADULTOS	250.000.000
CALDAS - MANIZALES	ESE HOSPITAL DE CALDAS	3	NEONATAL	250.000.000
CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C	ESE HOSPITAL LA VICTORIA	3	NEONATAL	400.000.000
CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	3	ADULTOS POST QUIRURGICA	400.000.000
LA GUAJIRA - RIOHACHA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	2	PEDIATRICA	250.000.000
LA GUAJIRA - MAICAO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	2~	ADULTO	250.000.000
MAGDALENA - SANTA MARTA	ESE HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	3	ADULTOS - NEONATAL	250.000.000
NARIÑO-PASTO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	3	NEONATAL	250.000.000
PUTUMAYO - MOCOA	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ	2	ADULTOS	250.000.000

Dpto - Municipio	Entidad	Nivel	Tipo de Unidad	Valor Asignado (Millones de Pesos)
RISARALDA - PEREIRA	ESE HOSPITAL SAN JORGE	3	PEDIATRICA	250.000.000
TOLIMA - IBAGUE	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	3	PEDIATRIACA	250.000.000
TOTAL INVERSIÓN UCI				4.700.000.000

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres – Viceministerio de Salud y Bienestar

Guías para el Manejo de Urgencias: Parte de los recursos asignados al Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias se dedicaron a una nueva versión de las Guías para la Atención de Urgencias cuyo lanzamiento oficial se hizo el pasado 11 de diciembre.

En la vigencia 2008-2009 se editaron las Guías de Atención Médica de Urgencias para distribuir a las entidades territoriales de salud del país, las universidades que tienen programas académicos de formación en salud y personal de salud que atiende los servicios de urgencias. Adicionalmente se elaboraron las Guías de Salud Mental en Emergencias y Desastres, material con el que se espera mejorar la respuesta sectorial.

Prestación de Servicios Bajo la Modalidad de Telemedicina: Las acciones desarrolladas en Telemedicina, transporte aéreo medicalizado, son de resaltar en el Ministerio de la Protección Social. Entre julio de 2008 y mayo de 2009, este Ministerio garantizó la continuidad en la prestación de servicios de salud bajo esta modalidad en las 60 instituciones prestadoras de servicios de salud correspondientes a la primera fase del Programa iniciado en 2007 y ampliado en 30 instituciones más. En total este programa beneficia a 20 departamentos con recursos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y se desarrolla a través de los siguientes Centros de Referencia: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Caldas y Fundación Cardiovascular de Colombia. Se destaca el apoyo del Programa COMPARTEL del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, que proporciona la conectividad para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la vigencia 2008 se realizaron 6.391 atenciones bajo la modalidad de telemedicina básica y se atendieron 806 pacientes a través de tele cuidado Intermedio (teleUCI). En 2009 fueron realizadas 3.491 atenciones bajo la modalidad de telemedicina básica, se atendieron 1.790 pacientes en la modalidad de tele cuidado intermedio (TeleUCI) y se realizaron 5.404 actividades en Tele ayudas diagnósticas, lo que representa un incremento en la cobertura, oportuna y con calidad, de servicios especializados a población de lugares apartados de la geografía colombiana; y una disminución de las remisiones a instituciones de salud de ciudades capitales, y de los costos de atención para el sistema de salud.

Cuadro No. 58 Prestación de Servicios Bajo la Modalidad de Telemedicina

(Tele básica - Tele UCI Intermedia)

Vigencia	Departamento	Municipio	Numero de IPS	Valor (Millones)
2007	10	60	60 Instituciones - Modalidad Telebasica	10.0000.000
	10	11	11 Instituciones- Modalidad Teleuci	
			Dotación de equipos y ambulancias	
2008	11	30	30 Instituciones – Modalidad Telebasica	3.500.000
	2	2	2 Instituciones. Modalidad Teleuci	
			Dotación de equipos y ambulancias	
2009	18	50	50 Instituciones- Modalidad Telebasica	33.596.600.000
	16	20	20 Instituciones- Modalidad Teleuci	
			Dotación de equipos y ambulancias	
TOTAL				47.096.600

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

Transporte (aéreo, terrestre, fluvial, marítimo de pacientes): Se consolidó una alianza entre el Ministerio de Defensa Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Agencia Logística de las Fuerzas Militares y el Ministerio de la Protección Social, que tiene como propósito principal ofrecerle al país, a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la ciudadanía en general, un transporte aéreo medicalizado con calidad, componente esencial de la Red Nacional de Urgencias. El servicio pretende no sólo garantizar el acceso de la población a los centros especializados o el traslado entre hospitales, sino también la atención de emergencias y desastres, la remisión de equipos, insumos y recurso humano especializado y el transporte urgente de órganos con destino a un transplante.

A partir de los recursos para el Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias de las vigencias 2008 y 2009, se dispusieron de \$43.500 millones para la compra de cuatro aeronaves y la logística necesaria para ofrecer un servicio de Traslado Aéreo Medicalizado, además se cuenta con la construcción y dotación del Centro de Recuperación de Personal y la adquisición y dotación de equipos para las unidades de salud ubicadas en diferentes puntos del territorio nacional, que apoyan la respuesta en la atención médica para la población.

Para contribuir al logro de los objetivos propuestos, en el año 2009, se contó con la adición de \$1.000 millones para fortalecer la dotación del Centro de Recuperación de Personal, la adquisición de una ambulancia medicalizada y la medicalización de dos aviones adicionales.

PROYECTO AMPLIACIÓN RENOVACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO APOYO OTROS EVENTOS DE TRAUMA MAYOR POR VIOLENCIA – (SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD - FOSYGA):

Cofinanciación de la Atención de Eventos de Trauma Mayor por Violencia:

El Acuerdo 64 del 1 de julio de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció las prioridades para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA provenientes del impuesto social a las armas, y destinó recursos a la realización de contratos con diferentes instituciones en el ámbito nacional para la atención de los eventos asociados a la violencia que generen trauma mayor de población pobre no afiliada al régimen subsidiado, o a los afiliados al régimen subsidiado con este tipo de patologías, si no están cubiertos por el POS-S.

Igualmente, el Acuerdo 64, establece como zonas prioritarias para la asignación de recursos las siguientes:

- Zonas de conflicto armado.
- Regiones con mayor frecuencia de lesiones intencionales que causen discapacidad, morbilidad y mortalidad.
- Zona de Urabá, el Valle Medio del Río Magdalena y el Distrito Capital.

Se fortalecieron durante el periodo 2006 – 2010 a las IPS a través de convenios y transferencias con recursos destinados a la cofinanciación de la atención en salud a cargo de las entidades territoriales de los pacientes afectados por eventos de trauma mayor por violencia que permita la atención que corresponda al tratamiento integral de las patologías resultantes de estos eventos, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud definidas por el Ministerio para esta atención.

Cuadro No.59 Cofinanciación de la Atención de eventos de Trauma mayor por Violencia

VIGENCIAS	INSTITUCIONES BENEFICIADAS	VALOR
2006	19	2.700.000.000
2007	14	2.835.000.000
2009	15	3.372.565.000
TOTAL	48	8.907.565.000

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

2.10 Otras acciones desarrolladas en el proceso de implementación de la Política de Prestación de Servicios de Salud

2.11 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional

2.11.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Desde el año 2006, el Direccionamiento Estratégico, ha tenido como eje central la búsqueda de la excelencia para responder a las necesidades y expectativas del usuario. Con un enfoque en promoción de la salud, prevención, diagnóstico y recuperación de la enfermedad cutánea, soportado en la docencia e investigación. El 85% de nuestros usuarios son referidos “voz a voz” reflejando

así el reconocimiento de marca por la comunidad. También hemos traspasado las fronteras de Televisión Educativa y Cultural Iberoamericana.

Los principios orientadores han sido la base filosófica del proyecto pedagógico, para conformar el sistema de valores corporativos, el cual se centra en la autoconstrucción y el autocontrol y se dinamiza a través del modelo de competencias: técnicas y medulares (significado-relación-aprendizaje-cambio). Esto permitió conformar un equipo de “asociados de valor” idóneo. Como resultados de encuestas bianuales de clima organizacional del período comprendido 2006-2010 se obtuvo un incremento del índice de satisfacción laboral que paso del 92.7% en el 2007 y hoy se ubica en el 98.6%

Entre las mejoras y logros en los servicios asistenciales, a partir del cuarto trimestre de 2009, el Centro Dermatológico cambio el modelo asistencial y empezó a tener presencia de todas las sub-especialidades dermatológicas, efectuó renovación de equipos en laboratorio clínico y fisioterapia, suscribió el convenio interinstitucional con el INVIMA y promovió algunos dermatólogos de planta en funciones de Coordinación.

Los indicadores de gestión de calidad y de servicio del Centro muestran resultados favorables, como la satisfacción del usuario situándose en el 98,2% con relación a la meta establecida del 95%.

El indicador de oportunidad de la cita es complejo y se conforma con el libre juego de la oferta y la demanda de los servicios prestados por el Centro Dermatológico, los cuales están catalogados como no POS, y han ido creciendo en la medida que los pacientes los utilizan sin acudir a las EPS, planes complementarios o medicinas prepagadas.

Los indicadores de gestión y calidad se muestran en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 60 Indicadores de Gestión de Calidad
Julio 2006- Mayo 2010

Indicador	2008	2009	2010
Evaluación Promedio de la Historia Clínica	92,4 / Meta 90	92,9 / Meta 90	90 / Meta 90
Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio	0	0	0
Oportunidad de Respuesta a las Manifestaciones del Usuario	2,6 días/ Meta: 3 días	3 días/ Meta: 3 días	2,9 días/ Meta: 3 días

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Cuadro No. 61 Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio
Julio 2006- Mayo 2010

Indicador	Resultado	Meta
Oportunidad de la Cita (días)	15,6	15
Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos)	8	20
Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%)	100	100
Satisfacción del Usuario (%)	98,2	95

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

2.11.2 Instituto Nacional de Cancerología

Desde 2002 el INC ha desarrollado un proceso estructurado de cambio denominado **“FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL INTEGRAL COMO MEDIO PARA HACER FRENTE AL DESAFÍO DEL CÁNCER EN COLOMBIA”**

Se adaptaron las condiciones institucionales para hacer frente al enorme reto que plantea el control integral del cáncer en Colombia en los próximos decenios para atender la demanda prevista de las próximas generaciones.

Este proceso de cambio ha sido generado a partir del conocimiento que tenía el Instituto y la experiencia institucional acumulada durante las siete y media décadas anteriores.

Este cambio organizacional tendrá impacto social porque le permitirá al Estado Colombiano estar preparado con el conocimiento, la experiencia y la tecnología para afrontar el cáncer en un contexto global, con un enfoque de equidad. El cambio del INC se fundamentó en:

- El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial.
- De acuerdo con la OMS, en el año 2007 esta enfermedad cobró la vida de 7,9 millones de personas en el mundo.
- Las defunciones por cáncer equivalieron aproximadamente al 13% de las defunciones mundiales durante 2007.
- Se prevé que seguirán aumentando hasta llegar a unos 14 millones anuales en 2030.
- El 80% de las defunciones ocurridas en 2007 ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos.
- Los principales tipos de cáncer que aportaron a las defunciones antes mencionadas fueron los de pulmón (1,4 millones), estómago (866 mil), hígado (653 mil), y colon (677 mil).

“Los tumores malignos constituyen una carga creciente para nuestra población, al punto que hoy mueren anualmente más de 30.000 colombianos por esta causa y se prevé que al menos el 9% de los hombres y el 12% de las mujeres padecerán la enfermedad antes de llegar a los 64 años. Tal situación indica que prácticamente todos nos veremos afectados en el futuro próximo bien sea como pacientes, como familiares o como amigos”.

El redireccionamiento, marca la pauta para un despliegue estratégico enfocado a proveer herramientas, que garanticen el cumplimiento de una gestión integral proyectada, que permita direccionar la entidad hacia un sistema viable social, financiero y económico. La metodología utilizada fue:

- Planeación de proyectos, orientada por objetivos y resultados.
- Diagnóstico institucional (lluvia de ideas, DOFA, encuesta empresarial).
- Identificación de factores claves de éxito.
- Identificación de políticas.
- Estructuración de la Plataforma Estratégica: misión, visión, principios y valores.
- Estructuración del Plan de Desarrollo por líneas, componentes o perspectivas de gestión.
- Estructuración de la gestión de procesos dentro del marco del sistema de gestión de la calidad

El proceso de fortalecimiento institucional integral del Instituto implicó:

1. Visualizar un horizonte de planeación de largo plazo
Visión de una gestión de ocho años

La clave fue fortalecer la **planeación institucional**

- Plan de Inversiones de mediano y largo plazo
- Formulación de proyectos de inversión
- Formulación de políticas

Para el desarrollo de la planeación estratégica desde el año 2002, el Instituto ha desarrollado 3 planes de desarrollo:

Primer Plan de Desarrollo Institucional (2003 – 2006): Se “**organizó la casa**”, es decir, estabilizó la gestión administrativa y financiera.

Segundo Plan de Desarrollo Institucional (2006 – 2008): Se inició la **ejecución de los proyectos clave**, posiblemente únicos en el sector salud, en el país, y en América Latina, tal como el reforzamiento estructural y reorganización medicoarquitectónica, el diseño y puesta en marcha del sistema de información SAP/R3, la adquisición e innovación tecnológica y la definición de un Modelo de Control del Cáncer en Colombia, entre otros proyectos relevantes, y se convirtió en un medio para lograr la viabilidad, **la sostenibilidad y la continuidad** del Instituto en el tiempo.

Tercer Plan de Desarrollo Institucional (2009 – 2011): Este plan es la transición entre una **gestión administrativa de medios** y **una que permita salir de los muros del Instituto y proyectarse hacia el país**, trascendiendo la

prestación de servicios asistenciales como un hospital, y logrando un manejo integral del cáncer para el Siglo XXI.

El Tercer Plan de Desarrollo Institucional se ha venido ejecutando a partir de un **enfoque de gestión por procesos**, articulación de los modelos:

- MECI
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

El proceso de planeación que se inició en el Instituto en el año 2002, partió de identificar las tres (3) formas mediante las cuales la ciencia médica trata el cáncer:

- Cirugía
- Quimioterapia (uso de medicamentos) y
- Radioterapia (aplicación de radiación en las regiones tumorales).

Con estos antecedentes, se diagnosticó la situación existente para cada uno de estos servicios, evidenciando que era indispensable apoyar la labor misional antes mencionada con el fortalecimiento de tres grandes pilares:

- Un sistema de información robusto,
- Una infraestructura adecuada a las necesidades, y
- La renovación y reposición tecnológica de los equipos biomédicos

Por lo anterior, se definió una estrategia de acción orientada a reforzar cada uno de los ejes de tratamiento y diagnóstico del cáncer, antes mencionados, con un enfoque orientado al usuario de los servicios del Instituto.

Recursos para emprender y sostener el proceso de cambio

Se ha logrado la financiación total de este proyecto con recursos propios del Instituto, generados a partir de ahorros operacionales y excedentes financieros, obtenidos por la entidad en el pasado, gracias a la gestión de las administraciones anteriores.

Resultados de la gestión

En los últimos años el Instituto ha evolucionado su razón de ser enfocándola hacia el “**Control Integral del Cáncer**” estableciendo su misión, visión y principios fundamentales que dentro del redireccionamiento estratégico conserva la esencia de su que hacer en la atención de enfermos con cáncer.

La contribución del Instituto en el fortalecimiento de las políticas públicas en salud esta enfocada en el diseño y desarrollo de productos y servicios de

carácter oncológico, para lo cual desarrolla proyectos encaminados al fortalecimiento organizacional que den cumplimiento a su razón de ser “el control integral del cáncer”. Dentro de los proyectos se puede destacar la ejecución de proyectos para el fortalecimiento de la investigación en oncología, el desarrollo de programas en salud pública, el reforzamiento y reordenamiento estructural, y el fortalecimiento de su sistema de gestión mejorando la calidad en la prestación de sus productos y servicios. Adicionalmente el desarrollo de programas de educación formal en convenio con universidades públicas y privadas para la formación de profesionales en el área de la salud en especialidades oncológicas permite complementar la política pública del control del cáncer. Por último, pero no menos importante la prestación de servicios especializados en neurocirugía por neuronavegación esterotáxica; braquiterapia ocular; radioterapia con intensidad modulada (imrt); braquiterapia de próstata; braquiterapia alta (iridium) tasa (cesium); radio cirugía; radiación de productos sanguíneos con propósito de tratamiento; perfusión aislada de miembro con melfalan; cirugía de mohs; trasplante autólogo de médula ósea (tamo); estudios de hematología especial; estudios de inmuno genética; estudios de inmunohistoquímica y receptores hormonales.

El Instituto desarrolla diferentes proyectos en Pro del mejoramiento continuo de sus usuarios y clientes que abarcan el mejoramiento de la infraestructura física, el mejoramiento de la gestión institucional, la investigación, y el desarrollo de programas de vigilancia promoción y prevención para el control del cáncer; el desarrollo de estos proyectos se describen a continuación.

1. Desarrollo del Proyecto de Reordenamiento y Reforzamiento Estructural

Se han realizado inversiones en: **infraestructura física, reforzamiento y reordenamiento estructural** incursionando en un nuevo sistema “Polímeros reforzados con fibras (FRP)”, que permite construir obras más limpias, con poco ruido y menor vibración , disminuyendo costos de inversión y el traumatismo frente a la prestación de servicios, convirtiéndose en un opción viable como ejemplo para otras instituciones de salud en Colombia en alternativas de reforzamiento estructural y modernización institucional.

Utilizando como filosofía fundamental el mejoramiento continuo de los procesos institucionales, el Instituto ha dado continuidad al proyecto de reordenamiento y reforzamiento estructural, mejorando sus instalaciones para dar más apoyo a sus servicios misionales, para lo cual ha realizado remodelación en varias habitaciones de hospitalización, Radioterapia, el auditorio y la biblioteca, la zona de admisiones, el laboratorio de patología, imágenes diagnosticas, la cafetería para usuarios y el comedor para funcionarios, ha puesto en funcionamiento modernas salas de cirugía y recuperación, también ha puesto en servicio la portería de la calle primera, la portería de la carrera novena; y la nueva farmacia en un esfuerzo para mejorar la atención a sus usuarios; de la misma manera se ha trabajado en el reforzamiento estructural de las instalaciones del instituto.

2. Desarrollo de la Gestión Asistencial.

Programas

En el área de oncología clínica se dio al servicio un sistema de atención denominado **Hospital Día**, concepto que reunió áreas físicas adecuadas para adultos y niños, preparación y dosificación de medicamentos, consulta médica y de enfermería en una sola área para el manejo de quimioterapia de pacientes ambulatorios.

Rehabilitación integral con el objeto de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, sus familiares y/o ciudadanos que ingresan al Instituto.

Salud Sexual y reproductiva con el fin de brindar orientación de las pacientes en edad fértil (15 a 45 años) en los componentes que forman parte del programa (cáncer y embarazo, cáncer y fertilidad y sexualidad y cáncer).

Centros de excelencia:

Medicina Nuclear Molecular. Se ha estructurado como centro de excelencia que trabaja con técnicas anatómicas, diagnósticas y terapéuticas, con el fin de entender mejor los procesos biológicos bajo condiciones normales de la enfermedad.

Tumores Neuroendocrinos. Se ha conformado un centro de excelencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con TNE, con el fin de aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida. Que sirva de modelo para generar políticas de atención del cáncer en el país.

Centro de Referencia para la Atención del Niño con Cáncer.

Se ha desarrollado el modelo de atención del niño con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología, con el fin de mejorar la gestión para reducir la tasa de abandono del paciente pediátrico, reducir la tasa de muertes tóxicas, implementar el registro de cáncer pediátrico en el INC y poder desarrollar el programa de oncología pediátrica del INC como modelo nacional para el cuidado del niño con cáncer.

Patología Molecular

Se ha iniciado la implementación del proyecto, buscando integrar las diferentes técnicas de biología molecular, genética, informática junto con las ya existentes inmunohistoquímica, histoquímica, citometría de flujo, citología, histotecnología codificación y base de datos a partir de los especímenes enviados a patología, líquidos corporales, citologías exfoliativas, por drenaje, borbotaje o aspiración, biopsias por congelación, biopsias, especímenes quirúrgicos, sangre para

citometría, mielogramas utilizando profesionales en diferentes disciplinas, técnicos en diferentes disciplinas bajo manuales y recomendaciones de buenas prácticas cuyos resultados sean reconocidos por la comunidad científica médica mundial e inciden en la clínica: diagnóstico, pronóstico, indicador de terapia, entorno familiar entorno ambiental puedan ser reproducibles, bajo estrictos indicadores de calidad, que además sirvan de base para investigación, docencia y biobanco.

Cuidado Paliativo como servicio que extiende atención hospitalaria hasta el domicilio o lugar temporal de residencia del paciente

Adquisición y renovación de tecnología biomédica

Radioterapia: El Instituto ha obtenido avances significativos a nivel de tecnología biomédica (teleterapia, braquiterapia, simulador convencional a scanner, Radiocirugía, braquiterapia ocular, radioterapia convencional 2d a conformal 3d con técnicas de IMRT y IGRT únicas en el país, con nuevos acelerador, Radioterapia intraoperatoria, próxima a darse inicio).

Renovación del área de **Imágenes Diagnósticas**, tanto en el área física como tecnológica, introduciendo la resonancia magnética, angiografía, TAC multicortes, ecógrafos de cuarta generación, digitalización de imágenes en el nuevo sistema de información, eliminando las placas convencionales, adecuación de modernas áreas de **patología** con nueva tecnología acorde al nivel requerido.

3. Fortalecimiento de la Gestión de Investigaciones

En Colombia la incidencia y mortalidad del cáncer se consolidado como un problema de salud publica que ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el país, en este orden de ideas Colombia ha centrado sus esfuerzos en la prevención del cáncer utilizando técnicas y estrategias utilizadas en países desarrollados, esfuerzos que no han logrado los resultados esperados. Por esta razón el Instituto ha centrado sus esfuerzos en investigación en comprender cual es el comportamiento de la enfermedad en nuestro medio, para lo cual ha definido líneas de investigación que permiten identificar las causas de la enfermedad, métodos efectivos de control, planes y políticas de prevención, para lo cual ha definido las siguientes líneas: etiología del cáncer; carga de cáncer; investigación en servicios oncológicos; actuar político y cáncer; diagnóstico y tratamiento del cáncer; mecanismos celulares y moleculares del cáncer ; control de riesgo y detección temprana y aspectos psicosociales del cáncer. Las líneas de investigación han definido el actuar del Instituto frente al desarrollo de los proyectos orientados a la prevención y control del cáncer; dentro de los avances podemos destacar:

- **Vacuna contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cuello uterino**

Se realizó el cierre del ensayo clínico para evaluación de eficacia de la vacuna en mujeres jóvenes y se continúa en desarrollo del ensayo clínico para evaluar la eficacia de la vacuna en mujeres de edad media. La vacuna desarrollada por la compañía Merck, Sharp & Dome fue aprobada por el INVIMA para uso en mujeres de 9 a 26 años y en niños (para estos últimos a pesar de que los resultados de los estudios no se han reportado). El Instituto organizó junto con la Universidad de Antioquia un evento científico de proyección internacional con el fin de difundir el conocimiento necesario para el adecuado uso de esta vacuna en las mujeres colombianas. De igual forma publicó un documento en donde expresa la posición del Instituto respecto a la introducción de la vacuna en Colombia, que se espera sirva de guía para los actores del sistema.

- **Ley para control del tabaquismo en Colombia.**

En desarrollo de los temas de políticas y movilización, dentro de la línea de investigación institucional "Actuar Político Y Cáncer", el Instituto como resultado de sus funciones de asesoría en salud pública para el Ministerio De La Protección Social, desarrollo la Ley 1335 para el control del tabaquismo, la cual centra sus esfuerzos en el control de la publicidad y promoción del tabaco, los espacios libres de humo, el empaquetado y etiquetado, la prohibición de venta al menudeo, prohibición de venta en máquinas expendedoras, y la educación y comunicación de los efectos del tabaco en la salud humana.

- **Publicación del Manual de Agentes Carcinogénicos de interés Ocupacional para Colombia.**

Se publicó este documento, que facilita el diseño de actividades de prevención del cáncer en los ambientes laborales y la clasificación de origen de los casos de cáncer que surgen en la población trabajadora. El documento es un producto del estudio "Cáncer Ocupacional en Colombia".

- **Sistema de Gestión de la Tecnología**

En la búsqueda de una ventaja competitiva soportada en la innovación tecnológica se ha desarrollado Sistema de Gestión de la Tecnología, para lo cual en Instituto ha iniciado la incorporación de los resultados de este proyecto a los procesos institucionales los componentes de evaluación de la tecnología, y vigilancia tecnológica; con el ánimo de mejorar la incorporación y la utilización de la tecnología existentes como un método para la optimización de sus recursos tecnológicos en búsqueda del desarrollo institucional.

- **Resultados de Estudios de Investigación**

Como resultado de los estudios de investigación adelantados por el Instituto es de destacar la publicación de la primera patente institucional, esta patente se

obtuvo para el “Método De Cuantificación De Variantes De VPH 16”. Adicionalmente ha desarrollado la Guía De Práctica Clínica Para El Manejo De Leucemia Linfocítica Aguda En Menores De Quince Años; y la Guía De Práctica Clínica Para El Tratamiento Adyuvante Con Hormonoterapia En Cáncer De Mama. Como estrategia para la divulgación del conocimiento se han fortalecido las publicaciones en la Revista Colombiana de Cancerología, y en publicaciones indexadas y no indexadas.

4 . Proyectos Soporte para la gestión institucional.

Sistemas de Información

Continuando con la filosofía de mejoramiento del Instituto y la necesidad de mejorar nuestros procesos institucionales, se han hecho inversiones significativas en diferentes frentes de actualización de los sistemas de información, en este sentido se está implementando SAP/R3 integrando bajo este sistema, módulos financieros, de administración de activos, historia clínica electrónica, administración de proyectos, y administración de recurso humano; permitiendo una integración en los diferentes módulos.

También se ha implementado proyectos de sistematización para automatizar de las Imágenes Diagnósticas a partir de Equipos Análogos y Equipos Digitales; el Proyecto Auditorio Multivisual, la Publicación electrónica de la Revista Nacional de Cancerología.

Adicionalmente se amplió el canal de Internet y la organización de los centros de cableado, también se realizó la migración de información a servidores más seguros mitigando el riesgo de pérdida de la información.

Dentro de los últimos proyectos que se han implementado, se encuentra el control a la gestión de proyectos de investigación e inversión, el control de acceso a las instalaciones del Instituto y los tableros sistematizados de indicadores, especialmente de la decreto 2193, circular 030 y 056, el decreto 473 y el tablero estratégico institucional.

2.11.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia presta los servicios de salud a pensionados y sus familias, de la extinta Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia ubicados en dieciocho (18) departamentos y residentes en setenta y seis (76) municipios. Durante el cuatrienio 2006 – 2010, se observa una disminución del 9.7%, que corresponden a las novedades de desafiliación (vencimiento de requisitos), en mayor proporción y retiros por fallecimiento del cotizante.

Cuadro No. 62 Población Beneficiada a Nivel Nacional
2006 – 2010

Usuarios Afiliados	2006	2007	2008	2009	2010 (Febrero)
Ferrocarriles Nacionales de Colombia	62.122	60.321	58.301	56.601	56.068

Fuente: FPS – Subdirección de Prestaciones Sociales - Afiliaciones y Compensación 2006-2010

Actividades

Para el cumplimiento de su Misión en la prestación del servicio de salud a los beneficiarios, se tiene contratados los servicios con IPS que cubren los 76 municipios, efectuando Auditorías Médicas en las diferentes fases de la prestación de los servicios, con seguimiento permanente a la ejecución de los contratos por parte de médicos auditores, fortaleciendo las veedurías y adelantando comités locales y regionales de evaluación de servicios de salud con participación de los veedores.

Prestación de Servicios de Salud como (Entidad Adaptada):

Durante el período 2006 al 2009, los usuarios del FPS, asistieron 5,01 veces promedio a consulta de medicina general y 2,39 veces promedio a consulta de medicina especializada. De igual manera se observa que estas consultas generan 74,92 medicamentos promedio durante este periodo, 7,47 exámenes de laboratorio. El promedio de atenciones de urgencias corresponde a 0,72 y las hospitalizaciones 0,18, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 63 Actividades Asistenciales del servicio de salud
2006 - 2009

Promedio por Usuario %					
Servicio	2006	2007	2008	2009	Promedio
Medicina General	4,16	4,72	6,27	4,89	5,01
Medicina Especializada	2,8	3,45	3,00	3,29	2,39
Odontología	1,25	1,37	1,6	1,28	1,38
Urgencias	0,57	0,74	0,82	0,76	0,72
Medicamentos	67,4	108,9	57,82	65,57	74,92
Laboratorio	5,45	7,1	8,5	8,82	7,47
Cirugía	0,06	0,07	0,05	0,06	0,06
Cirugía Programadas		0,07	0,09	0,09	0,06
Procedimiento Diagnostico		2,79	2,13	2,91	1,96
Hospitalización	0,13	0,18	0,22	0,19	0,18

Fuente: Datos estadísticos remitidos por las IPS contratadas por el FPSFCN

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Prestación de Servicios de Salud

Para dar cumplimiento a este objetivo se realizaron diferentes actividades entre las que se destacan:

Cuadro No. 64 Actividades de Calidad en Prestación de Servicios de Salud
2006 – 2009

Actividades	2006	2007	2008	2009	Total
Visitas de Auditoria	1.393	956	2260	2551	7.160

Comités de Evaluación	195	98	225	169	687
Quejas y Reclamos	1.099	746	881	1172	3.898

Fuente: Grupo Interno de Trabajo Gestión de Salud

Para el período 2006 – 2009, se efectuaron 7.160 visitas de auditoría a las Instituciones prestadoras de los servicios de salud ubicadas en 76 municipios, en cumplimiento a lo pactado en los respectivos contratos celebrados para la prestación de dichos servicios a los afiliados pensionados ferroviarios, portuarios y sus familiares. Se llevaron a cabo 687 Comités Regionales y Locales, evaluando la accesibilidad, calidad y oportunidad en dicha prestación, efectuando los correctivos cuando se hizo necesario.

2.11.4 Sanatorio de Contratación

En el marco de la política sectorial de desarrollo administrativo de moralización transparencia de la administración pública, la entidad rediseño de la página web www.sanatoriocontratacion.gov.co, implementando la política de gobierno en línea alcanzando en las fases 1 y 2, un cumplimiento de 100%, en la fase 3 un cumplimiento del 56% y 4 un cumplimiento del 72%. Dentro de la política de racionalización de trámites, se racionalizó y publicó el trámite en línea de adjudicación y pago de subsidio de Hansen, así mismo se publicó el servicio en línea de certificado de beneficiario de subsidio de tratamiento de lepra.

Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

En cumplimiento de su objeto social, la entidad en la vigencia 2009 – 2010 prestó servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de lepra u población en general.

Programa Hansen (Lepra)

En el periodo 2006-2010 se diagnosticaron trece (13) casos de lepra, se asignaron ciento setenta y ocho (178) subsidios de tratamiento de lepra, en relación la prestación de servicios de primer nivel a los pacientes de enfermos de lepra albergados y residentes en el municipio de Contratación Santander y población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación E.S.E así:

Cuadro No. 65 Prestación de servicios Programa Hansen

SERVICIO	2006	2007	2008	2009
Consulta externa	2.908	2.707	2.933	1.529
Consulta urgencias	118	117	333	139
Servicio hospitalización	118	132	181	205
Procedimientos odontológicos	294	287	429	127
Laboratorio clínico (exámenes)	1.951	2.395	2.977	3.109
Terapia física	4.020	4.545	4.746	3.073
Terapia respiratoria	120	66	51	27
Servicio de ambulancia	18	19	21	79
Pacientes curación diaria de úlceras crónicas pacientes de Hansen	125.303	152.407	102.543	94.096

Supervisión a pacientes en tratamiento activo	19	11	23	21
---	----	----	----	----

Fuente: Sanatorio Contratación

Cuadro No. 66 Prestación de Servicios Población en General

SERVICIO	2006	2007	2008	2009
Consulta externa	8.545	7.711	7.626	7.281
Consulta urgencias	914	1.132	1.754	1.743
Servicio hospitalización	171	190	207	311
Procedimientos odontológicos	3.868	6.723	5.805	6.059
Laboratorio clínico (exámenes)	9.867	8.937	9.754	11.851
Terapia física	869	890	1.150	1.930
Terapia respiratoria	70	39	0	39
Servicio de Ambulancia	84	138	185	289

Fuente: Sanatorio Contratación

Se alcanzó una cobertura del 100% en la demanda de servicios de baja complejidad, tanto a nivel de programa lepra como de población en general.

La entidad en este periodo, canceló un promedio mensual de 930 subsidios de tratamiento para la enfermedad de Hansen, de los cuales 453 corresponden al municipio de Contratación y los restantes a residentes en 127 municipios del resto del país. En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a Noventa y cuatro (94) enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad durante el cuatrienio

En procura de la rehabilitación psico-social se ofrecieron a los enfermos de lepra residentes en Contratación cursos de capacitación en tejido de fique y alfabetización y en convenio con el SENA, eventos de capacitación y formación en producción sostenible en proyectos productivos como horticultura y piscicultura beneficiándose catorce (14) pacientes enfermos de lepra.

Durante el período de referencia, se ejecutaron acciones de promoción y prevención de la salud así: Programa Ampliado de Inmunización PAI, Programa de Detección Temprana de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Detección Temprana en las Alteraciones del Joven, Programa de Detección Temprana en las Alteraciones del Adulto, Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, Detección de Alteraciones de Planificación Familiar, Detección Temprana de Alteraciones de CA de Cérvix.

Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad

La entidad tiene como meta SIGOB obtener la certificación de calidad en la vigencia 2010, por tanto se encentra en etapa de preparación para dicho proceso. Durante el periodo 2006-2010 se adelantaron los procesos de planeación e implementación del sistema de gestión de la calidad, la armonización del Sistema de Gestión de Calidad, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.

Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

El Sanatorio de Contratación en procura del mejoramiento de la calidad de vida de los albergados, realizó la optimización de la planta física del edificio Carrasquilla para efectuar el traslado del albergue de hombres, en atención a una solicitud del Grupo de Vigilancia y control de la Secretaria de Salud de Santander, gestionó y viabilizó y ejecutó el proyecto de adquisición de una ambulancia tipo TAB, completamente dotada, mediante la cofinanciación con el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Santander y Se alcanzó la renovación del 100% del equipo de cómputo, se adquirió e implemento un software para integrar las áreas administrativas y financieras; en procura de la mitigación de riesgos por deterioro del medio ambiente, se implementó el programa de manejo integral de residuos sólidos hospitalarios, con la dotación de equipo (archivo rodante) para las áreas de archivo de gestión de historia clínicas y talento humano.

Mejoramiento de la calidad del Talento Humano

Durante las vigencias comprendidas 2006-2010, se ejecutaron planes de capacitación, bienestar social e incentivos, con alcance a todos los funcionarios de la entidad, logrando un mejoramiento significativo en clima laboral y desempeño de funciones, para esta ejecución se adelantaron convenios con al ESAP y el SENA., alcanzando un cobertura del 100% de funcionarios beneficiados con programas de capacitación durante cada vigencia del cuatrienio 2006-2010.

2.11.5 Sanatorio de Agua de Dios

El portafolio fundamental se centró en las actividades de Primer Nivel de Atención.

Así, las actividades básicas se centraron específicamente en Atención de Medicina General Ambulatoria, Hospitalización de Bajo riesgo, Atención de Urgencias de Menor Complejidad, Odontología General, Laboratorio Clínico Básico, Radiología y Fisioterapia.

A pesar de las características de los pacientes albergados, de los enfermos de Lepra y del mercado general de Agua de Dios, no se pudo contar con especialidades básicas para brindar una atención integral al paciente como son Psiquiatría, Psicología, Ortopedia y Dermatología.

Estos Servicios de Salud fueron habilitados ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca en la vigencia 2009.

- Urgencias
- Hospitalización

- TAB
- Medicina general
- Odontología general
- Promoción y prevención
- Atención domiciliaria
- Procedimientos menores
- Laboratorio clínico
- Rayos X
- Farmacia
- Terapia física
- Esterilización

Cuadro No. 67 Actividades Asistenciales de los Servicios de Salud

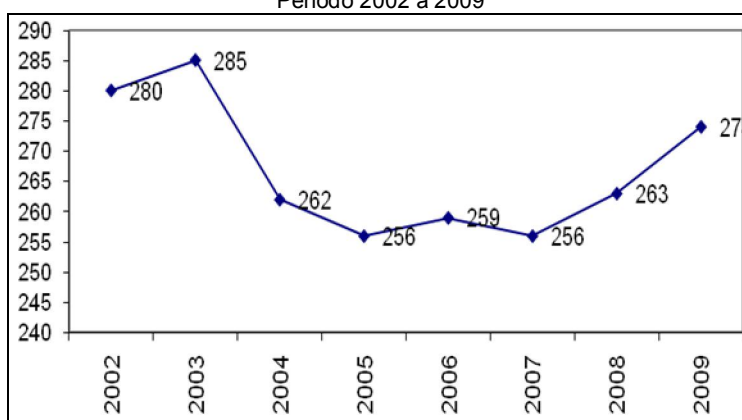
ACTIVIDAD	CANTIDAD				
	2006	2007	2008	2009	2010 (marzo)
Consulta Medica General	10.106	11.303	16.123	17.137	2.687
Consulta Medica de Urgencias	2.813	3.697	5.350	13.230	1.872
Promoción y Prevención	5.014	8.851	11.918	23.839	3.769
Laboratorio Clínico	10.889	12.907	13.699	15.246	4.418
Odontología	11.361	10.746	10.761	13.230	2.763
Terapia Física	7.987	8.049	7.194	6.274	2.373
Imagenología	991	852	983	1.150	289
Egresos Hospitalarios	312	249	255	178	34

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

POBLACION ALBERGADA

La población albergada en el sanatorio solo crece por inmigración (pacientes que ingresan) y decrece por defunciones, así el crecimiento vegetativo esta incidido por las defunciones.

Cuadro No. 68 Población reportada albergada en el Sanatorio de Agua de Dios. Periodo 2002 a 2009



Fuente: Sanatorio Agua de Dios

Con relación al balance demográfico el crecimiento total es dependiente de la inmigración y de la mortalidad, situación que genera una condición de inestabilidad y dependencia del comportamiento de la patología de Hansen en el país.

Con los datos anteriores se evidencia que es una población estacionaria, dado que no presenta sobresaltos en la serie histórica de los datos de personas y más aun, las proyecciones con los métodos matemáticos demuestran que presenta ese comportamiento.

Esto se presenta dado que la mortalidad es baja, con una inmigración que aporta al mantenimiento de la población, por tanto se debe pensar en una población que envejecerá, y llegara a edades avanzadas, y el proceso de extinción de la cohorte de albergados no es pronto, se esperaría que fuera después de unos 20 años, y dependiendo del comportamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia.

Programa Lepra

La carga de la Enfermedad de Lepra sigue siendo un problema de salud pública ya que se encuentra por encima de 1 caso por 10.000 habitantes. Durante los últimos cinco años el comportamiento ha sido así;

Cuadro No. 68 Programa Lepra
2002 - 2009

Año	Incidencia	Prevalencia
2002	6.7 x 10.000 Habt.	38.8 x 10000 Habt.
2003	4.6 x 10.000 Habt.	30.2 x 10000 Habt.
2004	6.5 x 10.000 Habt.	35.2 x 10000 Habt.
2005	8.7 x 10.000 Habt.	27 x 10000 Habt.
2006	4.34 x 10.000 Habt.	29 x 10000 habit.
2007	5.20 x 10.000 Habit.	22.3 x 10000 habit.
2008	3 x 10.000 habit.	20.11 x 10000 habit.
2009	6.78 x 10.000 habit.	17 x 10000 habit.

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

Fortalecimiento Institucional

Acciones desarrolladas en el proceso de implementación de la Política de Prestación de Servicios de Salud

Capacitación a Entes Territoriales

El Sanatorio de Agua de Dios ESE, desarrolla las actividades de Docencia, Investigación y Capacitación, previamente desarrolladas como actividades del grupo Asistencial, en un grupo de trabajo específico, con el fin de fortalecer el cumplimiento de las funciones relacionadas con estos temas, descritas en la

Plataforma Estratégica, tanto en la visión, la misión y en los objetivos, así como las consagrados en los Estatutos de la Empresa y en la Ley.

Se establecieron mecanismos de capacitación para los responsables del programa Lepra a nivel Nacional y TBC y Lepra en Cundinamarca, desde la vigencia 2004 a la fecha. Se han suscrito diferentes convenios con el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Desde el año 2006 se iniciaron los encuentros de coordinadores de lepra a nivel nacional, realizados en nuestro municipio Agua de Dios, con la participación de delegados de las entidades territoriales, del Ministerio de la Protección Social, de OPS/OMS, de DAHW, de las Universidades y de la Junta Directiva del Sanatorio.

La trayectoria histórica del Sanatorio y el desarrollo del Programa a nivel Nacional requerían que el esfuerzo iniciado con la asistencia técnica a los departamentos a comienzos de esta década, se consolidara para garantizar, entre otras cosas, el cumplimiento de las fases educativas del Programa de Lepra, cuya responsabilidad está consagrada en el artículo 13 de la Ley 148 de 1961.

Del mismo modo, estas actividades demostraron un excelente nivel de aprovechamiento de los recursos institucionales, con una muy buena relación costo efectividad financiera, pues los recursos generados por esta línea superan con amplio margen los requerimientos de rentabilidad ideales, tanto en lo social como en lo económico.

Por último, se debe resaltar que el factor generador primario de todas las actividades de este grupo, es el de mantener la lucha contra el Mycobacterium leprae y la carga de la enfermedad que produce en los seres humanos, situación que por obvia ha sido evidentemente descuidada por parte del Sanatorio al menos en las dos últimas décadas y cuya reactivación se nota propicia para la culminación de esta década, ad portas de inicio del Plan Estratégico del Programa Nacional de Control de la Lepra 2010 – 2015, en cuyo desarrollo el Sanatorio no será un invitado al proceso, sino un protagonista de primera línea. De esta actuación depende en buena medida su futuro desarrollo como escuela de Salud Pública, para participar en el desarrollo de las actividades educativas lideradas por el Ministerio de la Protección Social y por instituciones de nivel Territorial o internacionales.

2.11.6 Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM

Ajuste modernización de Caprecom como IPS

Cinco momentos o situaciones han sido determinantes en la evolución de la IPS:

- Amenaza de liquidación de la Empresa.
- Acuerdo extra convencional firmado con los trabajadores
- Proyectos de ley para reformar la ley 100 de 1993.
- Ley 1122 del 9 de enero de 2007 (Reforma de la Ley 100)

2006:

1. Venta de activos: se toma la decisión oportuna de entregar activos en dación de pago a proveedores a quienes se les adeudaba.

2. Liquidación de la ESE José Prudencio Padilla - IPS en Cartagena, Santa Marta y San Andrés: pasa bajo la administración de Caprecom.

3. Acta de Condonabilidad: Caprecom adquiere la propiedad de las dos clínicas mencionadas mediante un crédito condonable de 76 millones de pesos, se adquieren compromisos firmando un acta y se presenta una matriz de condonabilidad.

4. Suscripción de contratos para administración de clínicas de Cartagena y Santa Marta. Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá para administrar la Clínica Enrique de la Vega y con la Fundación Cardiovascular de Colombia para administrar la Clínica José María Campo Serrano de Santa Marta.

2007

1. Liquidación del Hospital Timothy Britton, pasa a ser administrado por Caprecom.
2. Apertura de EPS en Cartago: En Cartago, la comunidad se dirige al gobierno nacional exigiendo la reapertura de la Clínica Nuestra Señora de La Paz. Caprecom toma en arriendo esta clínica que había sido cerrada por la ESE Antonio Nariño y comienza a prestar servicios de salud
3. Liquidación de la ESE Policarpo Salavarieta y ESE Luis Carlos Galán Sarmiento- Bogotá. pasan a ser administradas por Caprecom.
4. Nuevas IPS Propias a Nivel Nacional: gestionar el desarrollo de la IPS Clínica Quibdo, clínica de Cartago, Bahía Solano, San José del Palmar y 10 IPS más en Chocó).

2008

1. Traslado de pacientes del Hospital Timothy al nuevo hospital departamental de san Andrés.
2. Entrega Clínica ESE Policarpo Salavarieta y CAA por parte de caprecom.
3. Liquidación de la ESE Rita Arango Alvarez del Pino (eje cafetero) y Liquidación de la ESE Francisco de Paula Santander; pasan Bajo la administración de caprecom.

4. Administración transitoria de la ESE Hospital departamental San Francisco de Asis de Quibdó.
5. Liquidación de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Girardot de la ESE Hospital San Juan de Dios de Monpox y de la ESE Antonio Nariño. Quedan bajo la administración de Caprecom.
6. Liquidación de la Redehospital de Barranquilla.

Caprecom IPS asume el reto de la prestación de servicios de Salud en distintas ciudades del país. Desde el día 29 de diciembre del 2008, adopta el compromiso, a nivel de la ciudad de Barranquilla, de la prestación de servicios de salud de REDEHOSPITAL, la entidad que entro en proceso de liquidación. Al recibir esta entidad se la encuentra con un déficit financiero bastante importante, con una burocracia laboral muy exagerada y con múltiples inconvenientes con la prestación de servicios a todos sus usuarios.

Se recibieron 41 Centros de Salud de Primer Nivel, 6 Unidades Materno infantiles de 24 Horas, (UMI Playa, Flores, Alboraya, Santa Maria, Juan Mina, Chinita.) dos hospitales de Primer Nivel, un Hospital de Adultos de II nivel y un Hospital de II nivel Pediátrico.

Dentro de este concepto se cambio el modelo de atención planteando, articulando los centros de salud, a los cuales se les denomino Pasos, con la participación de los caminantes de la salud, personas que se encargan de brindar educación en salud y orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes en la atención de salud; estos pasos refieren los usuarios a los Pasos Tipo B (Hospitales de Primer Nivel) donde se brinda asistencia médica, hospitalización de baja complejidad, suministros de medicamentos y realización de estudios básicos de imagenología . De ahí se deriva la atención a los Caminos (Hospitales de 2do Nivel).

Todo este modelo de atención le ha permitido a Caprecom redireccionar la atención de salud a la población aumentando la cobertura en asistencia médica, y en resolución de los estudios y procedimientos que anteriormente se represaban en REDEHOSPITALES, alcanzando niveles de aceptación entre los ciudadanos que consultaron nuestros v servicios.

La Red Pública Distrital de Barranquilla se complementó con la Red Pública Departamental (Hospital Niño Jesús de referencia para Las flores, San Salvador y Siape y el Hospital CARI) para la atención hospitalaria y quirúrgica de alta complejidad y por la Red privada para las atenciones no disponibles en estos centros.

Adicionalmente los Centros de Atención Médica Integral Oportuna de baja y mediana complejidad se asociaran con Corporaciones, Cooperativas u otras entidades de hospitales que permitan acciones conjuntas.

2009

1. Hospital de Magangué:

La ESE Hospital Divina Misericordia de Magangué se encuentra intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud. Inicia su operación bajo control directo de Caprecom el 3 de Abril de 2009. Se atiende la población del municipio y de municipios vecinos y de los Departamentos de Sucre y Magdalena, en el segundo nivel de complejidad en los servicios de medicina general, cirugía en especialidades básicas, urgencias, hospitalización, consulta médica ambulatoria general y especializada. Con una capacidad Instalada de 125 camas, de las cuales 76 están habilitadas.

2. Hospital Departamental de SAI

Ante las dificultades que tiene la Unión Temporal Misión Vital para la adecuada prestación de los servicios de salud, previa concertación con el Gobierno Nacional y Departamental, se requiere el apoyo de CAPRECOM IPS para la prestación de los servicios de salud en el Hospital concesionado, dada la amplia experiencia de esta entidad.

3. IPS Caprecom Hospital Departamental de San Andrés Isla “Amor de Patria

El 15 de abril de 2009 hace aproximadamente un año, CAPRECOM asume el reto de asegurar la prestación de los servicios de salud en el departamento archipiélago ante el inminente cierre del Hospital Departamental de San Andrés Isla y Hospital Local de Providencia.

4. IPS CAPRECOM Hospital Local de Providencia

Las IPS Hospital Local de Providencia y Hospital Departamental de San Andrés Isla, son administradas por Caprecom desde el 16 de abril del año 2009.

Los servicios con que cuenta en la actualidad el Hospital Local de Providencia son: servicio de urgencias, maternidad, cirugía (jornadas), hospitalización, servicio de laboratorio, servicio de consulta externa, servicio de odontología y servicio de radiología.

5. ESE Hospital San Francisco de Puerto Asís

CAPRECOM inició con la operación de los servicios de mediana y baja complejidad de la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS del municipio del Puerto Asís, Departamento del Putumayo según el contrato suscrito el quince (15) de noviembre de dos mil nueve (2009) entre la FIDUPREVISORA SA como entidad liquidadora de la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS y CAPRECOM se dio continuidad en la prestación de los servicios de baja y mediana complejidad,

6. Continuidad Gestión Choco

Conociendo las limitantes y las necesidades de la población del Chocó, en julio del 2009, Caprecom IPS Chocó y la Organización Panamericana de la Salud OPS, deciden desarrollar el modelo de atención integral en salud a través de la unidades móviles apoyadas desde los prestadores fijos en las cabeceras municipales. Se diseñó una prueba piloto para el establecimiento de un Equipo Móvil de Salud (EMS) en el municipio del Litoral del San Juan, con una población a beneficiarse de 3.459 personas de un total de 12.628, con un total de actividades de 5.136.

7. ESEs Hospital San Vicente de Chucurí y Hospital Integrado la Merced de Zapatoca en Santander.

Mediante los decretos No. 229 y 075 del 12 de noviembre de 2009, se suprimen las ESES Hospital San Vicente de Chucurí y Hospital Integrado de Zapatoca respectivamente, Caprecom recibe del liquidador Fiduprevisora S. A. el 14 de noviembre de 2009 a las 20 horas atendiendo a la población en el primer nivel de Complejidad completo.

8. ESE Hospital San José de Túquerres

Mediante el Decreto No.118 del 11 de noviembre de 2009, que ordena la liquidación de la ESE San José de Túquerres, Caprecom recibe del liquidador Set Colombia S. A. el Hospital San José de Túquerres, el 14 de noviembre de 2009 y presta los servicios correspondientes.

9. Apertura de IPS

En febrero 9 de 2009 se autorizo la apertura de 11 IPS en los departamentos de Cauca, Putumayo, La Guajira, Puerto Inírida, Amazonas, Atlántico (Soledad), Huila (Neiva).

INPEC

CAPRECOM suscribió el Contrato de Aseguramiento con el INPEC No 1172 de fecha del 22 de julio de 2009, encontrándose dentro de sus obligaciones el aseguramiento y la prestación del servicio de salud en los establecimientos penitenciarios y carcelarios a cargo del INPEC, durante el periodo de transición para la implementación del aseguramiento de la población reclusa por la cual se reconoció por los noventa días la población base de 55.000 internos de la UPC diferencial.

Una vez se firma el contrato interadministrativo, se definió entre CAPRECOM y el INPEC el Cronograma de Ingreso a los 35 establecimientos penitenciarios y carcelarios priorizados donde se encuentra el 83% de la población reclusa

para un total de 58.300 reclusos en: EC Bogotá, EPAMSCAS Bogotá, RM Bogotá, EPAMSCAS Combita, EPMSC Cúcuta, EPMSC Acacias, EPAMS Dorada, EPMSC Calarcá, EPMSC Cali, EPMSC Girardot, EPMSC Bucaramanga, EPMSC Villavicencio, EPMSC Pitalito, EPMSC Cartagena, EPAMS CAS Popayán, EPAMS CAS Valledupar, EPAMS Girón, EPMSC Florencia, EPMSC Pereira, EPMSC Santa Marta, EPMSC Montería, EPMSC Ibagué, EPMSC Neiva, EPMSC Manizales, EPMSC Barranquilla, EC Barranquilla, EPMSC Medellín, EPAMSCAS Itagüí, CAMIS Acacias, EPMSC BUGA, EPMSC Pasto, EPMSC Sincelejo, EPAMSCAS Palmira, EPMSC La plata, EPMSC Tumaco.

Actualmente la población carcelaria a cargo del INPEC, es de 70.452 personas, que se encuentran reclusos en 141 establecimientos, a los cuales Caprecom les debe prestar el servicio de salud, estableciendo para tal efecto, atención intramural en 82 establecimientos en los que se encuentra el 58% de esta Población y para los establecimientos restantes, en donde permanece el 52% de esta población, se dispuso de atención por medio de jornada.

Se calcula una frecuencia de uso anual para medicina general de 6,81, para el servicio de odontología 2,73 y para higiene oral de 1,8 atenciones, pero además se desarrollan actividades de educación y fomento a salud.

2.11.7 Fondo de Previsión Social del Congreso

Liquidación de la Prestación del Servicio de Salud

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, culminó exitosamente el proceso de liquidación del capítulo de salud que ordenó el Decreto 1700 de 2003. En efecto, la Entidad adelantó las acciones requeridas para conseguir la aprobación de la totalidad de las declaraciones de giro y compensación por parte del FOSYGA y en consecuencia, solicitó ante el Ministerio de la Protección Social la declaratoria del cierre definitivo de este servicio.

Esta declaratoria se produjo mediante oficio suscrito por la Directora General de Financiamiento de ese Ministerio, con el cual afirma que "... todos los asuntos relacionados con el FOSYGA según establece la circular 052 de 2006 quedaron terminados satisfactoriamente."

Como producto de la compensación excepcional que la Entidad adelantó ante el FOSYGA en virtud del decreto 4047 de 2004 para la culminación del cierre del servicio de salud, se generaron excedentes por \$1.097,6 millones que la Entidad recibió y registró como excedentes financieros en el estado de Pérdidas y Ganancias, por la gestión del Fondo ante el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.

3. SALUD PÚBLICA

Para el desarrollo de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 en el ámbito nacional, el Gobierno Nacional destinó en el 2009 \$267.824 millones, ejecutando el 98%. Se resalta que durante el periodo 2006-2010 la inversión del nivel nacional en Salud Pública aumentó 48%.

Cuadro No. 69 Inversión del MPS en Salud Pública por tipo de recurso y ejecución

Año	Presupuesto de funcionamiento		Presupuesto de Inversión		Presupuesto del Fosyga, subcuenta Promoción	
	Apropiación	Ejecutado	Apropiación	Ejecutado	Apropiación	Ejecutado
2006	27.684.309.000	27.656.486.000	128.093.500.000	120.603.164.774	24.800.000.000	19.809.810.124
2007	30.700.684.000	30.700.173.606	131.760.082.372	129.204.442.392	30.780.259.200	13.936.020.000
2008	29.261.196.000	29.162.826.000	130.958.700.000	128.747.105.871	30.013.489.000	29.978.471.800
2009	29.354.832.960	29.256.147.840	175.999.425.125	174.935.034.399	75.000.000.000	70.037.250.429
2010	33.031.324.000	32.960.982.000	229.792.195.000	94.969.274.270	5.000.000.000	5.000.000.000

Fuente: DGSP-MPS 2010

Cuadro No. 70 Inversión del MPS en Salud Pública Consolidado y ejecución

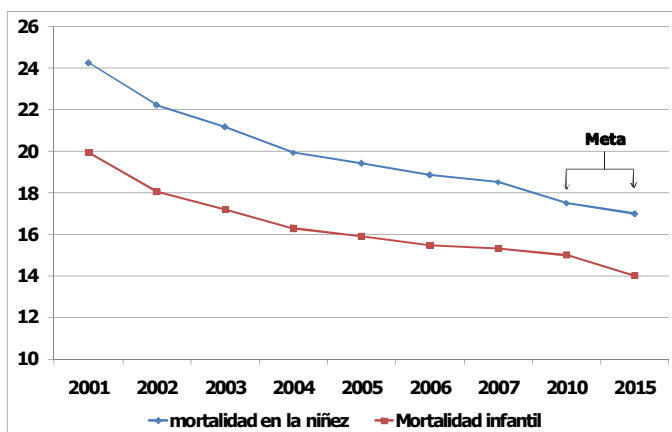
Año	Total asignación Salud Pública MPS	% ejecución Salud Pública
2006	180.577.809.000	93,1
2007	193.241.025.572	90,0
2008	190.233.385.000	98,8
2009	280.354.258.085	97,8
2010	267.823.519.000	49,6

Fuente: DGSP-MPS 2010

3.1. Salud Infantil

La tasa de mortalidad infantil en Colombia viene disminuyendo de forma continua, según la ENDS disminuyó 30% en el periodo 1995 – 2005; de igual forma, el DANE señala un descenso sostenido en los últimos siete años, entre el 2002 y el 2007 disminuyó 15% y se espera que con la inclusión de la vacuna del Rotavirus en el año 2009 la mortalidad infantil descienda aún más, reduciendo las brechas regionales que aún existen.

Gráfico No. 11 Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil y Mortalidad en la Niñez



Fuente: MPS/DGSP. Datos DANE, estadísticas vitales

El comportamiento descendiente de estos indicadores está asociado con factores tales como, el aseguramiento en salud, el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el mayor acceso a los servicios de atención materno infantil, la implementación de estrategias como AIEPI y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, éstas dos últimas, son las que tienen mayor incidencia, impacto y costo efectividad en la reducción de la morbilidad y mortalidad en la infancia, a continuación se señalan los logros y retos más relevantes con respecto a éstas dos estrategias:

Logros Programa Ampliado Inmunizaciones:

Mayor compromiso: El MPS y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud han intensificado esfuerzos para lograr y mantener coberturas útiles de vacunación, garantizando la disponibilidad de los biológicos e insumos para vacunación y para eliminar cualquier barrera a la vacunación.

Aumento de inversión: La apropiación oportuna de recursos en el Presupuesto General de la Nación (PGN) constituye uno de los factores clave de éxito del PAI. Esta disponibilidad garantiza la disponibilidad de biológicos, asistencia técnica y capacitación permanente que ha permitido fortalecer el programa a nivel nacional mejorando condiciones de equidad en la vacunación, eficiencia en la utilización de los recursos y fortalecimiento institucional y operativo del mismo.

Cuadro No. 71 Recursos* asignados al PAI, Colombia
2006 – 2010

Año	Presupuesto General de la Nación	Fosyga	Total
2006	114.378	3.638	118.016
2007	102.184	18.317	120.500
2008	80.828	18.685	99.513
2009	91.174	25.813	116.987
2010	114.967	0	114.967

* Millones de pesos constantes 2010.

Fuente: DGSP/MPS

Conscientes de la importancia de la adecuada conservación y almacenamiento de los biológicos el Ministerio destinó \$5.017 millones de pesos de inversión entre el 2007 y el 2009 y gestionó ante el DNP la asignación de \$10.000 millones de pesos para la ampliación de la red de frío del PAI del país (refrigeradores, cuartos fríos, termos, etc.), como respuesta a la introducción de nuevos biológicos al programa.

Cuadro No. 72 Inversión en red de frío PAI en millones de pesos. Colombia
2008 - 2009

Año	Total	Destinatario
2007	600	Municipios priorizados
2008	1.626	Departamentos / Capitales
2009	2.791	Municipios
2009*	10.000	Municipios

Fuente: DGSP/MPS

*Recursos Conpes 123 de 2009

Entre el 2006-2009 las coberturas nacionales de vacunación con todos los biológicos se mantuvieron por encima de 92%.

Cuadro No. 73 Coberturas de vacunación con todos los biológicos, Colombia
2006 – 2009

BIOLÓGICO	% Cobertura*				Niños vacunados	
	2006	2007	2008	2009	2009	Cuatrienio
Polio	93,6	92,8	92,0	92,1	794.413	3.177.651
DPT	93,2	92,9	92,2	92,2	794.074	3.176.297
BCG	95,5	93,3	92,6	90,2	796.465	3.185.861
Hepatitis B	93,2	93,1	92,2	92,2	794.474	3.177.897
Hib	93,0	92,9	92,1	92,2	793.423	3.173.691
Triple viral	95,1	94,6	92,4	95,5	807.777	3.231.109

Fuente: DGSP/MPS

* Basado en proyecciones de población del censo DANE 2005

Modernización del esquema de vacunación:

- Inclusión de la vacuna contra la Influenza estacional para adultos mayores de 50 años de alto riesgo en el 2009.
- **Inclusión del Rotavirus:** programa que inició en el segundo semestre de 2008 vacunando 60.000 niños con bajo peso al nacer e inmunosuprimidos; a partir de 2009, se aplica a todos los niños y niñas menores de 1 año en todo el territorio nacional. La vacunación universal contra rotavirus, evitará la ocurrencia de 300.000 casos aprox. de diarrea; 82.000 consultas por de EDA moderada o severa; 25.000 hospitalizaciones por complicaciones de EDA; 420 muertes anuales en menores de un año y evitará al sistema un gasto de cerca de \$7 millones de dólares / año por prestación de servicios de salud.

- **Inclusión de la vacuna de Neumococo:** en el 2006 con recursos del Fosyga se incluyó por primera vez en el PAI para niños de alto riesgo; en el año 2009 se incluyó la vacunación a todos los niños menores de 1 año de los 10 departamentos con mayores tasas de mortalidad por infección respiratoria (Caquetá, Amazonas, Cauca, Vichada, Guainía, San Andrés y Providencia, Chocó, Putumayo, Guaviare y Vaupés), beneficiando a cerca de 70.000 niños. La vacunación contra neumococo en grupos de mayor riesgo según un estudio de la U. Nacional es una estrategia altamente costo - efectiva, que evitará por lo menos 532 muertes por enfermedad neumocócica invasiva/ año.

Es importante resaltar que Colombia logró la erradicación de la poliomielitis en 1991, la eliminación de sarampión en 2002, la eliminación del tétanos neonatal (se pasó de registrar cerca de 2000 casos/año en 1990 a 5 en 2009, lo que significa una reducción de 99,7%) y la difteria como problemas de salud pública, y la certificación en 2006, por parte de la Organización Panamericana de la Salud –OPS de la eliminación del síndrome de rubéola congénita (sin casos desde el 2006) y la rubéola (en el 2009 se confirmó 1 caso sin establecer cadenas de transmisión y 4 casos clínicos que no pudieron ser confirmados por laboratorio en Antioquia).

Reconociendo la importancia de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, además del PAI se fortaleció la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI y el Fomento y Protección a la Lactancia Materna a través de las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI.

Logros de la estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI

- A fin de aumentar la cobertura de la estrategia AIEPI se aumentó la inversión de recursos en 245%, al pasar de \$348 millones de pesos a precios constantes en el año 2007 a \$1.500 millones en el 2009 y \$1.200 millones el año 2010. Con esta estrategia se busca disminuir la mortalidad y morbilidad en niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.
- En el año 2008 se actualizaron los subcomponentes de tuberculosis, VIH, nutrición y atención del menor maltratado, en el 2009 se incluyó el subcomponente de salud oral, epilepsia, asma, obesidad y diabetes en el componente clínico de la estrategia AIEPI de Colombia.
- A fin de mantener vigentes las guías clínicas se realizó actualización y validación del componente clínico con expertos en el 2009 y para el año 2010 se tiene contemplado el lanzamiento del manual clínico actualizado.
- Se ajustó y actualizó el material educativo de la estrategia AIEPI dirigido a los profesionales de salud y se desarrollaron e implementaron estrategias de

movilización social y validación del Plan estratégico de comunicaciones para la Estrategia AIEPI en tres municipios.

- Se diseñó la metodología para levantar la línea de base de la cobertura de AIEPI en Colombia y se actualizó el modelo de atención de la primera infancia en el marco de la normatividad colombiana vigente, insumo necesario para visualizar en el territorio la articulación de los componentes de la estrategia AIEPI.
- Ajuste del Plan operativo local dirigido a las entidades territoriales para la formulación de los Planes Operativos de la estrategia AIEPI. Durante el cuatrienio se realizó asistencia técnica para impulsar el desarrollo sostenido de acciones.
- Se logró mayor articulación entre los diferentes programas relacionados con infancia y en varias ciudades en especial Bogotá, Barranquilla y Cartagena se fortaleció el trabajo con universidades; cada vez son más las EPS, IPS, y entidades territoriales que ofrecen servicios integrales de salud a la población infantil, todos los departamentos presentan avances a excepción de Bolívar y Valle del Cauca.

3.2. Salud Sexual y Reproductiva – SSR

La inversión del MPS en proyectos de promoción de la salud sexual y reproductiva entre el 2006 y el 2010 registró un incremento del 52%, al pasar de \$8.931 millones de pesos a precios constantes en el año 2006 a \$13.540 millones en el 2010.

Cuadro No. 74 Asignación de recursos* para SSR, Colombia
2006 – 2010

Año	Presupuesto general de la nación	Fosyga	Total
2006	187.364.886	8.743.676.775	8.931.041.661
2007	3.641.635.354	0	3.641.635.354
2008	7.586.049.891	3.294.702.000	10.880.751.891
2009	3.629.160.000	5.100.000.000	8.729.160.000
2010	8.540.583.000	5.000.000.000	13.540.583.000
Total cuatrienio	23.584.793.131	22.138.378.775	45.723.171.906

Fuente: DGSP/MPS

* Millones de pesos a precios constantes del año 2010. Fuente: DGSP-MPS

Las acciones en Salud Sexual y reproductiva se desarrollan en seis líneas de trabajo: maternidad segura; planificación familiar; salud sexual y reproductiva de los adolescentes; cáncer de cuello uterino y mama; infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA; y la prevención de la violencia doméstica y sexual. Resultado de estas acciones se resalta:

Maternidad segura (ODM 5): Equidad y mayor acceso a los servicios: Entre el 2002 y el 2007, la mortalidad materna se ha reducido en 10%, pasando de 84 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2002, a 75 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2007. La meta establecida para el cumplimiento de los

objetivos del milenio es de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, lo que significa que se presenta una brecha de 30,6 puntos para el año 2007.

Cuadro No. 74 Muertes maternas y tasa de mortalidad x 100.000 nacidos vivos, Colombia 2002-2007

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Fuente
Tasa mortalidad materna (gestantes fallecidas * cada 100.000 nacidos vivos)	84,4	77,8	78,7	73,1	75,0	75,6	DANE
Número de muertes maternas	591	553	571	526	536	536	DANE

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Los programas para garantizar la Maternidad Segura incluyen diversas estrategias para mejorar la gestión de los actores responsables de la prestación de servicios y reducir los efectos de algunos determinantes sociales y culturales asociados a la mortalidad materna. El MPS implementó el Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna orientado a posicionar el problema en la agenda pública, visualizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en su reducción, logrando a 2007 una reducción de 34% con respecto al 2001 en las entidades territoriales priorizadas y de 25% en el país.

Cuadro No. 75 Número de muertes maternas en entidades territoriales priorizadas en el Plan de Choque de reducción de mortalidad materna 2001-2007.

DIRECCION TERRITORIAL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% reducción con respecto a 2001
Bogotá D. C.	92	74	67	73	67	62	57	38,0
Antioquia	67	55	59	65	62	70	39	41,8
Valle del Cauca	59	51	43	31	56	44	42	28,8
Atlántico	35	33	31	30	29	31	26	25,7
Nariño	35	32	17	33	18	17	21	40,0
Bolívar	29	25	30	28	29	30	29	0,0
Cundinamarca	37	25	24	30	25	29	21	43,2
Cauca	36	23	21	22	23	18	22	38,9
Boyacá	25	21	15	14	16	14	22	12,0
Santander	30	14	18	16	19	18	13	56,7
Chocó	17	14	18	22	13	12	11	35,3
Subtotal (entidades priorizadas)	462	367	343	364	357	345	303	34,4
Total Colombia	714	591	553	569	526	536	536	24,9

Fuente: Estadísticas vitales del DANE

La caracterización de la mortalidad materna en Colombia, demuestra que se han superado algunas barreras sociales y culturales, resultado de esto se tiene que la atención médica en la cabecera de los antiguos territorios nacionales en 15 años pasó de 79% a 88%, la atención de enfermera pasó de menos de 1% al 6% y los embarazos sin atención bajaron de 20% a 6%. Además del aumento de cobertura, la captación temprana de gestantes (en el primer trimestre) pasó

de 30% en el 2000 a 71% en el 2005; la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 82% en 1990 a 93,5% en el 2005. De otra parte, la meta de atención institucional del parto se ha cumplido de manera anticipada (en el 2007 fue de 97,8%), sin embargo en este aspecto Vaupés (56%), Cundinamarca (73,7%) y Vichada (76,6%) presentan los mayores rezagos.

Pese a que la mortalidad materna muestra una tendencia decreciente en los últimos años, el país requerirá mayores esfuerzos para acercarse a la meta nacional y reducir las diferencias que aún existen a nivel departamental; se hace necesario que los buenos resultados en el acceso a servicios se traduzcan en una mejora del indicador, en el cual también inciden otros condicionantes relacionados con inequidades de orden social y de género, tales como la distribución de la riqueza, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica.

De acuerdo a lo anterior, el MPS en el último año apoyó el desarrollo de mesas de trabajo intersectoriales; en el 2007 se actualizaron y publicaron las Normas Técnicas y Guías de Atención para la detección precoz de alteraciones en el embarazo y las Guías para el manejo de las enfermedades Hemorrágicas e Hipertensivas del Embarazo, con el PARS.

En el 2008, se diseñaron las guías de manejo de emergencias obstétricas con el fin de implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas; se espera en el 2010 evaluar el impacto en la UPC de las acciones contempladas en dichas guías.

A partir del año 2008, el MPS viene liderando la implantación de la estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema, para el manejo oportuno y adecuado de las emergencias obstétricas a nivel local. Su implementación inició en el 2008 con un programa piloto en 5 departamentos, logrando una cobertura de 15 departamentos en 2009⁶, se planea expandirla al resto del país en el 2010.

A finales del 2009 se definieron los Lineamientos Estratégicos para la reducción de la Mortalidad Materna en Colombia que incluyen estrategias para mejorar el acceso; garantizar la atención materna por recurso humano calificado; asegurar la disponibilidad de insumos y servicios adecuados para la atención obstétrica de emergencia; actualizar la reglamentación para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna; fortalecer las estadísticas vitales; diseñar e implantar un sistema de fortalecimiento de la gestión para el seguimiento y evaluación al cumplimiento de normas de atención y fortalecer la participación social.

⁶ Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Bogotá D. C., Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia, Caldas, Meta, Santander, Nariño y Huila.

El reto del país está en garantizar que las instituciones y profesionales de la salud brinden atención de calidad durante el embarazo y el parto. Así mismo, debe hacerse énfasis en la disminución de las desigualdades regionales de aquellos departamentos que todavía presentan cierto rezago para alcanzar la meta. De éstos hacen parte Guainía, Vaupés, Guaviare, Vichada y Chocó como los más críticos

Planificación familiar: La fecundidad global de fecundidad, es decir el número de hijos por mujer en Colombia, ha venido presentando un descenso constante desde 1985, pasando de 3, 2 a 2,4, es decir una reducción de 25%. El país se comprometió a incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa; al respecto existe una tendencia continua al incremento del uso de métodos modernos de anticoncepción en los 3 años. Es de destacar que los mayores crecimientos se presentan en los primeros grupos de edad, lo que podría ser relevante para el cumplimiento de la meta en la población entre 15 a 19 años.

Al respecto, el MPS ha concentrado un gran esfuerzo en la promoción del uso de métodos anticonceptivos y en la garantía de oferta de métodos modernos en el POS, así como en el desarrollo de programas de acceso a métodos temporales y definitivos de anticoncepción (con inversión de USD \$2 millones). Como estrategia para promover el uso de métodos modernos de anticoncepción, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS aprobó la inclusión de la Vasectomía en el POS del Régimen Subsidiado y los medicamentos anticonceptivos hormonales orales e inyectables, el condón masculino, y los procedimientos médicos o quirúrgicos de esterilización en el POS del Régimen Contributivo y Subsidiado; aspectos reglamentados en el 2008 por el Ministerio (Res. 769 y 1973 de 2008) y ratificados por la Comisión de Regulación en Salud CRES en el Acuerdo 008 de 2009, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Durante el cuatrienio se desarrolló y sostuvo las estrategias de información, educación y comunicación, para la promoción de derechos sexuales y reproductivos, la adopción de conductas sexuales responsables e inducir la demanda temprana de servicios de SSR, mediante propuestas de sensibilización, orientación e información a través de un proceso de focalización y segmentación de la audiencia por medios masivos y alternativos de comunicación. Con inversión anual de cerca de \$4.000 millones/año.

Salud sexual y reproductiva de adolescentes: A pesar del incremento en uso de métodos modernos de anticoncepción, el embarazo en adolescentes aumentó 10% en el quinquenio 2000-2005, la mayor proporción de embarazos en adolescentes se presenta en aquellas mujeres sin educación (52%) y con educación básica primaria (42,3%); a lo anterior, se suma el hecho que el 42% de los embarazos fueron deseados; ante esta situación es de esperar que la tendencia creciente se mantenga y no se alcance la meta establecida para el

2015 y demanda a la vez una respuesta desde una perspectiva intersectorial. Desde el MPS la respuesta se ha concentrado en:

Fortalecimiento de redes sociales de apoyo para la implementación de la Política y la promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, capacitación, asistencia técnica de actores y seguimiento a la gestión de las acciones de salud sexual y reproductiva de adolescentes, prevención y atención de ITS; VIH SIDA y de la violencia doméstica y sexual en 243 municipios de los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cesar, Chocó, Santander, Putumayo, San Andrés y Valle del Cauca, a través del Proyecto de Promoción de derechos y redes constructoras de Paz, liderado por la Consejería de programas especiales de la Presidencia de la República que recibe apoyo del MPS desde el 2007 con una inversión anual de \$2.000 millones de pesos anuales. Actualmente en ejecución.

Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, proyecto que lidera desde 2006 el Ministerio de Educación Nacional, con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. En él participa toda la comunidad educativa que, a partir del desarrollo de competencias básicas y ciudadanas, promueve la equidad de género, la participación, la convivencia pacífica y el ejercicio de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos, hoy alcanza cerca de 1.000 instituciones educativas de distintas regiones que se encuentran trabajando en su implementación.

Implantación del modelo de atención de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, propuesta iniciada en el año 2007 por el Ministerio de Protección Social, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, busca mejorar la calidad y el acceso a servicios integrales de salud a este grupo poblacional, de tal suerte que a la fecha, se dispone en el país de 367 servicios de salud amigables para adolescentes en 21 departamentos⁷ y más de 1.200 profesionales de la salud capacitados.

Infeciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA (ODM 6)

De acuerdo estándares internacionales la epidemia de VIH/sida en Colombia se clasifica como concentrada y se comporta de manera similar a los demás países de Latinoamérica, en otras palabras, se concentra en afectar a poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo en particular los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales, la población joven entre otros. Desde 1.983 hasta 2.009 se han registrado 71.509 casos (75% son hombres), de los cuales 9.283 ya fallecieron. De acuerdo con los resultados del sexto estudio centinela se estima en Colombia una prevalencia de 0,65%. Los departamentos de Atlántico (27), Quindío (26), Cesar (22), Valle del Cauca (22), Casanare (20), Santander (18), Guaviare (18), Bogotá (17), Magdalena (17),

⁷ Bogotá, Bolívar, Norte de Santander, Antioquia, Boyacá, Tolima, Risaralda, Valle del Cauca, Guaviare, Putumayo, Cesar, Santander, Meta, Nariño y Caldas. En el 2009 se amplió a Quindío, Cundinamarca, Sucre y Cartagena.

Risaralda (17), Antioquia (17) y Córdoba (17) presentan las mayores tasas de incidencia.

La prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA se orienta en el Plan de respuesta nacional a la epidemia 2008-2011 que involucra diferentes actores y sectores, el Modelo de Gestión Programática y la guía de atención integral del VIH/SIDA desarrollada en este cuatrienio; para esto se desarrollaron diferentes estrategias en pro de alcanzar los objetivos propuestos:

- La estrategia Integra que se orienta a fortalecer la oferta y acceso a servicios de asesoría y diagnóstico del VIH/SIDA y que ha contado con el apoyo de cinco agencias de las Naciones Unidas, logrando disminuir la brecha diagnóstica en términos de acceso y de oportunidad en: Antioquia, Atlántico, Cesar, Bogotá, Soacha, La Guajira, Meta, Quindío, Santander, Sucre, Valle del Cauca, Bolívar, Norte de Santander.
- La promoción del acceso universal a terapia antirretroviral, la cual aumentó 11% con respecto al 2006 y que alcanza una cobertura cercana al 80% de los pacientes seropositivos identificados; Se espera que con el incremento de afiliaciones al SGSSS se logre la cobertura universal de terapia a todos aquellos pacientes identificados que la requieran.
- La vigilancia de la transmisión sanguínea y garantía de la calidad de sangre.
- El monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional, el apoyo de estudios epidemiológicos en poblaciones vulnerables y análisis de tendencia de la epidemia a través del Observatorio Nacional de VIH SIDA.
- El Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH, para mantener el riesgo de transmisión menor al 2%; el cual inició con el apoyo de la comunidad económica europea y la gestión nacional de ONUSIDA, a partir del 2006 fue asumido por el Ministerio quién actualmente implementa la estrategia. En el 2009 se realizó como parte de la estrategia de reducción de la transmisión perinatal de VIH una inversión de \$3.000 millones. Resultado de lo anterior, en el periodo 2003 a 2009 se tamizó a 1.249.187 gestantes, de las cuales 2.261 gestantes fueron diagnosticadas con el VIH (1,18%); en el balance general de estos siete años, de los 1.652 niños que han nacido vivos se hubiesen esperado sin intervención 462 casos de VIH/sida perinatal. Sin embargo, gracias a la estrategia sólo se diagnosticó la infección en 49 niños, evitando la transmisión perinatal en 413 niños y niñas.

Promoción del acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR y de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE

Se logró la difusión de la campaña “Derechos convertidos en hechos” a todos los municipios, departamentos, EPS y ARS del país, la capacitación a directivos y prestadores de salud de 20 municipios priorizados para la aplicación de las normas técnicas y guías de atención en SSR y la provisión de servicios de SSR para hombres y mujeres, incluyendo tamizaje para detección de cáncer de

cuello uterino y de seno, de próstata y testículo, información, educación, consejería y oferta de métodos anticonceptivos a hombres y mujeres más vulnerables. Este proyecto logró un cumplimiento de metas del 100% en aplicación de implante hormonal subdérmico y en los tamizajes de cáncer de mama y tamizaje de cáncer de próstata; 96% en oferta de vasectomías, 61% en oferta de ligadura de trompas, entre otros.

De otra parte, en el 2009, a través de un convenio con la OIM se realizó un completo programa de capacitación a equipos profesionales en atención integral en SSR, con énfasis en violencia sexual, incluyendo la provisión de servicios de IVE de cobertura nacional, pero focalizado en la atención de víctimas de la violencia, que además incluyó la Provisión de Kits de SSR y de Kits para profilaxis postexposición, a víctimas de violencia y abuso sexual a 200 IPS Públicas y capacitación de 100 IPS en consejería y aplicación de métodos de anticoncepción.

Entre el 2007 y 2009 un total de 623 mujeres han hecho uso del derecho a la IVE, por peligro para la vida de la mujer (20%), grave malformación del feto (61%) y por acceso carnal sin consentimiento (19%); el 64,5% corresponde a mujeres afiliadas al régimen contributivo. Las principales barreras de acceso identificadas, están relacionadas con: objeción de conciencia, trámites administrativos, realización de juntas medicas, insuficiencia de red de prestadores, dificultades de acceso geográfico y denuncia tardía en caso de violación.

El MPS en cumplimiento de la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006 y en su deber de garantizar la provisión de servicios de salud seguros y regular la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo-IVE en los casos y condiciones despenalizados por la Corte Constitucional; 1. Desarrolló, difundió y capacitó a prestadores de servicios en las guías de atención integral en SSR e IVE, normas que acogen los estándares de calidad definidos por la Organización Mundial de la Salud; 2. Identificó las barreras para el acceso a servicios integrales de IVE; 3. Diseño campañas pedagógicas y de movilización social en medios masivos de comunicación para la promoción de DSR, realización de 34 foros académicos de discusión con participación de 2.824 personas y capacitación a periodistas de los 32 departamentos; 4. Identificó los prestadores de servicios de salud de las EPS que garantizan la atención de la IVE a la población afiliada, la cual puede ser consultada en la página web del MPS; y 5. Conformó una mesa de trabajo con ONGs, sociedades científicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaría de Salud del Distrito Capital de Bogotá, para posibilitar, de manera más expedita, el cumplimiento de la sentencia C-355/06.

Reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino: Entre el 2003 y el 2007 la mortalidad por cáncer de cuello uterino presenta una pequeña disminución (12%), pasando de 8,1 a 7,1 muertes por cada 100.000 mujeres; la cobertura de detección del cáncer de cuello uterino por citología actualmente

alcanza el 84%. De otra parte, se avanzó en la aplicación del Modelo del control del cáncer en el municipio de Soacha, especialmente en el control de Cáncer de Cuello Uterino y se lograron los acuerdos políticos para la articulación entre actividades de detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Los departamentos que presentan mayor rezago para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad son Quindío, Tolima, Caquetá y Arauca.

3.3. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

La prevención y control de las enfermedades transmisibles, fue priorizada en el Plan Nacional de Salud Pública, para el desarrollo de acciones el Ministerio destinó \$60.920 millones de pesos en el 2009 y \$294.002 millones de pesos durante el periodo 2006-2010 de los cuales el 69,9% fueron transferidos a las entidades territoriales para fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia y control a nivel local en pro de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio.

Cuadro No. 76 Recursos asignados para prevención y control de enfermedades trasmisibles en millones de pesos a precios constantes 2010. Colombia 2006-2010

Recursos asignados por enfermedad y por tipo ejecución		2006	2007	2008	2009	2010
Enfermedades Transmitidas por vectores	Ejecutados por MPS	24.629	5.462	5.085	3.910	12.646
	Transferencias	34.639	35.418	36.137	42.684	33.724
	Total ETV	59.268	40.881	41.221	46.594	46.370
Tuberculosis (TB) y lepra	Ejecutados por MPS	1.839	3.947	2.911	4.737	5.106
	Transferencias	3.626	5.077	4.972	4.633	4.535
	Total TB y lepra	5.465	9.024	7.883	9.370	9.641
Rabia	Ejecutados por MPS	1.213	4.113	3.459	4.956	4.546

Fuente: MPS-DGSP

Estos recursos se han destinado en acciones para aumentar la detección de casos, reducir o eliminar en la población en riesgo la morbimortalidad producida por las enfermedades transmisibles, relacionadas con eventos prioritarios en salud pública como la: tuberculosis, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, chagas, fiebre amarilla y rabia humana transmitida por perros.

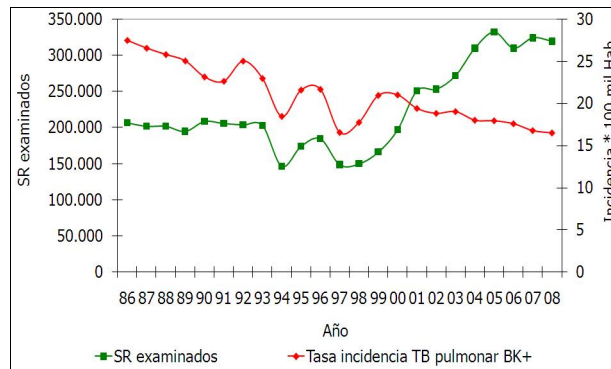
Las acciones incluyen el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los programas de ETV, tuberculosis, lepra y rabia; el desarrollo de estrategias intersectoriales y de base comunitaria para controlar las poblaciones de vectores y reservorios; el desarrollo y evaluación de estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural; la búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel; adquisición de: vacunas antirrábicas e insumos para control de rabia humana y silvestre, microscopios, pruebas rápidas para diagnóstico de malaria, toldillos impregnados con insecticida de larga duración y medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades. Igualmente, incluye acciones de control selectivo e integrado de vectores; vigilancia en salud pública de malaria, tuberculosis, lepra y rabia; actualización de la guía de tuberculosis y las guías entomológicas y clínicas de

las ETV; asistencia técnica y el apoyo a la implementación de planes de contingencia e investigación operativa. Entre los principales resultados de estas acciones se destaca:

- La elaboración por primera vez del Plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis” 2006-2015, el plan estratégico para la prevención y control de la lepra en Colombia 2006-2010 y el plan estratégico para control de la rabia, los cuales dan directrices técnicas a las entidades territoriales para la inversión de recursos y las acciones a desarrollar en pro del logro de las metas y compromisos nacionales e internacionales; logrando que todos los departamentos y distritos formularan por primera vez planes estratégicos para el control de la tuberculosis y la lepra en el país.
- La evaluación e introducción de nuevos esquemas de tratamiento más efectivos para el manejo de malaria, Leishmaniasis y tuberculosis, lo cual ha permitido reducir efectos adversos y mejorar la adherencia a los tratamientos entre otros beneficios durante el 2008 y 2009.
- El incremento en la cobertura de uso de toldillos impregnados con insecticidas de larga duración en departamentos críticos como Antioquia, Chocó y Nariño.
- La realización del estudio de resistencia a insecticidas de los vectores de enfermedades de transmisión vectorial en el 2008, con base en el cual se ajustó el lineamiento técnico de uso de insecticidas, capacitando posteriormente los 36 departamentos y distritos.
- La estandarización de la norma de competencia en vigilancia y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV a través del SENA en el 2008; logrando la certificación a 60 técnicos del programa de ETV en Córdoba y la capacitación a 93 técnicos en microscopía en malaria. Además se efectuaron 4 talleres regionales para el manejo de máquinas aspersoras de insecticidas para control químico de vectores en los departamentos de La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Arauca, Guainía, Vichada y Boyacá.
- La disminución de la incidencia de malaria en 28% al pasar de 115.555 casos en el 2005 a 79.909 casos en el 2009⁸ y de 82% en la mortalidad al pasar de 84 en el 2005 a 15 muertes en el 2008. Igualmente, la mortalidad por dengue tuvo una reducción de 42% con respecto al 2005.
- El incremento en la captación de casos sospechosos (3% en el 2009 con respecto al 2006), a pesar de lo cual, la incidencia de tuberculosis se mantiene estable, lo cual indica un mayor control de la enfermedad y su transmisión. Igualmente, el seguimiento de pacientes con tuberculosis pasó de 18% en 1999 a 93,7% en el 2007, manteniendo una curación de enfermos de 77% y de fracasos inferior al 1,5%.

Gráfico No. 12 Incidencia de tuberculosis BK positiva Vs. Detección de sintomáticos respiratorios (SR), Colombia 1986 – 2008

⁸ La información 2009 es preliminar.

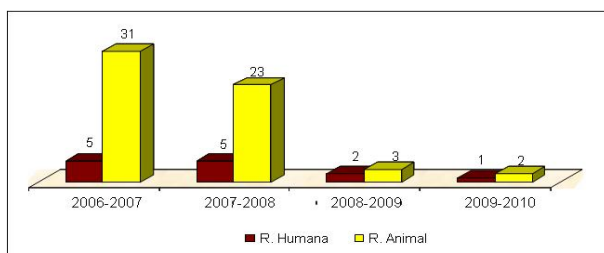


Fuente: MPS-DGSP

- Las coberturas de vacunación antirrábica en perros aumentaron 27% al pasar de 56% en 2006 a 71% en el 2008, igualmente, la vacunación con fiebre amarilla aumentó 14% entre 2007 y 2009 al pasar de 83,6% a 95,5% en menores de 1 año; los casos de fiebre amarilla reportados en los últimos 2 años correspondieron a colonos que ingresaron a zonas endémicas sin estar vacunados o que rehusaron la vacunación. En 2009 se reportaron 4 casos de fiebre amarilla.
- De otra parte en el 2008, el país logró la aprobación de un proyecto que busca reducir la morbilidad al menos en un 40% y la mortalidad por malaria al menos en un 95% en los departamentos con mayor incidencia (Antioquia, Cauca, Córdoba, Chocó y Valle del Cauca). La primera fase inicio en enero de 2010 y contará con recursos por 11,6 millones de Euros para los dos primeros años.
- Desde el 2007 se desarrolla un proyecto de fortalecimiento de la estrategia de prevención y tratamiento de tuberculosis en población indígena junto con la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, en la cual se han capacitado promotores indígenas y se ha fortalecido las redes de diagnóstico y atención de los pueblos indígenas de La Sierra Nevada de Santa Marta (La Guajira, Santa Marta y César), Amazonas, Nariño, Vichada, Guaviare y Guainía.
- Incorporación del control del dengue y la tuberculosis a la estrategia AIEPI para la prevención y reducción de esta enfermedad.
- Se está ejecutando el Proyecto INAP para el “Diseño del Sistema Integrado de Vigilancia y Control para Malaria y Dengue-SIVCMD” en Barranquilla, Bucaramanga, Floridablanca y Armenia.

La rabia en Colombia ha venido presentando un descenso significativo, debido al fortalecimiento de la vigilancia y control en los diferentes entes territoriales, esto se ve reflejado en los 31 meses de silencio epidemiológico que lleva el país respecto a la presentación de casos de rabia humana transmitida por caninos, permitiendo de esta manera acercarse a la meta de eliminar la enfermedad para el año 2012, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico No. 13 No. de Casos de Rabia notificados 2006-2010



Fuente: Instituto Nacional de salud

En el Cuadro No.77 se puede apreciar la situación epidemiológica y el comportamiento del tífus endémico y epidémico en Colombia, aunque no existen lineamientos claros y un sistema de vigilancia adecuado que permita caracterizar el evento. Para los años 2006 a 2010 el número de casos que ingresan al sistema corresponden a aquellos pacientes que cumplen los criterios clínicos mínimos establecidos por los investigadores y cuentan con antígenos febriles superiores a 320.

Cuadro No. 77 No. de Casos de Tífus notificados 2006-2010

EVENTO	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tífus por pulgas	189	120	53	38

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro No.78, muestra el comportamiento de la fiebre amarilla, el dengue y la Leishmaniasis durante el período 2006 a febrero de 2010; en Colombia los departamentos más afectados por Fiebre Amarilla en los últimos cuatro años son: Norte de Santander, Guaviare, Cesar, Magdalena, Meta y La Guajira.

Cuadro No. 78 No. de Casos notificados por Fiebre Amarilla, Dengue y Leishmaniasis 2006-2010

EVENTO	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Fiebre amarilla	49	3	7	0
Dengue clasico	33.542	35.713	19.923	48.536
Dengue hemorragico	5.799	6.180	2.896	6.809
Leishmaniasis mucosa	83	60	30	29
Leishmaniasis cutánea	10.951	9.672	3.248	5.755
Leishmaniasis visceral	47	39	42	33

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro No. 79, muestra la incidencia de Rubéola y Varicela en el ámbito nacional, mostrando una reducción significativa entre el año 2006 y 2007 principalmente.

Cuadro No. 79 Casos notificados de Rubéola y Varicela 2006-2010

EVENTO	2006-2007	% Variación	2007-2008	% Variación	2008-2009	% Variación	2009-2010
--------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------

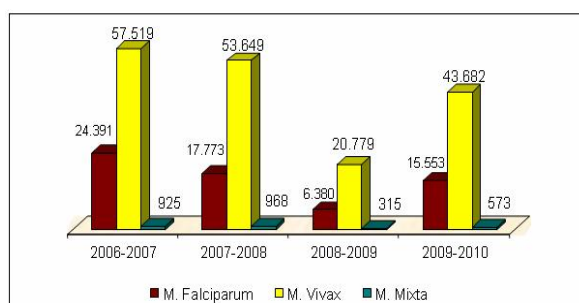
Rubeola	838	-83,4%	139	-37,4%	87	667,8%	668
Varicela	46.097	-40,3%	27.502	117,0%	59.676	-50,8%	29.373

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

En Colombia, la malaria también continúa siendo un grave problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio rural colombiano está situado por debajo de los 1.500 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad. Cerca del 60% de la población colombiana se encuentra en riesgo de enfermar o morir por esta causa.

El gráfico No. 13, muestra el número de casos de Malaria notificados entre el año 2006 a febrero 2010, presentándose una disminución porcentual promedio del 64% entre el 2008 y el 2009.

Gráfico No. 13 Casos de Malaria notificados 2006-2010



Fuente: Instituto Nacional de Salud.

3.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

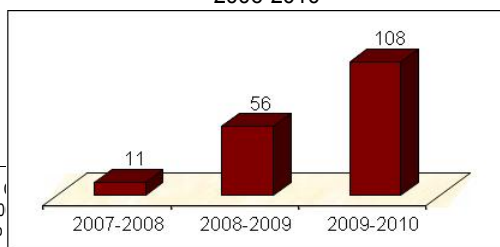
Según el estudio de carga de enfermedad de Colombia realizado en 2008 por el CENDEX, se concluyó que el 76% de la carga de la enfermedad en Colombia corresponde a enfermedades crónicas, fundamentalmente: Enfermedad Cardiocerebrovascular, cáncer y enfermedad mental. Al respecto, la OMS ha señalado que el consumo de tabaco ocasiona el 30% del total de enfermedades cardiovasculares, el 80% de todas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el 90% del cáncer de pulmón y el 30% de todos los otros tipos de cáncer, ocasionando más de cinco millones de personas en el mundo (más que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo); además ocasiona importantes costos médicos directos al sistema. Por lo anterior, el MPS en el 2006 priorizó entre otras estrategias, la lucha antitabaco a fin de contribuir a la reducción de enfermedades crónicas.

Al respecto se identifica que la prevalencia de vida de consumo de tabaco pasó de 18% en 1992 a 44,5% en el 2008⁹; el Estudio nacional de Consumo de SPA realizado en el 2008 estimó que más de tres millones de personas fumaron tabaco en el último mes (17,06%), de los cuales 187.822 corresponde a menores de 12 a 17 años. Por lo anterior, se implementaron las siguientes acciones:

- En cumplimiento del Convenio marco de lucha antitabaco, ratificado por Colombia en diciembre de 2006¹⁰ el Ministerio en busca de reducir la demanda y la oferta del tabaco, realizó acciones tales como: generación de impuestos; expedición de reglamentación para generar espacios libres de humo; reglamentación sobre etiquetado y empaquetado; educación antitabaco y prohibición de la venta a menores de edad que busca limitar el fácil acceso de niños a este flagelo. Al respecto, se resalta el reconocimiento internacional que realizó la OMS a la Ley Colombiana No. 1335 de 2009, como una de las leyes que a nivel mundial aborda de manera más integral lo propuesto en el Convenio Marco para el control del tabaco, quedando pendiente por abordar solo: precios e impuestos, comercio ilícito de productos de tabaco (contrabando) y apoyo a alternativas al cultivo de tabaco económicamente viables. Desde el 2007 se ha promovido la estrategia de “ambientes libres de humo” e “Instituciones educativas libres de humo”.
- Además, se dio mayor prioridad y se posicionó en la agenda pública el tema de la prevención y control de las enfermedades crónicas, las cuales no eran visibles a pesar de su impacto en la morbilidad y en el Sistema, para lo cual conformó la Mesa intersectorial de Enfermedades Crónicas y se llevó a cabo el Primer simposio Nacional de Enfermedad Crónicas, logrando un espacio y capacitación nacional alrededor de la vigilancia y control de las enfermedades crónicas. En el 2007 se logró la aprobación del proyecto de “Implementación del observatorio de enfermedades crónicas en Colombia” por parte de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública – IANPHI, el cual actualmente está en implementación.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentra el Hipotiroidismo Congénito, existe en Colombia datos de la frecuencia de la enfermedad cuyos valores oscilan entre 1:1.886, 1:2.500 y 1:3.3.484.

Grafico No. 14 Casos de Hipotiroidismo notificados
2006-2010



⁹ MPS-DNE. Estudio Nacional de
¹⁰ Ley 1109 de diciembre de 2007
Sentencia C-655 de 29 de agosto

Declarado exequible mediante

Fuente: Subdirección Vigilancia Y Control en S.P

Fuente: Instituto Nacional de Salud

3.5. Salud mental y Farmacodependencia

En el año 2006 se elaboró y difundió la Política Nacional para la reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA, la cual ha orientó las acciones desarrolladas en el cuatrienio. En el 2007 se diseñó un modelo de inclusión social del adicto a las drogas en el escenario del Sistema de la Protección Social. Con cofinanciación de la CICAD-OEA se elaboró una estrategia nacional para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar, la cual se implementó en 22 municipios del país. Igualmente, se implementó la estrategia para la minimización de riesgos y daños asociados al consumo inmoderado de alcohol en 5 ciudades capitales del país.

En los últimos dos años el Ministerio triplicó de forma histórica la inversión en proyectos salud mental y prevención de consumo de SPA, parte de estos recursos han sido ejecutados en convenio con la Oficina de las Naciones Unidas de lucha contra la droga y el delito- UNODC.

Cuadro No. 80 Recursos* en acciones de salud mental y prevención de consumo de SPA
2006 – 2010

Año	Presupuesto general de la nación
2006	1.055.069.817
2007	1.323.224.807
2008	2.501.801.439
2009	6.689.373.284
2010	4.300.000.000
Total cuatrienio	15.869.469.347

Fuente: DGSP/MPS

*Millones de pesos a precios constantes del año 2010.

Entre los logros más relevantes en los dos últimos años se destacan:

- La creación de 29 *comités departamentales y municipales de prevención y control de drogas*, que permiten la coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- El desarrollo de los modelos de Inclusión Social para consumidores de SPA, modelo de base comunitaria y enfoque participativo; así como la formulación del Plan Nacional de Formación para el Mejoramiento de la Capacidad Institucional y Comunitaria en Consumo de SPA, VIH y otras situaciones asociadas (CRIC I y CRIC II).

- Además, en el 2009 se financió y acompañó técnicamente a 18 proyectos en 17 municipios y 11 departamentos para el desarrollo y operación de la estrategia de “Zonas y Centros de Escucha Comunitaria” para la prevención del consumo de SPA, la promoción de la salud y la mitigación del impacto del consumo de SPA en las comunidades. Igualmente, se apoyó financieramente 9 proyectos de “zona de orientación escolar” ZOE en 9 instituciones educativas del país que buscan conformar redes de apoyo comunitaria y recursos institucionales para la reorientación de casos con trastornos mentales.
- De otra parte, se apoyó la elaboración de los planes de acción de organizaciones juveniles del país para el desarrollo de acciones de prevención y mitigación del consumo con pares en 15 departamentos y 17 ciudades del país.
- En alianza con el Ministerio de Educación Nacional, se desarrolló el Módulo de Orientaciones Pedagógicas para la Promoción de Estilos de Vida Saludables y se incluyó el componente de salud mental en APS en el marco del programa de Escuelas Saludables y en las zonas de orientación escolar, para que en estos ámbitos realice prevención del consumo de SPA y tamizaje, canalización y primeros auxilios en salud mental. Al respecto se resalta la experiencia exitosa de escuelas saludables en Risaralda. Igualmente, se desarrolló un modelo pedagógico para la conformación de redes familiares y clubes juveniles como estrategias para la prevención del consumo de SPA.
- Se elaboró los modelos de tamizaje y evaluación de problemas de consumo de SPA; de salud mental en APS y el de Redes de Atención Primaria en Salud-APS en salud mental y consumo de SPA, los cuales están siendo implementados a nivel nacional y territorial a través del plan nacional de salud mental; adicionalmente se incluyeron en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes a fin de construcción de sistemas de detección temprana, referencia y contrarreferencia.
- A fin de lograr la inclusión socio-laboral de personas con patología mental controlada, se financió y acompañó técnicamente a 11 programas de Centros de Atención en Drogadicción CAD en el país; adicionalmente se desarrolló e implementó el Modelo de inclusión social en 4 ámbitos comunitarios.
- El Ministerio ha venido impulsando la integración de estrategias comunitarias con los actores de las redes del buen trato y los ejecutores territoriales de la política de reducción de la demanda de SPA en municipios y departamentos; en el año 2009 se trabajó en 3 departamentos y 3 municipios.
- Se desarrolló la guía rehabilitación basada en la comunidad en salud mental y se capacitó a líderes comunitarios de población en situación de desplazamiento en tamizaje, canalización y rehabilitación.
- Se validó los instrumentos de tamizaje parra Colombia y se estandarizaron tres instrumentos específicos para la detección temprana de alteraciones en

la salud mental (Apgar familiar, SQR, RQC) y se elaboró la guía de primeros auxilios en salud mental en emergencias y desastres.

- Construcción de ruta nacional de atención en salud mental para el tamizaje, detección y canalización de pacientes en el marco del componente de salud mental en APS y adecuación de rutas en 4 departamentos y 15 municipios.

El Fondo Nacional de Estupefacientes en el periodo 2006 - 2009 ejecutó proyectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, beneficiando diversas poblaciones de los Departamentos del país así:

Cuadro No. 81 Proyectos ejecutados

Tema	Numero de proyectos ejecutados cuatrienio	Departamento beneficiado	Población objeto
Capacitación para la prevención de la Farmacodependencia	7 Proyecto / 2006	Córdoba, Bolívar, Santander, Tolima, Bolívar, Santander	10.000 personas entre Adultos, jóvenes y niños
	7 Proyectos/2007	Santander, Cundinamarca	7644 personas, entre jóvenes, adultos y niño
	3 Proyecto/2009	Quindío, Santander	3465 personas, entre niños, jóvenes y adultos
Proyectos dirigidos a realizar el diagnostico de las poblaciones	1 Proyecto/2008	Santander	3000 estudiantes de secundaria y primer semestre de universidad
Capacitación en el Uso Racional de medicamentos de control especial	1 Proyecto/2007	Guajira	8.356 entre jóvenes y pacientes de la UAICA
	10 Proyectos/2008	Córdoba, Arauca, Sucre, Cundinamarca, Santander, Guaviare, Quindío	2523 personas (profesionales de la salud y personal dispensador de medicamentos).
	1 Proyecto/2009	Córdoba	3763, personal de salud y personas que distribuyen medicamentos.
Proyectos dirigidos al manejo adecuado del tiempo libre	1 Proyecto/2009	Cundinamarca	200 estudiantes del colegio Departamental Ricardo Hinestroza de la Vega
Tratamiento y Rehabilitación	1 Proyecto/2006	Cundinamarca	Pacientes UAICA Santa Clara
	1 Proyecto/2007	Caldas	15 personas de entre 14 y 60 años
	1 Proyecto/2008	Quindío	Pacientes del Instituto de Salud del Quindío
	2 Proyectos /2009	Valle del Cauca Antioquia	25 pacientes de la Fundación Villa del Angel 2300 estudiantes (prevención) 60 pacientes de la ESE Carisma

Fuente : Fondo Nacional de Estupefacientes

3.6. Seguridad Alimentaria y Nutricional

Quizá el mayor logro en materia de seguridad alimentaria y nutricional fue el contar por primera vez con una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, formulada con la participación intersectorial en el año 2008 y adoptada mediante Conpes social 113; La Política se enmarcó en el Plan Nacional de Desarrollo a fin de cumplir los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación”, la cual ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.

En el marco de esta Política y ante el lento progreso de las estrategias en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional en términos de resultados, el Ministerio aumentó el presupuesto para la realización de acciones sectoriales, así como la promoción y articulación con otros sectores involucrados; entre el 2006 y el 2009 el presupuesto del nivel central pasó de \$60 millones a precios constantes de 2010 a \$5.726 millones constantes en el año 2009.

A fin de aprovechar y potenciar los desarrollos realizados por otras instituciones, los recursos del año 2009 se ejecutaron a través de un Convenio de cooperación con el Programa Mundial de Alimentos, Acción Social y Unicef, quienes aportaron \$3.671 millones de pesos adicionales; el convenio abordó cuatro líneas de acción: política de SAN; estrategia Resa CUNA; lactancia materna y asistencia técnica.

Como resultado de la línea de política de dicho convenio se elaboró una propuesta de Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional concertado con la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria CISAN, dicho plan busca operar la Política Nacional de SAN; igualmente; se realizó asistencia técnica a 19 departamentos 3 distritos y 9 municipios¹¹ los cuales ya cuentan con planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional; en esta misma línea se inició el observatorio de SAN con apoyo de la FAO.

De otra parte, se implementó la estrategia ReSA-CUNA (Red de Seguridad Alimentaria-Culinaria Nativa) en los municipios de Tumaco, Buenaventura, Quibdó y Guapi, con un total de 7.990 familias beneficiarias. El objetivo de dicha estrategia es reconocer la importancia del aporte nutricional de productos autóctonos de cada región y mejorar el uso de alimentos típicos en menús saludables (Incluye entrega de recetario, kit de manipulación de alimentos, y kit de cocina). En estos cuatro municipios del pacífico se realizó el análisis de la situación de salud con énfasis en SAN.

¹¹ Magdalena, Cesar, Córdoba, Casanare, Meta, Guainía, Vaupés, Guaviare, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Huila, Risaralda, Quindío, Boyacá, Cauca, Chocó, La Guajira, Sucre, Bogotá, Barranquilla y Santa Marta.

Se capacitó a las entidades territoriales en el Manual de alimentación y nutrición para gestantes con VIH y se desarrollaron los siguientes documentos: propuesta técnica para articular IAMI-AIEPI; propuesta de reglamentos del comité de micronutrientes; ruta de atención de la desnutrición e inclusión en el POS de la recuperación nutricional; modelo de vigilancia nutricional; manual de rotulado nutricional para consumidores e industriales.

En la línea de lactancia materna, en el 2009 se realizó la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, el cual sirvió de insumo para la formulación de un nuevo Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 el cual será validado y difundido en el 2010. Además en el 2009, se realizó fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral a la Mujer y la Infancia - IAMI en ocho departamentos (Boyacá, Cauca, Huila, Nariño, Córdoba, La Guajira y el municipio de Bello en Antioquia). En total se capacitaron 91 equipos de salud en IAMI en 20 municipios y 35 IPS y se formaron 33 evaluadores externos de la estrategia. Durante el cuatrienio se fortaleció además la implementación de IAMI en: Bolívar, Arauca, Sucre, Chocó, Valle del Cauca, Santander, Bogotá, Antioquia, Caquetá y Guaviare.

Como estrategia de comunicación se produjo y emitió 21 programas de TV de “Cocinando Ando”, con emisión quincenal en el canal institucional y en 7 canales regionales y se diseñó un plan de medios para lactancia materna, alimentación complementaria, y promoción de actividad física, con el desarrollo de videos educativos, cuñas radiales y comerciales con difusión nacional y regional. (Artes adjuntas).

Con respecto de los casos de intoxicación notificados, en el Cuadro No. 82 se presenta el número de casos de intoxicación por diferentes causas, en el período comprendido entre julio de 2006 a febrero de 2010. Por intoxicaciones, lesiones por pólvora y Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), Bogotá es el ente territorial que ha notificado el mayor número de casos durante el periodo informado.

Cuadro No. 82 No. de Casos de Intoxicaciones notificadas
2006-2010

Evento	2006-2007	% Variación	2007-2008	% Variación	2008-2009	% Variación	2009-2010
Intoxicación x plaguicidas	4.904	-27,8%	3541	34,1%	4.749	71,9%	8.163
Intoxicación x fármacos	1.541	4,5%	1610	102,6%	3.262	14,9%	3.748
Intoxicación x metanol	76	75,0%	133	-0,8%	132	-37,9%	82
Intoxicación x metales	46	8,7%	50	-46,0%	27	844,4%	255
Intoxicación x solventes	133	21,1%	161	59,0%	256	99,2%	510
Intoxicación x otros químicos			1887	120,2%	4.156	82,3%	7.575
Lesiones por pólvora	782	-59,3%	318	34,3%	427	-2,8%	415
ETA	7.103	-22,2%	5529	104,8%	11.323	-14,7%	9.653

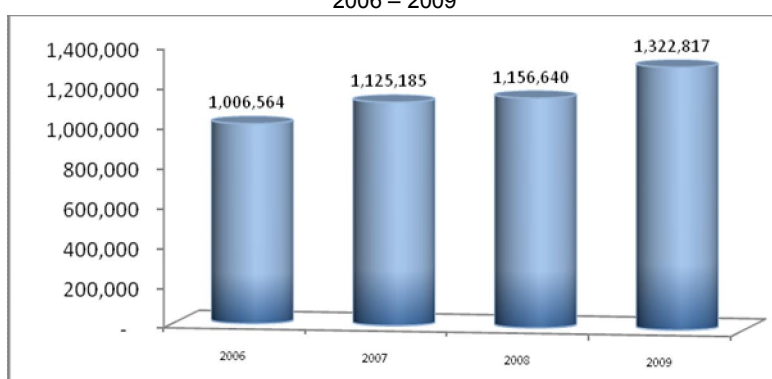
Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El ICBF con el fin de contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional en la primera infancia, atendió niños y niñas menores de 6 años, de niveles 1 y 2 del SISBEN mediante el programa *Desayunos Infantiles con Amor –DIA-*, el cual

pasó de atender a 1.006.564 niños y niñas en 2006 a 1.322.817 en 2009, lo cual representa un aumento en la cobertura del 31% para este periodo (ver gráfico 2). La meta para 2010 es brindar este complemento alimentario a más de 1,6 millones de niños y niñas con una inversión de \$175.000 millones. A marzo 31 de 2010 se han atendido 1.322.817 niños y niñas.

Como un logro importante en la gestión de este programa, se destaca la contratación a través de Bolsa Nacional Agropecuaria, lo cual permitió un ahorro de \$53.260 millones en el periodo 2006 – 2010.

Gráfico No. 15 Niños beneficiados mediante el Programa DIA
2006 – 2009



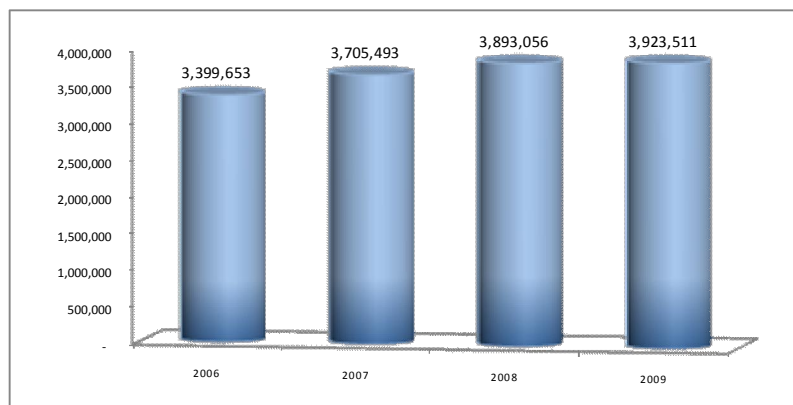
Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Con el fin de contribuir a mejorar el desempeño académico, promover el ingreso y la permanencia en el sistema educativo y promover la formación de hábitos alimentarios saludables, el ICBF ha venido implementando el **Programa de Alimentación Escolar- PAE-**

Mediante este programa estratégico se pasó de atender a 3.399.653 niños y niñas en 2006 a 3.923.511 en 2009, lo cual representa un incremento de cobertura del 15% para este periodo (ver gráfico 3). Para la vigencia 2010 la meta es atender a 4.026.198 escolares con una inversión superior a los \$400.000 millones. A marzo 31 de 2010 se ha logrado la atención de 3.969.465 niños y niñas.

El programa en 2006 y 2007 operó durante 142 días, en 2008 aumentó su atención a 157 días, en 2009 a 167 días y la meta para la vigencia 2010 es atender durante 180 días al año mediante la entrega del desayuno o almuerzo a niños escolarizados entre 5 y 9 años.

Gráfico No. 16 Niños beneficiados mediante el PAE
(2006 - 2009)



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

En el año 2007, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como respuesta a la emergencia en el Departamento de Chocó, en donde se presentaron 12 muertes de niños por desnutrición, definió implementar dos **Centros de Recuperación Nutricional (CRN)** en los municipios de Quibdó y Carmen del Darién. Así mismo, considerando la situación crítica de desnutrición en la población menor de cinco años, reportada por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, en el 2008 se pusieron en marcha 22 CRN en el territorio nacional.

Para la vigencia 2009 se encontraban en funcionamiento 91 Centros de Recuperación Nutricional en 12 departamentos del País, con una inversión de \$3.145 millones. En la actualidad se encuentran operando 93 Centros de Recuperación Nutricional en 13 departamentos con una inversión de \$6.300 millones, logrando la atención de 12.387 niños y niñas, desde el 2007 a 28 de febrero de 2010.

3.7. Seguridad Sanitaria y Ambiental

Además de las acciones en materia de fortalecimiento de las medidas sanitarias y fitosanitarias MSF, el Ministerio formuló por primera vez unos lineamientos técnicos para la política de salud ambiental, lo cual permite a las Direcciones Territoriales de Salud priorizar líneas de acción con la consecuente formulación del Modelo de Gestión en Salud Ambiental - CONPES 3550; en cumplimiento de este se viene liderando el proceso de conformación del CONASA (Comité Nacional de Salud Ambiental) que busca articular a las diferentes entidades del área técnica en salud ambiental y promover la efectiva coordinación de políticas de salud y ambiente. Igualmente, se protocolizó el Plan de Acción de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Prevención y el Control de la Contaminación del Aire – CONAIRE y se formalizó la participación de este Ministerio.

De otra parte, en cumplimiento de nuestras competencias, se viene realizando análisis revisión y actualización de la base de datos de plaguicidas y expedición de conceptos toxicológicos y registros sanitarios de sustancias químicas y plaguicidas, así como permisos de experimentación.

Para finalizar, se resalta la expedición del vademécum colombiano de plantas medicinales y se adoptó oficialmente como requisito indispensable para la expedición de registros sanitarios de los productos fitoterapéuticos tradicionales, mediante la resolución 2834 de 2008.

3.8 Salud oral

En el 2008 se retomó el tema de salud oral como problemática de interés en salud pública, recuperando el liderazgo de la salud oral en el nivel central; lo cual ha permitido brindar orientación y asistencia técnica a los diferentes actores del sistema y la asignación de referentes de salud bucal en 30 departamentos. A la fecha 27 entidades territoriales (75%), incluyeron el componente de salud bucal en los planes territoriales y destinaron recursos para el desarrollo de las acciones y estrategias establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

En el 2009, se desarrolló la primera fase para el IV Estudio Nacional de Salud Bucal el cual permitirá contar con información actual que permita planear acciones de salud bucal de forma más ajustada a la realidad.

Adicionalmente, en el periodo 2008-2009 se fortaleció la articulación de entidades territoriales, EPS, universidades, gremios, e IPS alrededor de la concertación y seguimiento de estrategias y metas en salud bucal y se avanzó en la articulación del tema de salud bucal en las Estrategias AIEPI e IAMI.

4. PROMOCIÓN SOCIAL

4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables

Durante el período 2006 – 2010, se transfirieron recursos de concurrencia por valor de \$219,183,500,679 a las entidades territoriales con el fin de apoyar la atención de las poblaciones vulnerables.

4.1.1 Infancia y jóvenes

Se ha realizado asistencia técnica, publicación y monitoreo al desarrollo de: i) Marco de Políticas Públicas de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio – Guía para Alcaldes, ii) Política Nacional de Primera Infancia, CONPES Social N° 109, iii) definición de un modelo de atención para la primera infancia, SISBEN 1, 2 y 3. iv) construcción del sistema de seguimiento y evaluación de los derechos durante la primera infancia, definición del sistema de calidad de la atención para los programas de atención integral a la primera infancia, entre otros. V) Plan Nacional para la niñez y la adolescencia “Niños y Niñas Felices y con Iguales Oportunidades”: construido con participación social del sector público, privado, la academia, los organismos internacionales y los niños, las niñas y adolescentes.

Se avanzó en la reglamentación del Código de la Infancia y la Adolescencia, con proyectos normativos: i) Decreto 4690 del 3 de Diciembre del 2007, por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la ley, ii) Circular Externa 054 de septiembre 9 de 2008, con instrucciones para la atención en los servicios de urgencias de la población infantil y adolescente iii) Elaboración de estudio de sostenibilidad y de propuesta para la CRES para la eliminación de copagos y cuotas moderadoras para la atención en salud a los menos de 5 años y en el caso de los adolescentes en la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, iv). Decreto 1677 de 2008, por medio del cual se actualiza la clasificación de trabajos prohibidos.

Publicación del estudio sobre Inequidades Sociales en la Infancia y la Adolescencia, que define indicadores de vulnerabilidad, con línea de base 2005, y es de gran utilidad para la toma de decisiones en la reducción de inequidades en la población menor de 18 años. Se capacitaron más de 150 personas en el manejo, análisis e interpretación de los indicadores con participación del sector público y privado del orden nacional y territorial.

Cuadro No. 83 Atención integral a la niñez

ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ OFRECIDA POR LAS CCF JULIO DE 2006 - DICIEMBRE 2009						
AÑO	COBERTURAS	VARIACION %	APROPIACION ANUAL (Millones \$)	VARIACION %	COSTO ANUAL (Millones \$)	VARIACION %
2o Semestre 2006	741.379		26.577		24.944	
2007	585.641	- 26,59	54.161	50,93	55.179	54,79
2008	239.308	- 144,72	63.689	14,96	63.793	13,50
2009	225.092	- 6,32	75.599	15,75	75.919	15,97

Fuente: Información presentada por las CCF durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009. – División Operativa-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Se aprecia decrecimiento del 59.21% en coberturas, debido a que las Cajas ofrecían actividades y reportaba usos, esto se ajustó; esta Entidad trabaja arduamente para dar cumplimiento al artículo 29 de la Ley 1098 de 2006, capacitando a las vigiladas para que ofrezcan programas integrales que brinden componentes de salud no pos, nutrición, educación inicial, cuidado a los niños vulnerables de (0) a (6) años. En cuanto a la apropiación – recursos de ley en el período analizado estos crecieron 27.21% en promedio, a su vez el costo anual con una tendencia similar creció el 28.09%, estas apropiaciones se hacen de acuerdo a la ley, mes a mes, entre otras por la vigilancia que hace la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Cuadro No. 84 Jornada Escolar Complementaria

JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA OFRECIDA POR LAS CCF JULIO DE 2006 - DICIEMBRE 2009						
AÑO	COBERTURAS	VARIACION %	APROPIACION ANUAL (Millones \$)	VARIACION %	COSTO ANUAL (Millones de \$)	VARIACION %
2o Semestre 2006	2.464.397		19.572		16.209	
2007	1.527.078	- 61,38	39.650	50,64	39.556	59,02
2008	1.837.237	16,88	36.775	- 7,82	36.805	- 7,47
2009	2.458.306	25,26	37.993	3,21	39.092	5,85

Fuente: Información presentada por las CCF durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009. – División Operativa-Superintendencia del Subsidio Familiar.

El ofrecimiento de las Jornadas Escolares en el período 2006 al 2009 presentó decrecimiento en coberturas del 6.41%, por cuanto las Cajas ofrecían actividades y reportaban usos; a su vez la apropiación de recursos de ley creció 15.34% mientras el costo de la operación creció 19.13%.

Para el año 2009 las Cajas cuentan con lineamientos trabajados conjuntamente Superintendencia del Subsidio Familiar – Ministerio de Educación Nacional, para que les desarrollen en el tiempo libre de los niños y jóvenes estudiantes en condiciones de vulnerabilidad, programas integrales de gran impacto social, resultados que pueden observarse en la vigencia 2009 con el ofrecimiento de programas integrales en modalidades Artística y Cultural 49.52%, Ciencia y Tecnología 30.87%, Escuelas Deportivas 13.64% y Ambiental 5.97%, logrando

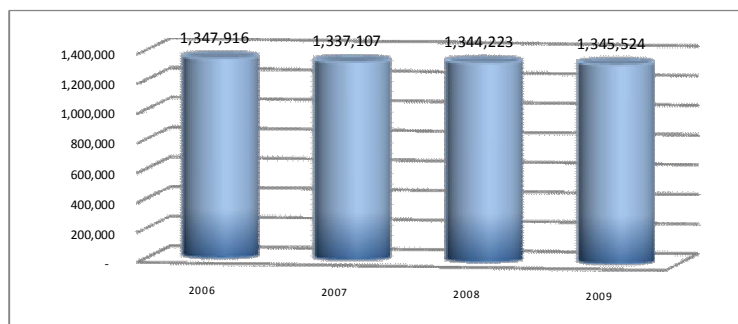
mejorar con el aprovechamiento del tiempo libre la calidad de vida de los niños y jóvenes en cumplimiento de la Constitución Política y del artículo 14 de la Ley 115 de 1994, modificado por la Ley 1029 de 2006.

Uno de los principales programas implementados por el Instituto es el de **Hogares del ICBF**. Como se puede observar en el gráfico 1, este importante programa ha mantenido estable su cobertura durante el periodo 2006 – 2009. Para este último año se logró beneficiar a 1.345.524 usuarios, con una inversión de \$783.000 millones equivalentes al 27% del total de presupuesto de inversión del ICBF para la vigencia 2009. A marzo 31 de 2010 se han atendido 1.335.674 usuarios.

Una de las prioridades del cuatrienio, ha sido la cualificación de los servicios prestados a la primera infancia a través de los Hogares del ICBF. Para ello, a partir de 2007 se han venido mejorando las condiciones de habitabilidad de las viviendas donde funcionan los Hogares, mediante un estímulo para fomentar la cultura del ahorro en las madres comunitarias. Este estímulo estaba condicionado a que durante ese año las madres se afiliaran al Fondo Nacional del Ahorro con la posibilidad de acceder a créditos para lograr espacios más amables para la Primera Infancia.

A abril de 2010 66.774 madres comunitarias se encuentran afiliadas al Fondo Nacional del Ahorro, lo cual representa un total de ahorros de \$15.500 millones. Esto ha permitido la aprobación de 4.054 créditos por \$38.237 millones.

Gráfico No. 17 Niños beneficiados mediante el Programa de Hogares del ICBF 2006 - 2009



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

De otra parte, entre el 2007 y el 2010 se han realizado 2.755 mejoramientos de vivienda en HCB, con una inversión de \$13.600 millones, priorizando aquellos Hogares que aún tenían pisos en tierra o arena, y teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población o sector, la situación de desplazamiento forzado, las condiciones de la población como la diversidad cultural y socioeconómica y regiones con alto índice de necesidades básicas insatisfechas.

En convenio con el Ministerio de Educación, se ha venido desarrollando el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia, el cual se opera conjuntamente mediante tres modalidades: 1) entorno familiar; 2) entorno comunitario y 3) entorno institucional. Desde 2007 a 31 de diciembre de 2009 se ha logrado la atención de 212.750 niños y niñas, lo cual representa un cumplimiento del 53% de la meta programada para el cuatrienio de atender de manera integral a 400.00 niños y niñas.

En enero de 2008, a través de la ley 1187 se realizó un incremento a la bonificación que reciben las madres comunitarias, de manera que dicha bonificación corresponda al 70% de un salario mínimo. En el 2009, se autorizó un incremento del 7.67% (\$348.180), igual al índice de crecimiento de la inflación y para el 2010, en cumplimiento con lo ordenado por la Ley 1187 se realizó un incremento de 3,6% (\$360.780) superior al índice de crecimiento de la inflación. Adicionalmente, las madres comunitarias cuentan con un régimen especial en seguridad social con los siguientes beneficios: 1) la madre comunitaria cotiza el 4% de su bonificación y tiene derecho al régimen contributivo con su núcleo familiar; y 2) se eliminan las condiciones de edad y tiempo cotizado y aquellas que fueron sancionadas, que se retiraron o dejaron de pagar pueden volver a afiliarse.

Dentro de otros beneficios, cabe señalar la exención del cuatro por mil a los recursos que reciben las Asociaciones de Hogares Comunitarios de Bienestar para la operación del programa; la estratificación especial para los HCB, considerándolos como estrato 1 para efectos de facturación en los servicios de acueducto, aseo y alcantarillado; y boletines de prensa, programas de televisión, radiales, y diseño y publicación del periódico de Madres Comunitarias para fortalecer y cualificar los canales de comunicación entre la Dirección General del ICBF y las madres comunitarias.

Otro de los logros en cualificación de este programa es la capacitación, formación y profesionalización brindada a las madres comunitarias. A través de un convenio con el Ministerio de Educación, 1.289 madres fueron alfabetizadas y en la actualidad no hay madres comunitarias analfabetas. Adicionalmente, 7.034 se encuentran adelantando ciclos de educación básica y media.

Asimismo, 14.170 madres fueron capacitadas en alianza con la empresa privada para fortalecer sus competencias en pautas de crianza, atención a primera infancia, lenguaje, motricidad fina, alimentación, entre otros. Para el 2010 se capacitarán 6.000 madres más. En el 2007, el ICBF en alianza con el SENA y el MEN, diseñó un programa de 6 módulos de formación técnico laboral de atención integral a la Primera Infancia para las madres comunitarias. En el marco de este programa 4.125 madres iniciaron el proceso y 400 ya se graduaron.

Con el fin de mejorar la calidad de los programas ya existentes para la atención a la Primera Infancia, el ICBF viene desarrollando, el proyecto Fiesta de la

Lectura, que busca enriquecer y cualificar las prácticas pedagógicas. El proyecto se desarrolla a través de la conformación de Bibliotecas para la Primera Infancia, así como de la formación, acompañamiento y evaluación permanente a los agentes educativos involucrados en el proyecto. A través del proyecto se han beneficiado 39.616 niños con una inversión de \$4.000 millones.

Con el fin de apoyar con herramientas conceptuales y prácticas la labor de las madres comunitarias, durante la vigencia 2009 se entregaron 78.700 ejemplares del libro: “Los primeros años” en convenio con la Fundación Secretos para Contar, y se capacitaron 11.000 Madres de las 33 Regionales a través de 132 talleres para que desde su trabajo desarrollen actividades que fortalezcan las competencias en salud y nutrición, propias de los primeros años de vida de niños y niñas.

Otra de las acciones desarrolladas para favorecer el componente pedagógico que debe desarrollar la madre comunitaria diariamente con los niños, es la compra y entrega oportuna de material didáctico duradero y estandarizado al 100% de los HCB para un buen desarrollo de los niños. En 2007 se entregaron 63.787 kits de materiales didácticos con una inversión de \$4.550 millones; en 2008 se entregaron 64.139 kits de instrumentos musicales con una inversión de \$4.500 millones y en 2009 se entregaron 70.893 kits de juego simbólico y de roles con una inversión de \$4.000 millones. Para la vigencia 2010 se entregarán kits de pensamiento y desarrollo lógico elaborados en madera.

Para la construcción de nuevas obras y la adecuación de espacios amables para la primera infancia se cuenta con un presupuesto aproximado de \$587.000 millones.

Con estos importantes recursos – algunos de los cuales se han venido ejecutando desde el 2003 – el País contará en 2010 con 1.960 obras de infraestructura de las cuales 896 corresponderán a construcciones nuevas y 1.064 serán obras de adecuación o ampliación. A través de estas intervenciones se beneficiará a un total de 162 mil niños y niñas y 7.100 madres comunitarias.

El ICBF a través de los *Clubes prejuveniles y juveniles*, generó espacios para la construcción de valores y el desarrollo de proyectos grupales y de emprendimiento para la formación y apoyo de proyectos de vida de niños, adolescentes y jóvenes. Durante la vigencia 2009 se beneficiaron 110.899 adolescentes y jóvenes a través de 7.442 unidades de atención, logrando atender a 36.909 adolescentes más que en 2006. Lo anterior, representa un incremento en la atención del 50%. A marzo 31 de 2010 se ha logrado la atención de 26.937 adolescentes. En 2009 el presupuesto para este programa fue de \$15.052 millones, mientras que en 2006 fue de \$14.835 millones.

La adopción es una medida de protección que restituye el derecho fundamental de los niños con declaratoria de adoptabilidad, a pertenecer, crecer

y desarrollarse en una familia definitiva. De acuerdo con el artículo 61 del Código de Infancia y Adolescencia, a través de la adopción se establece de manera irrevocable, la relación paternofamiliar entre personas que no la tienen por naturaleza.

En el 2009, 2.753 niños, niñas y adolescentes cuentan con familia adoptiva asignada. Es importante mencionar que del total de asignaciones 824 corresponden a niños y niñas con necesidades y características especiales y 1.153 niños y niñas fueron asignados a familias colombianas..

Cuadro No. 85 Adopciones
2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
Total adopciones	2.762	3.077	2.542	2.753
Niños asignados por ICBF	2.353	2.690	2.161	2.355
Niños asignados por instituciones autorizadas	409	387	381	398

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Uno de los principales avances durante el cuatrienio fue la expedición de la Ley 1098 de 2006, y con ella el establecimiento del **Sistema de Responsabilidad Penal para los Adolescentes**, el cual se encuentra operando en todos los distritos judiciales del país para garantizar el ejercicio del derecho a un debido proceso a los adolescentes investigados y juzgados. Como se puede observar en el cuadro 3, en 2009 fueron atendidos 21.492 adolescentes con una inversión de \$25.388 millones.

Cuadro No. 86 Usuarios, cupos e inversión en el SRPA
2007 – 2009

Ley 1098/06 SRPA	2007	2008	2009
Cupos	756	2.425	3.339
Usuarios	1.369	12.147	21.492
Inversión* (millones de \$)	845	12.886	25.388

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

4.1.2 Adulto mayor

Definición de Lineamientos Técnicos para mejorar la calidad de la atención de las personas mayores en las instituciones de promoción y protección social (ancianatos, hogares, residencias, otros) a partir del enfoque de derechos.

Se desarrolló la Metodología de participación de y para los Adultos Mayores, MIPSAN, elaborada mediante Convenio con la Universidad Nacional de Colombia. Esta se viene aplicando en proyectos ejecutados y cofinanciados por los entes territoriales con recursos transferidos por la nación.

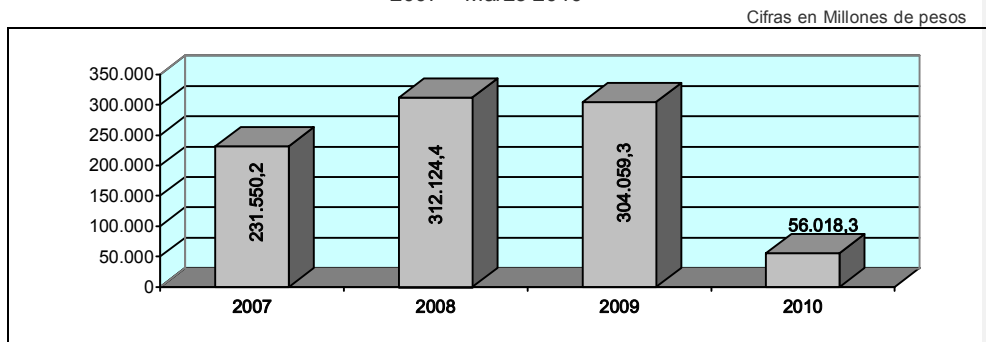
Junto con otras entidades nacionales se participa interinstitucionalmente en la formulación del documento CONPES de envejecimiento y vejez. A la fecha, la política se ha difundido entre diferentes actores incluido el 100% los entes territoriales.

Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM

Durante el actual cuatrienio con corte a marzo de 2010, el Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM, benefició a un total de 567.218 personas adultas mayores, de acuerdo con el indicador de máxima cobertura alcanzada¹², en 1.099 municipios del país. Lo anterior en cumplimiento de la Ley 1151 de 2007, Plan Nacional de Desarrollo, que estableció como meta estratégica la ampliación de cobertura del Programa PPSAM hasta llegar a un total de 600.000 beneficiarios.

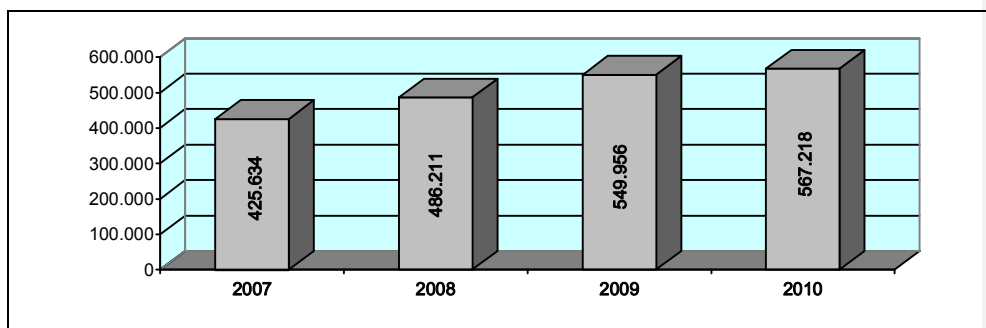
Los siguientes gráficos muestran el comportamiento consolidado del Programa PPSAM durante el cuatrienio, respecto al criterio presupuestal determinado por valor total de subsidios programados, en millones de pesos, y a las máximas coberturas alcanzadas.

Gráfico No. 18 Valor Total Subsidios PPSAM
2007 – Marzo 2010



Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

Gráfico No. 19 Máximas Coberturas PPSAM
2007 – Marzo 2010



Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

¹² Número total de Personas beneficiadas desde el inicio del Programa PPSAM, puede ser superior al número total de cupos asignados debido a la rotación de cupos causada por las novedades derivadas de la aplicación de diferentes criterios de retiro del Programa y de los consiguientes reemplazos.

Analizada la información relacionada con el Programa según criterios de vulnerabilidad socioeconómica y según consideraciones de tipo poblacional y territorial, el PPSAM presentó el comportamiento descrito a continuación durante el periodo descrito.

Criterio poblacional. De acuerdo con la perspectiva de género, el PPSAM en el periodo 2007 a 2010, el 58,76% de los beneficiarios fueron mujeres y el 41,23% fueron hombres.

Respecto a la estructura etárea, durante el lapso de 2007 a 2010, el 4,0% de los beneficiarios presenta edades entre 51 y 60 años, el 29,6% entre 61 y 70 años, el 43,8% se encuentra entre los 71 y 80 años, el 19,5% esta entre los 81 y 90 años, el 2,9% entre los 91 y los 100 años, y el restante 0,2% está compuesto por mayores de 100 años.

Con base en lo anterior se hace evidente una importante participación de beneficiarios con edades comprendidas entre los 71 y 80 años, seguida por el grupo de edad entre 61 y 70 años.

Criterio territorial. En la tabla presentada más adelante se ofrece una síntesis comparativa de la participación por Departamento de las personas adultas mayores dentro del Programa de Protección Social al Adulto Mayor para el periodo 2007-2010, representada en el indicador de máxima cobertura alcanzada. La participación descrita refleja la heterogeneidad del envejecimiento por regiones de Colombia, más acentuado en zonas urbanas y en los departamentos de la región andina.

Cuadro No. 87 Participación Departamental PPSAM
2007 – 2010

Departamento	% Participacion	Departamento	% Participacion
Amazonas	0,15	Huila	3,96
Antioquia	12,86	La Guajira	1,64
Arauca	0,49	Magdalena	2,44
Atlántico	4,39	Meta	1,60
Bogotá D. C.	3,24	Nariño	4,83
Bolívar	4,40	Norte de Santander	3,89
Boyacá	5,35	Putumayo	1,05
Caldas	3,10	Quindío	1,58
Caquetá	1,03	Risaralda	2,03
Casanare	0,85	San Andrés	0,18
Cauca	4,20	Santander	5,90
Cesar	2,55	Sucre	2,65
Choco	0,95	Tolima	4,72
Córdoba	4,11	Valle del Cauca	8,34
Cundinamarca	7,00	Vaupés	0,13
Guainía	0,16	Vichada	0,05
Guaviare	0,18		

Fuente: Consorcio Prosperar, abril 2010

Durante el periodo 2007-2010 se implementó la prueba piloto determinada por el Conpes 105 de 2007, en 53 municipios del país que hacen parte del Centro de Coordinación de Acción Integral, municipios en los cuales los beneficiarios del Programa de Protección Social al Adulto Mayor y del Programa de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” reciben un subsidio integral conformado por dinero, complemento alimentario y servicios sociales complementarios (actividades educativas y lúdico recreativas).

En el cuatrienio descrito, se resalta como el logro más significativo en desarrollo del Programa de Protección Social al Adulto Mayor –PPSAM, la ampliación de cobertura en 192.861 nuevos cupos realizada en abril 23 de 2007, mediante Resolución 1187, lo que significó para el programa un crecimiento del 90,7%.

Así mismo, se denota como avance en el marco normativo el acceso de personas con discapacidad a los beneficios de la subcuenta de subsistencia a través de la entrega de 23.700 ayudas técnicas de las cuales corresponde a movilidad y mobiliario el 79.6%, a comunicación 15.8% y el restante 4,7% a prótesis dentales.

Cuadro No. 88 Personas Atendidas en Programas Especiales de Adulto Mayor Cajas de Compensación Familiar 2006 - 2010

NÚMERO DE PERSONAS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	4.387	4.540	4.175	2.705
REGION OCCIDENTE	59.332	187.010	152.267	202.691
REGION CENTRO ORIENTE	10.698	13.868	14.691	17.116
REGION ORINOQUIA	2.029	567	240	665
REGION AMAZONIA	1.279	3.430	2.041	2.388
BOGOTA D.C.	24.802	45.031	51.327	61.535
CAJA CAMPESINA	14.487	51.690	91.634	80.205
TOTAL	117.014	306.136	316.375	367.305

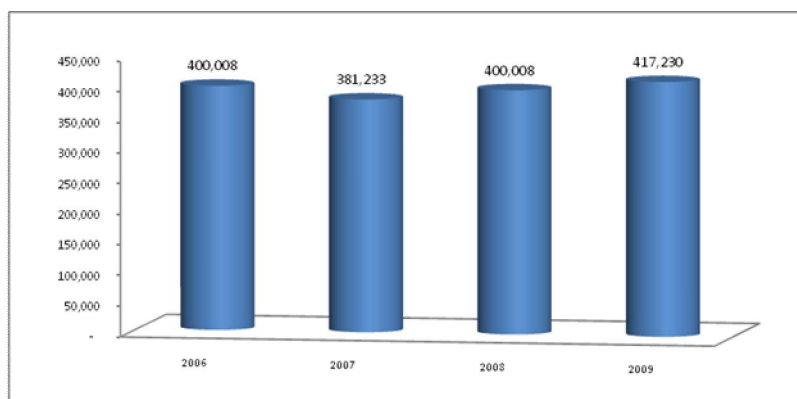
Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

El Programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor –PNAAM- brinda complementación alimentaria a adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad o situación de desplazamiento mediante ración preparada o ración para preparar. Asimismo, se realizan actividades complementarias de tipo lúdico, educativo y recreativo a los adultos mayores participantes del programa.

En 2009 se logró la atención de 417.230 adultos mayores con una inversión de \$211 mil millones, en contraste con 400.008 adultos mayores atendidos en 2006 con una inversión de \$137 mil millones (ver gráfica 4). La meta para 2010 es mantener la misma cobertura alcanzada durante la vigencia anterior y a 31 de marzo se ha logrado el 100% de cumplimiento de esta meta.

A partir del Documento Conpes 105 de 2007, en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, se entrega subsidio integral a 41.441 adultos mayores de 53 municipios pertenecientes a la estrategia presidencial: Centro de Coordinación de Acción Integral –CCAI–.

Gráfico No. 20 Adultos mayores beneficiados con el PNAAM
2006 – 2009



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

4.1.3 Familia

En el mes de enero de 2007 se firmó el Convenio *“Pacto Vivienda con Bienestar”* entre el ICBF y el Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial y se fijó como meta para el cuatrienio atender a 200.000 familias. El programa busca incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludable, así como mecanismos de promoción de la convivencia y prevención de la violencia.

En 2007 se certificaron 40.000 familias, en 21 departamentos a través de 830 educadores familiares. En 2008 se certificaron 80.000 familias en 25 departamentos a través de 1.333 educadores familiares y en 2009 se atendieron 38.440 familias, a través de la suscripción de dos convenios: uno con la OIM para atender a 33.164 familias en 19 departamentos a través de 576 educadores Familiares y otro con Asocaña para beneficiar 5.276 familias de los cortadores de caña de azúcar de diferentes ingenios del Valle del Cauca, Cauca y Risaralda.

Para la vigencia 2010 el programa se ejecutará en 26 regionales, a través de la adición del convenio con la OIM. Se vincularán al programa 40.000 familias, las cuales serán atendidas a través de 667 educadores familiares de formación y 150 educadores de acompañamiento terapéutico.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desarrolla programas y servicios orientados a proteger y restituir el ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes cuando han sido vulnerados. La atención se presta a través de modalidades como el Medio Familiar, en el que se privilegian los vínculos con la familia; mediante servicios de externado, semi-internado y hogares sustitutos, entre otros. Para las situaciones en las que es difícil mantener el vínculo con la familia, o éste no existe, los servicios se brindan en Medio Institucional. En los 200 centros zonales del ICBF, se presta atención permanente por demanda espontánea, para la resolución de conflictos como la violencia intrafamiliar, pruebas de paternidad, filiación y revisión tanto de la cuota de alimentos, visitas, entre otros servicios y denuncias. Durante la vigencia 2009 fueron atendidos 1,4 millones de colombianos a través de los centros zonales.

Cuadro No. 89 Cobertura en programas de protección ICBF
2006 – 2009

MODALIDAD DE ATENCIÓN	2006	2007	2008	2009
Atención desde Centro Zonal	1.196.912	911.243	1.528.367	1.419.172
Medio Familiar de Origen o Constituido.	6.504	9.668	7.731	9.262
Medio Familiar Sustituto	17.441	17.520	18.897	15.359
Medio Social – Comunitario	56.007	58.128	35.635	30.724
Medio Institucional	66.334	54.123	57.691	66.055

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

4.1.4 Red Juntos

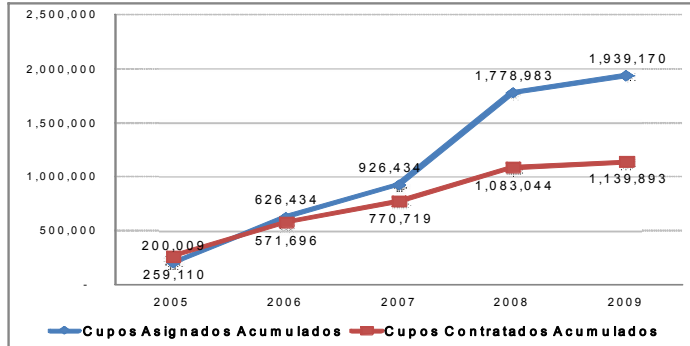
4.1.5 Población desplazada

Para alcanzar la cobertura universal de afiliación de la PD al régimen subsidiado de salud, el Ministerio distribuyó en el año 2006, 426,425 cupos, en el 2007, 300,000 cupos, en el 2008 852,549 cupos y en el 2009 160,187 cupos entre las entidades distritales y municipales, financiados 100% con recursos de la nación, subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Al finalizar el 2009 el 90% de la población desplazada estaba afiliada al Régimen Subsidiado y el acumulado de cupos contratados por los municipios era de 1.139,893. Al inicio del 2010 se dispone de 512 mil cupos que no fueron utilizados por las entidades territoriales para la afiliación de esta población.

A diciembre 31 de 2009, resultado del cruce de bases de datos del Sistema General de Seguridad Social y el Registro Único de Población Desplazada -RUPD se identificaron plenamente 1.899.603 personas en desplazamiento de las cuales el 78% se encuentra en el régimen subsidiado y el 22% en el régimen contributivo de salud.

La sostenibilidad de la afiliación de ese número de personas representa un valor promedio anual de \$270.997 millones a cargo de la Nación y conlleva la corresponsabilidad de las direcciones territoriales de salud, de las aseguradoras y de las instituciones prestadoras de servicios de salud para que una vez afiliada la población, acceda de manera real y efectiva a los servicios y se avance en el ejercicio del derecho a la salud.

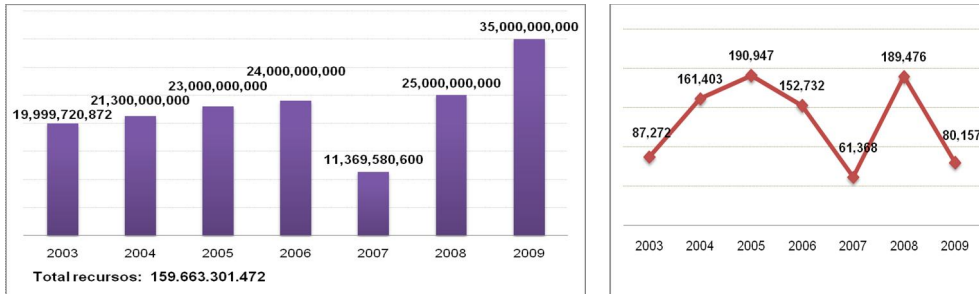
Grafica No. 20 Cupos financiados 100% con recursos nacionales asignados y contratados para la afiliación de la población en situación de desplazamiento al Régimen Subsidiado de Salud 2005 a 2009



Fuente: Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Gestión de la Demanda

Para la atención de esta población en lo no cubierto con subsidios a la demanda, entre 2006 y 2009 se distribuyeron recursos por \$95.369.500.000, como se aprecia en la grafica No. 02. En el año 2010 se están distribuyendo recursos por 40 mil millones para este mismo fin.

Grafica No. 21 Recursos de concurrencia nacional para atención a personas en desplazamiento y personas en desplazamiento atendidas



Fuente: Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Promoción Social

Mediante Convenio 114 de 2006 suscrito entre el MPS y la OIM se realizaron acciones conducentes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud por 100 mil familias y cerca de 500.000 personas en situación de desplazamiento en 111 municipios. Con este fin se capacitaron equipos nacionales y territoriales en políticas, normas metodologías relacionadas con la atención al desplazamiento en el marco del Sistema de Protección Social y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se realizaron jornadas de sensibilización a los candidatos y nuevos gabinetes departamentales y municipales para lograr la inclusión de la atención en salud a PSD en los planes de salud territorial, según las líneas de política y los ejes estratégicos definidos en los planes de gobierno.

Para la formulación de los planes territoriales de salud pública se trabajo en las jornadas de asesoría y capacitación al personal de los municipios y se logró la

inclusión del tema de atención a la PSD en los planes de salud territorial. Se trabajó de manera conjunta con las Secretarías Departamentales de salud en la creación y/fortalecimiento de las mesas interinstitucionales de salud de PSD municipales.

A nivel de la coordinación interinstitucional se logró articular y concertar las acciones con las diferentes entidades del SNAIPD y se participó en las mesas departamentales y municipales de atención a la población en situación de desplazamiento. Líderes de las organizaciones representantes de la PD están informados y apoyaron el desarrollo de las acciones de divulgación de deberes y derechos en salud, participando de manera activa en el desarrollo del componente comunitario de la estrategia de divulgación de deberes y derechos en salud.

Se llevó a cabo una estrategia comunicacional a través de la cual se entregó a la población en situación de desplazamiento y víctimas de violencia intrafamiliar y sexual de: volantes, afiches y rutas de acceso sobre material de deberes y derechos en salud a la población en situación de desplazamiento, entre otros. Además se realizaron:

Ferias de servicios a la población vinculando de manera directa a los entes territoriales municipales.

Sensibilización en el tema de atención en salud a los candidatos a gobernaciones alcaldías y corporaciones públicas locales e inclusión del tema en los planes territoriales de salud pública.

Grupos focales de evaluación de servicios de salud con los beneficiarios y asociaciones de PSD en los barrios.

Sensibilización de los funcionarios (Secretarías Departamentales, Municipales y red de prestadores) sobre los requerimientos de los indicadores exigidos por la corte para garantizar el ejercicio del derecho a la salud por la PSD

Articulación institucional a nivel territorial con: Aseguradoras, Empresas Sociales del Estado, Procuraduría, Defensoría, Contraloría, Organismos de Cooperación Internacional, Organizaciones de población en situación de desplazamiento, Sociedad civil, Medicina Legal, Acción Social, Familias en Acción, ACNUR, UAOs y Personerías.

Brigadas de salud en las cuales se desarrollaron acciones de: Registro y cedulação, atención en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, capacitación a la PSD en deberes y derechos en salud, rutas de acceso y prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género, entre otros.

La visualización con el personal de las Secretarías de salud municipal y las instituciones prestadoras de servicios de salud, de los indicadores adoptados por la Corte Constitucional lo cual ha permitido tener un mejor registro y una mejor calidad de los reportes de atención.

Fortalecimiento de 145 ESEs de primer y segundo nivel, 111 Secretarías Municipales de salud, 12 Secretarías Departamentales de salud y Personal del sector salud y justicia en el tema de prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género. Se hizo la entrega de: 145 KITS de toma de muestras forenses, 136 PEP KITS donado por Proyecto Colombia, 1500 textos de reglamentos técnicos forenses de VIF y VS para el sector salud y 1200 textos de guías de manejo del KIT de toma de muestras, entre otros.

Realización de dos (2) diplomados de veedores en salud dirigidos a población en situación de desplazamiento en los que intervino la red de control social a la gestión pública y con la cuales se continuará el trabajo, con 62 personas participantes

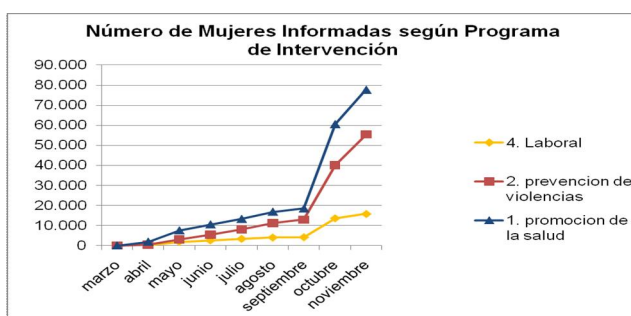
Para dar cumplimiento a la Sentencia T-025 de 2004 de la Corte Constitucional y en respuesta a los requerimientos de la misma en los Autos de Cumplimiento expedidos, ha realizado las siguientes acciones.

En el marco de los Autos 092 y 237 de 2008, *Protección de los derechos de las mujeres víctimas del desplazamiento*, el Ministerio lidera la implementación del Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres Desplazadas y es corresponsable en los programas de Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral a sus Víctimas; Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Comunitaria y Atención Integral a sus Víctimas; Apoyo a las Mujeres Desplazadas jefas de hogar; facilitación del Acceso a Oportunidades Laborales y Productivas, Prevención de la Explotación Domestica y Laboral, y, Abordaje Psicosocial.

En respuesta al mínimo de racionalidad “*Cronograma de Implementación Acelerado de los Programas*” exigido por la Corte, el Ministerio inició en enero de 2009 proyectos orientados a promover y garantizar el acceso de las mujeres desplazadas y su grupo familiar con una cobertura geográfica de 249 municipios y 29 departamentos así como el Distrito Capital. La población beneficiaria se estimó en 600.000 mujeres. Estos proyectos se implementaron por medio de un convenio suscrito entre el MPS y la OIM por valor \$10.238'042.305,85 de los cuales al Ministerio aporta la suma de \$ 9.746'307.505,85 y la OIM \$491'734.800,00 y dio continuidad a acciones iniciadas en el convenio 114 antes descrito.

Por medio del convenio se capacitaron 8.119 funcionarios y representantes de instituciones privadas en 776 talleres, en normatividad sobre desplazamiento, gestión de la información, deberes y derechos de PSD, prevención y atención de las violencias, abordaje psicosocial y salud mental, protección de los derechos de población trabajadora en la economía informal, 80.339 mujeres fueron informadas de manera presencial en 1.042 talleres en temas de Promoción de la Salud, Prevención de Violencias, derechos laborales, intervención Psicosocial y Salud Mental. Con el objeto de promover la salud mental, el autocuidado personal y familiar y detección de riesgos en salud mental, 265 mujeres pertenecientes a Organizaciones de Mujeres, Sociales y de PSD se inscribieron en el Diplomado Virtual de Atención Psicosocial,. Se desarrollaron acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos ocupacionales en mujeres desplazadas que laboran en el sector informal de la economía; se capacitaron y sensibilizaron 2400 mujeres sobre estilos de vida y trabajo saludable, prevención de riesgos ocupacionales propios de su actividad económica, con la finalidad de disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y contribuir a mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida.

Gráfica No. 22 Mujeres en situación de desplazamiento informadas en temas de promoción de la salud, prevención e identificación de factores de riesgo, salud sexual y reproductiva, salud mental y abordaje psicosocial y derechos laborales



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social (Convenio MPS-OIM)

Con el propósito de mejorar la calidad y oportunidad del reporte de las atenciones individuales de salud y el seguimiento a las actividades y recursos para atención en salud de la población en desplazamiento, 20 de las 29 secretarías departamentales de salud y 209 de las 250 secretarías municipales, participaron en procesos de capacitación de Sistemas de Información en salud y actualización de la herramienta SIGA. Como resultado de esta gestión, entre junio y noviembre de 2009 se procesaron 39'773.163 reportes de atención en salud reportados por 1.771 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS de 25 departamentos y 4 distritos.

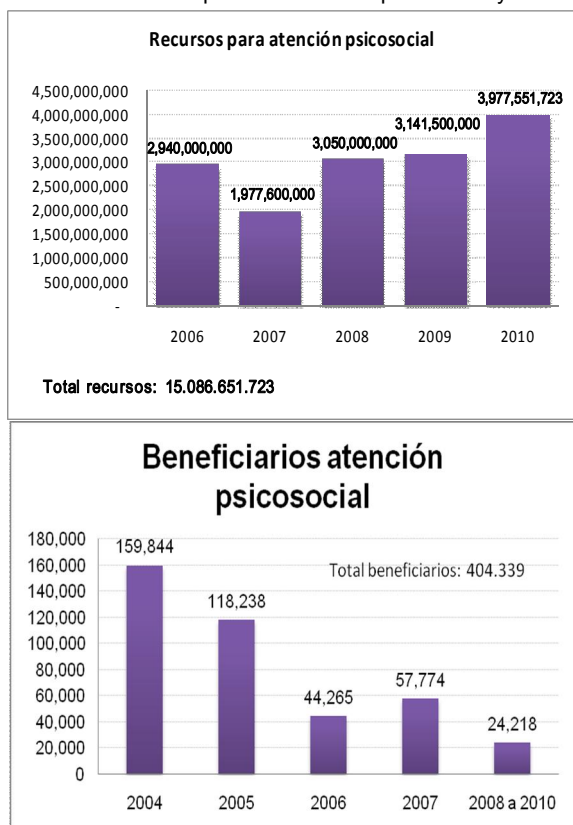
Se organizó el SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN en los municipios permitiendo presentar resultados de gestión y de los servicios recibidos por la población. Se diseñó y puso en funcionamiento un sistema WEB de Monitoreo y Evaluación para el reporte en línea de avances nacionales y departamentales¹³. Este reporte permite obtener la información actualizada para el seguimiento y control de resultados a nivel nacional y territorial. Este Sistema está disponible en la dirección electrónica www.c565mps-oim con la palabra "consulta" para el usuario y la contraseña "consulta".

Intervención Psicosocial. El Ministerio celebró dos contratos con el Secretariado Nacional de la Pastoral Social para implementar la intervención psicosocial a población vulnerable y en desplazamiento, en 30 entidades territoriales desde el 2007. Este contrato ha focalizado su intervención entre otras, en comunidades afrodescendientes en los Departamentos de Chocó (Quibdó) y Valle (Buenaventura); y en comunidades indígenas en los Departamentos de Nariño (Awa), Guainía (Sikuani), Guaviare (Tukano), Putumayo (Ingas y Pastos), Vaupés (Cubeo) y Cauca (Páez).

Como resultado de esta gestión, se han atendido a 1800 casos Psicológicos (orientación – Asesoría), 60 por cada entidad territorial en los tres años. asesorado 1500 casos de personas en aspectos jurídicos (orientación – Asesoría) (50 por cada entidad territorial) y se han orientado y promovido en las comunidades en la utilización de acciones legales que permitan resarcir el daño y proteger sus derechos como desplazados y sus derechos fundamentales. Adicionalmente Se ha brindado asesoría jurídica a 222 personas, distribuidas por zonas de la siguiente manera: para la zona norte 44 casos, para la zona centro 97 casos y para la zona sur 81 casos.

¹³ El ingreso al sistema de monitoreo y evaluación del Convenio se hace a través de la página www.c565mps-oim.com usando la palabra "consulta" en el campo de usuario y contraseña.

Grafica No. 23 Recursos para intervención psicosocial y beneficiarios



Fuente: Dirección General de Promoción Social y Ejecución Contrato MPS-Pastoral Social

En materia de estabilización socioeconómica, al final del segundo año del programa, se han implementado 30 proyectos productivos formulados por los beneficiarios.

- Actualización de Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia sociopolítica y el desplazamiento forzado en Colombia 20004/2010.
- Documental de difusión del impacto de la Estrategia de Intervención Psicosocial en la voz de las víctimas
- Congreso de Inclusión Social con enfoque Psicosocial, Septiembre 2009, con la participación de 150 representantes de la población desplazada provenientes de las 30 iniciativas locales, 400 representantes de la cooperación internacional, embajadas, pastorales sociales, academia, organizaciones sociales y de defensa de derechos humanos, instituciones públicas y privadas y autoridades locales y nacionales.

- V Mesa Nacional de Psicosocial (Abril 13 de 2009), Validar los productos logrados en la ejecución del Plan Programático para el fortalecimiento e implementación de los lineamientos de Intervención Psicosocial (2006) mediante el convenio Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana del Salud OPS/OMS.
- Guía practica para Alcaldes y Caja de Herramientas. Actualmente en difusión nacional y local).
- Difusión de los lineamientos en el marco de la capacitación de unidades especiales ICBF/OIM y avances en la implementación del Programa de Abordaje Psicosocial y Salud Mental para Mujeres Desplazadas

En el marco de la Política Nacional de Atención a Población Desplazada, el ICBF contribuye a través de programas especiales como la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación, las Raciones Alimentarias de Emergencia y las Unidades Móviles. (Ver cuadro 4), con una presencia en 31 departamentos y el Distrito Capital, actualmente se cuenta con 76 Unidades Móviles.

Cuadro No. 90 Personas beneficiadas con programas específicos para atención a población en situación de desplazamiento
2006 – 2009

Programa	2006	2007	2008	2009
Operación Prolongada de Socorro y Recuperación	303.559	619.872	338.834	385.309
Raciones alimentarias de Emergencia	10.579	18.394	36.645	16.087
Unidades Móviles	236.807	490.046	652.957	380.836

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

En relación a las raciones alimentarias de emergencia es relevante mencionar que la contratación se realiza por medio de la Bolsa Nacional Agropecuaria con un único proveedor quien hace la distribución a nivel nacional, lo cual garantiza la atención hasta en los lugares más apartados del país. En el 2008 se incluyó la ración No. 4 específica para atender los grupos familiares de población Indígena, garantizando de esta manera la atención con un enfoque diferencial para este grupo étnico.

La Operación Prolongada de Socorro y Recuperación se desarrolla en 21 Departamentos y el Distrito Capital mediante 4.251 puntos de entrega de ración servida y cruda. A partir de 2006 se inició un proceso de alistamiento para la ampliación de cobertura al sur del país, específicamente para los Departamentos de Valle del Cauca, Nariño, Cauca y Putumayo. Durante el cuatrienio se han fortalecido las raciones con alimentos fortificados con vitaminas y minerales y se ha adicionado a la ración para cada modalidad, la harina de trigo fortificada.

En la actualidad se cuenta con 1.799 coejecutores quienes complementan las raciones y desarrollan actividades de coordinación y cualificación de las modalidades.

4.1.6 Otras poblaciones

4.1.6.1 Poblaciones en condiciones de discapacidad

En 2006 se realizó la coordinación del Comité Técnico Nacional de Discapacidad, se apoyó el desarrollo y fortalecimiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, se expidió la circular 20 de 2006, para recordar la obligatoriedad de prestar servicios a la población con o en situación de Discapacidad.

Del trabajo conjunto de los Grupos de Enlace Sectorial GES, constituidos como instancia técnica del Sistema Nacional de Discapacidad, y de la participación intersectorial se formula el *Plan Marco de Discapacidad 2007 – 2010* que se incluye en el Plan Estratégico del Ministerio y orienta el trabajo en los territorios, se genera el proceso Colombia Inclusiva con 50 empresas participantes, el estudio denominado “Riesgo, Prevención y Discapacidad en Colombia”; la metodología para la elaboración de mapas de riesgo que se está implementando en este año los distritos, departamentos y municipios para la potenciación de las capacidades de la población con discapacidad en el marco de los derechos y con un enfoque diferencial. Igualmente se desarrolla la estrategia Encuentros Nación Territorio iniciada en el 2009 con participación de 182 entidades públicas, 170 organizaciones y 28 departamentos y asistencia promedio por sesión de 230 personas. Se avanza en la Reglamentación de las Leyes 982 de 2005, 1145 de 2007, 1275 y 1306 de 2009.

En el 2010, se realiza la Convocatoria para la selección de los representantes de la Sociedad Civil con Discapacidad y de las personas jurídicas que integrarán el Consejo Nacional de Discapacidad -CND. Se designaron los representantes de las instancias nacionales que tienen asiento en el Consejo.

A marzo de 2010 se cuenta con 24 comités departamentales y 1 Comité Distrital de Discapacidad conformados. En los 8 departamentos restantes se está fortaleciendo el proceso de asistencia técnica y acompañamiento territorial para su conformación y operatividad. Igualmente, esta funcionando 183 comités municipales y 20 comités locales de discapacidad, correspondientes a un 16% del total nacional.

Durante el período 2006 a 2010 se han transferido recursos a las entidades territoriales por valor de \$11.947.600.000 para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, como se aprecia en el Anexo No. 001.

A partir del año 2007, los recursos se destinan a cofinanciar la adquisición y entrega de ayudas técnicas a niños, niñas y adolescentes con discapacidad en

el marco de la rehabilitación integral; priorizando población en situación de desplazamiento y/o pobreza extrema¹⁴.

Se ha avanzado con el DANE en la inclusión del Registro de la población con discapacidad al sistema de Información de la Protección Social –SISPRO con el fin de que la información para la formulación de los planes, programas y proyectos por distintos actores, sea más ágil y de apoyo a la gestión de las autoridades territoriales.

A junio de 2007 se contaba con el registro de 475.409 PCD en 645 municipios de 29 departamentos; a septiembre de 2009, el registro contaba con 967.172 personas de 949 municipios, permitiendo establecer una cobertura geográfica del 85% y una cobertura poblacional del 38% con respecto al Censo 2005. Al finalizar el año 2009 ya se había superando el millón de personas registradas y están pendientes 173 municipios por realizar el Registro. Se han realizado cruces de información con las bases de datos como RUAF, RUPD, INFOJUNTOS, Programa VOLVER, para la focalización de población con discapacidad.

En la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, el Ministerio presentó el proyecto de Resolución bajo el epígrafe: “La atención a la discapacidad: una prioridad para los países de la región”, que fue aprobada en las sesiones realizadas en mes de marzo de 2009, incluyendo el tema de la discapacidad en la agenda de los Ministros de Salud de las Américas.

Desde el 2008, se viene desarrollando el Proyecto de Cooperación Técnica entre los gobiernos de Colombia y Japón, a través de la Agencia de Cooperación Internacional JICA, para el “*Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral de Personas con Discapacidad, especialmente víctimas de accidentes con minas antipersona*”, como respuesta a la necesidad de mejorar los procesos de rehabilitación de las víctimas de MAP/MUSE y de articular el trabajo de las entidades públicas y privadas; desarrollándose en los departamentos de Antioquia (departamento más afectado por la presencia de MAP–MUSE) y Valle del Cauca (receptor en servicios de salud y de rehabilitación por víctimas de departamentos de suroccidente del país). Se realizaron capacitaciones a profesionales del Valle y Antioquia en Planeación Estratégica y Evaluación de Proyectos, CIF; rehabilitación física, rehabilitación visual y auditiva; y, capacitaciones a actores involucrados en los municipios focalizados sobre derechos, deberes y mecanismos de acceso a los servicios por parte de la población víctima de MAP y MUSE. Adicionalmente se han fortalecido componentes del sistema de atención prehospitalaria (articulación Primeros auxilios, etc.) para la atención a víctimas de MAP/MUSE.

¹⁴ Las ayudas técnicas para la población mayor de 18 años con discapacidad, se disponen a través del programa VOLVER que se gestiona por la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones de este Ministerio.

En el convenio con la Organización Internacional para las Migraciones -OIM, se están interviniendo 225 familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad en 6 territorios, para su empoderamiento e inclusión social, promoviendo la prevención de la discapacidad y la atención integral desde la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC.

En Noviembre de 2009 se constituyó la Mesa Técnica sobre Retinopatía del Prematuro, integrada por el Ministerio de la Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud, Asociación Colombiana de Neonatología y el Instituto de Ciegos y Sordos de Cali (Colombia) y se formuló un Plan Nacional de Trabajo 2010 - 2011 que integra resultados subnacionales del gobierno nacional, sociedades científicas y la cooperación internacional, para prevenir la retinopatía del prematuro a partir del mejoramiento de la tecnología en las unidades neonatales, fortalecimiento de la formación de los profesionales encargados de la atención de neonatos y la investigación acción participativa. Para el año 2010 se priorizaron cuatro acciones fundamentales, así:

- Investigación en unidades neonatales del país sobre tasas de incidencia, recurso humano capacitado para la prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro y vicios de refracción.
- Adecuación de la “Guía neonatal y oftalmológica para la prevención, el examen y tratamiento de la retinopatía de la prematuridad en Colombia”, a la realidad nacional como *Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro*.
- Entrenamiento de los profesionales encargados de la atención de los neonatos para la implementación del Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro.
- Seguimiento y evaluación del *Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro* en las zonas geográficas priorizadas.

Como parte de la implementación de las órdenes del Auto 006 de 2009 “Protección de las personas desplazadas, con discapacidad”, se ha trabajado con el DANE y Acción Social, con el propósito de focalizar a la población en situación de desplazamiento con discapacidad.

En 2009 se diseñó con las entidades del SNAIPD y la sociedad civil, el Plan Operativo de un programa de atención a la población en situación de desplazamiento con discapacidad, el cual sirvió de insumo para la implementación de proyectos piloto en 11 municipios; estos proyectos piloto se implementaron entre los meses de mayo y agosto de 2009.

Se han realizado evaluaciones e intervenciones para garantizar el goce de derechos fundamentales de las 15 personas señaladas en el Auto 06, coordinando acciones con diferentes sectores (salud, inserción laboral, entre otros) y las direcciones territoriales de salud y desarrollo social.

Primer borrador del “Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado”, con participación de las entidades del SNAIPD, sociedad civil, grupos de personas en situación de desplazamiento con discapacidad, con la coordinación de Acción social y el Ministerio de la Protección Social.

Cuadro No. 91 Personas atendidas en programas especiales de Discapacitados 2006 - 2010

NÚMERO DE PERSONAS				
REGION GEOGRAFICA	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009
COSTA ATLANTICA	1.965	3.603	1.201	1.648
REGION OCCIDENTE	4.045	5.556	5.370	32.849
REGION CENTRO ORIENTE	283	1.510	2.661	1.414
REGION ORINOQUIA	1.374	664	707	938
REGION AMAZONIA	184	122	129	234
BOGOTA D.C.	1.055	2.984	2.953	5.979
CAJA CAMPESINA	292	546	38	102
TOTAL	9.198	14.985	13.059	43.164

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística-Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las coberturas en estos servicios tan sensibles y de alto impacto en la comunidad, registran un incremento significativo año tras año, contribuyendo al cumplimiento de las metas y directrices de la actual administración, a mejorar la calidad de vida de los colombianos y como resultado al seguimiento e instrucciones permanentes de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

4.1.6.2 Atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados organizados al margen de la ley y prevención de su vinculación

La puesta en marcha de medidas eficaces para contrarrestar la vinculación¹⁵ de niños, niñas y adolescentes a grupos armados irregulares es un asunto de urgencia nacional¹⁶. Para enfrentar esta urgencia, el Estado colombiano ha diseñado y ejecutado medidas de prevención y atención.

¹⁵ Hay tres tipos de vinculación: 1) reclutamiento activo, que es aquel que se da por la seducción que hacen los GAI a través de ofertas económicas y adoctrinamiento político o engaño; 2) reclutamiento forzado, se da por el caso de secuestro o captura (son llevados a la fuerza o como parte de una redada); y 3) vinculación, en donde no existe una estrategia de reclutamiento y el menor decide hacer parte, autónomamente, del GAI.

¹⁶ Colombia ha sido incluida en la Resolución 1612 de 2005 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, como uno de los países a supervisar en tanto en el país persiste el reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes por grupos armados que sufren las consecuencias de la violencia armada.

Para prevenir la participación de los niños, niñas y adolescentes en la violencia armada, se expidió el decreto 4690 de 2007 a través del cual se crea la “Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes por grupos organizados al margen de la ley”, encargada de articular y orientar la ejecución de las acciones de las instituciones nacionales y locales para prevenir el reclutamiento y utilización de esta población en Grupos Armados Irregulares-GAI-. Esta Comisión aprobó el plan de prevención que cubre a 50 de los municipios más afectados por el reclutamiento en el país.

Para atender los niños, niñas y adolescentes desvinculados de un GAI, el Estado colombiano organizó una oferta institucional y normativa que permite trabajar con esta población bajo una lógica de restitución de derechos vulnerados. Esta lógica de atención se enmarca en la doctrina de “protección integral”, que entiende a la población infantil como sujetos plenos de derechos y como “víctimas de la violencia”¹⁷.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- es el responsable de la atención de los niños, niñas y adolescentes desvinculados. Desde noviembre de 1999, el ICBF ejecuta el Programa de Atención Especializada a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados, que recoge la experiencia desarrollada por la entidad en la atención a niños, niñas y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. Desde 1999 el ICBF ha atendido un total de 4.279 niños, niñas y adolescentes desvinculados de los GAI, y en el periodo julio 2006 – marzo 2010 se han atendido 247 niños, niñas y adolescentes (159 en el periodo julio – diciembre 2009 y 88 en el periodo 2010)

Cuadro No. 92 Niños, niñas y adolescentes atendidos en el programa especializado para desvinculados de los GAI

Año	Niños atendidos
2006	396
2007	380
2008	415
2009	315

Fuente: ICBF

4.1.6.3 Grupos étnicos

En el 2006 se levantó información de la población indígena, de diagnóstico y caracterización de sus condiciones de salud y bienestar, de acuerdo con las regiones donde habitan: amazonia, orinoquia, costa pacífica, costa atlántica y

¹⁷ Los niños, niñas y adolescentes son víctimas por el reclutamiento y por la violación de sus derechos. La normatividad colombiana ha señalado el alcance y el enfoque de atención de esta población. La Ley 782 de 2002, en su artículo 15, indica que “se entiende por víctimas de la violencia política, aquellas personas de la población civil que sufran perjuicios en su vida, o grave deterioro en su integridad personal o en sus bienes, por razón de atentados terroristas, combates, secuestros, ataques y masacres en el marco del conflicto armado interno. Son víctimas los desplazados en los términos del artículo 1 de la Ley 387 de 1997. Asimismo, se entiende por víctima de la violencia política toda persona menor de edad que tome parte en las hostilidades”.

zona occidente; en proceso de actualización. En el año 2008, se trabajó una propuesta de criterios y líneas estratégicas de política de protección social en salud.

Desde el 2007 se ha brindando asistencia técnica para la elaboración de modelos de atención en salud a las comunidades indígenas Embera Chamí de Riosucio (Caldas), la IPS UNIPA del pueblo Awá de Nariño, la EPS indígena DUSAKAWI de la Sierra Nevada de Santa Marta para su población afiliada, la EPS indígena Pijaosalud del pueblo indígena pijao, la Secretaría Departamental de Salud del Casanare para los resguardos indígenas de Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Hato Corozal (pueblos sáliba, Cuiba-Wamonae, Sikuaní, Maibén-Masiware, Amorúa, Yamalero-Yaruro, Tsiripu, Wipiwi, U'wa) y la Secretaría Departamental de Salud de Guainía junto con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo, para los pueblos indígenas del Guainía. También, se viene brindando apoyo técnico y económico a los pueblos indígenas del Cauca (Nasa, Yanacona y Guambiano) y la Sierra Nevada de Santa Marta (Kogui, Wiwa, Kankuamos y Arhuacos) en la realización de los estudios para la adecuación del POS Subsidiado, la inclusión de acciones de medicina tradicional y la elaboración de un sistema de salud propio; para lo cual se giraron recursos a finales del 2009 a los departamentos de Cauca y Cesar por valor de 90 millones para cada uno.

Desde el 2009 se ha adelantando un proceso de apropiación e implementación de entornos saludables para pueblos indígenas, y de acciones en materia de saneamiento básico y generación de oportunidades laborales y educativas a través de la implementación de proyectos piloto en los resguardo indígenas de: Chenche Agua Fría, municipio de Coyaima, Tolima(pueblo Pijao); Santa Rosita, municipio de Tumaco, Nariño (pueblo Awá); Dozá, municipio de Tierralta, Córdoba (pueblo Embera Katío); y, El Refugio, municipio de San José del Guaviare, Guavire (pueblo Tukano Oriental). Con dichos proyectos se vienen beneficiando 875 indígenas.

Con el SENA se está trabajando en la definición de una propuesta nacional de plan de formación específico para que los promotores indígenas puedan homologar el título a Auxiliares de Salud Pública. Se vienen adelantando proyectos y planes de formación específicos para auxiliares de salud pública indígenas con los indígenas Awá (UNIPA-Nariño), con el CRIC (Cauca) y los indígenas asentados en Bogotá.

A través de convenios suscritos con el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC y la Fundación de Autoridades Indígenas de Colombia –AICO, el Ministerio transfirió a la Secretaría Departamental de Salud del Cauca la suma de \$150 millones, para desarrollar acciones relacionadas con el rescate y fortalecimiento de los procesos de salud y recuperación de la producción alimentaria, beneficiándose 140 familias Guambianas y Nasas de los Municipios de Silvia, Morales, Piendamó, Totoró, Caldono, Buenos Aires y Cajibío, y, 154

parcelas familiares en las comunidades indígenas de Bonanza- Morales; Ovejas- Siberia- Caldono; Guambía- Silvia; Novirao- Totoró; Asentamiento Misak Kurak Chak- Cajibío; Asentamiento Misak Pisitau- Piendamó; y La Paila- Buenos Aires.

Para el caso de la población afrocolombiana, desde el año 2006 se conformó una Subcomisión para salud de la Comisión Consultiva de Alto Nivel, con la cual el Ministerio ha generado espacios de análisis de las políticas y programas que se adelantan, así como de las prioridades en salud para esta población y la definición de un plan de acción para la construcción de la política.

Para la población Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se está formulando un Plan Territorial de Salud y la constitución de una mesa permanente de salud de los raizales a partir de la comisión consultiva existente, para desarrollar el plan de acción elaborado.

Para la población Rom (gitana), se analizó el estado de avance de las acciones adelantadas en el marco de la definición de lineamientos de política de protección social en salud, se revisó el diagnóstico y caracterización de la situación de salud, y se definieron las necesidades y problemáticas en salud.

Se elaboraron los textos “Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social”, “Guía para la atención en salud de población de grupos étnicos en situación de desplazamiento forzado por la violencia”, y documentos de apoyo tales como, “Acción intersectorial para garantizar la protección social y los servicios integrales de salud a comunidades” y “Aspectos mínimos a tener en cuenta en la formulación de modelos interculturales de salud con comunidades indígenas de los pueblos indígenas”, en difusión a nivel nacional.

En los años 2007 a 2008 se realizó un estudio que da cuenta de la situación y problemas de salud de la población étnica desplazada y ubicada en zonas de frontera y la problemática de la atención en salud a estas poblaciones. Es insumo para la inclusión de estrategias de atención diferencial en el marco de la protección social en los planes y programas que la Corte Constitucional ordena se diseñen e implementen en el marco de los Autos 004 y 005 de 2009. Valor, \$200 millones, en 39 municipios receptores de población desplazada y 45 municipios fronterizos.

Con relación a la reglamentación de la Ley 691 de 2001 se realizó un trabajo conjunto entre el Comité del Ministerio y la Mesa Técnica de Salud Indígena (donde participan delegados de las organizaciones indígenas nacionales y regionales, y EPS e IPS indígenas), obteniendo un proyecto de “*Decreto Reglamentario para la creación, habilitación y funcionamiento de las IPS indígenas*” y un proyecto de “*Decreto Reglamentario para la creación, habilitación y funcionamiento de las EPS indígenas*”; los cuales se encuentran en discusión.

Producto de la gestión realizada con los Ministerios de salud del área andina, se obtuvo para el período 2008-2010, el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional –AECID- para la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural (aprobado en el año 2007). Se avanzó en la definición de un modelo de atención en salud binacional, intercultural e integral, para la población indígena wayuu de la zona fronteriza colombo-venezolana; se elaboró un inventario y base de datos de recursos humanos indígenas y no indígenas con competencia en salud intercultural y de los diseños curriculares, cursos y programas de sensibilización y capacitación en salud intercultural en los países andinos; se analizó la situación de salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y con contacto inicial y se elaboró una propuesta de reglamento de trabajo y normas para su protección, prevención y atención sanitaria intercultural; se elaboró una propuesta de Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural, para la inclusión de indicadores interculturales en el sistema de información de la protección social; se analizaron los marcos jurídicos que protegen y promueven la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud de los países andinos.

Con relación al Auto 004, se realizaron 14 reuniones preparatorias en diferentes zonas del país para definir el alcance del Programa de Garantía de Derechos de los Pueblos Indígenas y se llevó a cabo la instalación del proceso de diseño de los planes de salvaguarda étnica de los pueblos indígenas Totoroéz, Nasa, Yanacona y Coconuco (Cauca), Kofan y Awá (Nariño, Putumayo) y Betoyes (Arauca) y se está en proceso de elaboración del diagnóstico de la situación de violación de los derechos humanos de los pueblos indígenas Awá, Totoroéz y Kofan como base para el diseño de sus planes de salvaguarda.

En cuanto al Auto 005, se ha participado en la articulación con las autoridades municipales y departamentales, la caracterización de las 62 comunidades y en los eventos realizados con la Comisión Consultiva Nacional de Comunidades Negras, para definir la propuesta metodológica de abordaje del Auto y la socialización de los documentos temáticos elaborados.

Se destinaron recursos del presupuesto del Ministerio para las vigencias fiscales de 2009 y 2010, con el fin de implementar las acciones que se definen en cada uno de los 34 planes de salvaguarda étnica (Auto 004) y en los planes específicos de protección y atención para las 62 comunidades afrocolombianas (Auto 005). En materia de Género, se elaboraron lineamientos para la transversalización del enfoque de género, iniciándose el proceso de recopilación de información con relación a políticas para la mujer, salud, violencia y pobreza y la inclusión de la perspectiva de género en los programas y proyectos.

En cuanto a las Estrategias de Entornos y Ambientes Saludables, se provee asistencia técnica a las entidades territoriales. Se definieron, publicaron y

difundieron los lineamientos nacionales y del modelo de gestión y evaluación del entorno; se realizaron encuentros nacionales de difusión de experiencias significativas; se conformó la Red Colombiana de Viviendas Saludables y afiliación a la Red Latinoamericana de Vivienda Saludable; y, se firmó el Convenio Interadministrativo de la Estrategia de Entornos Saludables y desarrollo de la agenda conjunta, establecido entre los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, SENA, Acción Social y OPS/OMS.

4.1.6.4 Población inimputable por trastorno mental

De julio 2006 a abril 2007 se garantizaron recursos para atender a 360 personas internadas en instituciones especializadas. El Ministerio suscribió los convenios interadministrativos con las Direcciones de Salud de Antioquia, Santander, Valle del Cauca, Barranquilla, Santa Marta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Bogotá, Tolima y Boyacá. A la fecha se cuenta con 405 pacientes internados en proceso de rehabilitación.

Entre 2008 y 2009, se distribuyeron recursos por valor de \$12.120 millones a los departamentos y distritos. En el 2010 se han asignado 11.000 millones de pesos.

4.1.7 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

En los años 2006 y 2007 se asignaron 5.078 millones de pesos que son ejecutados en los municipios de categoría 3, 4, 5 y 6 en los departamentos seleccionados y su objeto es realizar intervenciones en zonas y comunidades más afectadas por el problema de la violencia e impactar en la población para contribuir en la transformación de imaginarios culturales, determinantes de la presencia de violencia, igualmente se destinan al diseño e implementación de una estrategia conjunta de información, educación y comunicación con el ICBF, para promover el trato digno y la identificación oportuna de riesgos de maltrato infantil y abuso sexual en la primera infancia.

En los programas de Trata de Personas y Violencia de Género, el Ministerio ha comprometido la afiliación al Régimen Subsidiado de estas víctimas una vez son repatriadas o retornadas a su lugar de origen y ha articulado sus acciones en los componentes de violencia de pareja, violencia sexual, trata de personas, violencia producida por actores armados ilegales y prácticas tradicionales que atentan contra los derechos de las mujeres indígenas.

5. MERCADO LABORAL

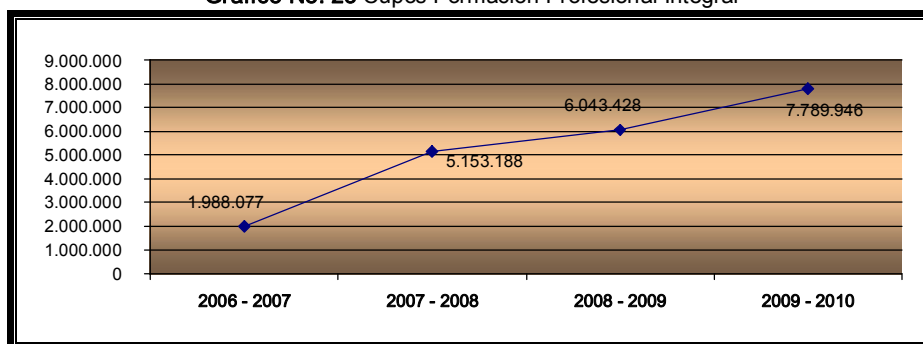
5.1. Formación para el trabajo

5.1.1. Oferta

5.1.1.1. Formación profesional integral

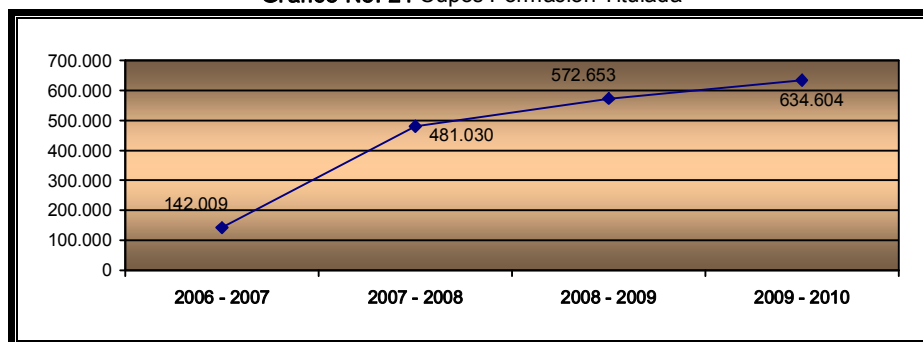
Durante el 2006 el SENA ofreció en sus diversos programas un total de 4.148.809 cupos de formación, en el 2009 la totalidad de cupos fue de 7.789.946. Estas cifras muestran un incremento del 34% promedio anual en este indicador. La meta estimada para el 2010 es de 7.898.354 cupos. En los siguientes gráficos se resume la ejecución anual de las acciones de formación.

Gráfico No. 23 Cupos Formación Profesional Integral



Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año
No incluye información del Plan 250Mil

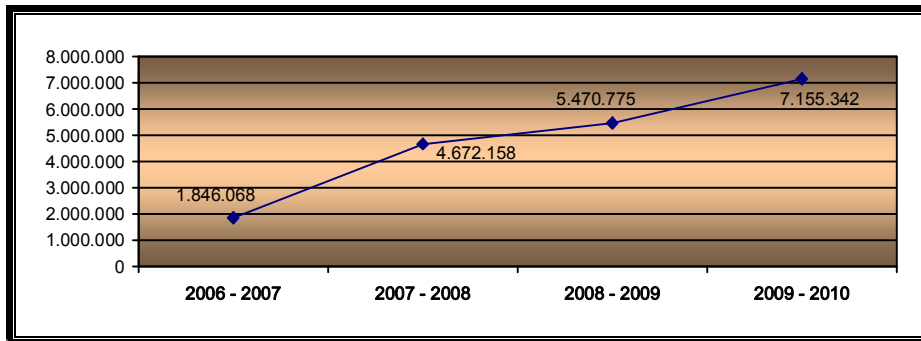
Gráfico No. 24 Cupos Formación Titulada



Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año
No incluye información del Plan 250Mil

Con formato: Izquierda

Gráfico No. 25 Cupos Formación Complementaria



Fuente: [Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año](#)
 No incluye información del Plan 250Mil

Código de campo cambiado

Plan 250.000: Aporte a la Política Anticíclica del Gobierno Nacional

En respuesta a la crisis Económica y enmarcada en la política anticíclica del Gobierno Nacional, la Entidad lanzó una estrategia para aumentar en 250.000 cupos los niveles de Técnicos, Tecnólogos y especialización Técnica y Tecnológica durante el 2009 y el 2010. Esta estrategia, con cobertura nacional, se priorizó en las ciudades con mayor nivel de desempleo con el fin de disminuir la problemática. Durante el 2009 se atendieron 130.327 cupos de formación, En el 2010 se espera llegar a los 250 mil cupos de formación.

5.1.1.2. Formación virtual y bilingüismo

En el año 2007, el SENA lanzó el programa de inglés virtual gratuito English Discoveries Online, dirigido a todos los colombianos. El programa cuenta con tutores que desde el Archipiélago de San Andrés, imparten la formación virtual del idioma.

En el 2008, 407.659 colombianos se matricularon en el programa, en la vigencia 2009 se atendieron 981.508 cupos y se espera para el 2010 que 1.498.676 colombianos accedan al programa, estos cupos están contemplados en los de Formación Virtual.

Formación TV WEB

TV Web se creó en el año 2005, como una estrategia de formación virtual con apoyo de programas de televisión que busca certificar a los colombianos para el trabajo y brindarles mayores oportunidades laborales y fortalecer sus conocimientos a nivel personal. Con esta alternativa de acceso al conocimiento a través del uso de un medio masivo de comunicación como la televisión, el SENA se ha convertido en la única Institución en el mundo que ofrece este tipo de certificaciones. A diciembre de 2009 a través de esta estrategia el SENA ofreció 13.052 cupos a colombianos de distinta condición y ubicación geográfica. A marzo de 2010 se han ofrecido 3.401 cupos..

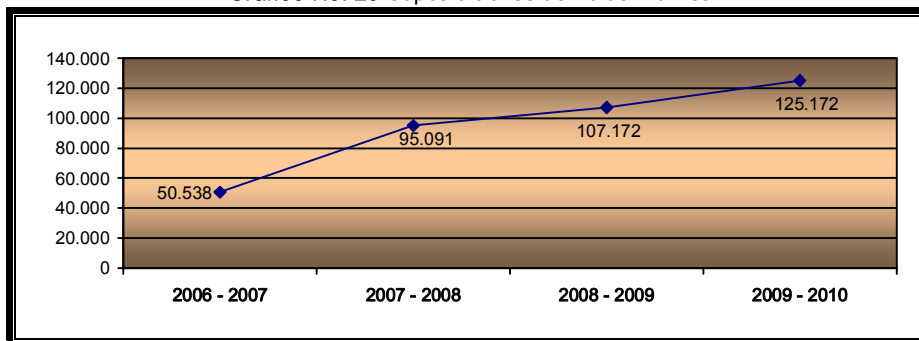
A diciembre de 2009 la entidad cuenta con 41 programas de formación en las áreas de: Cocina, Diseño y Confección, Salud, atención al sector agropecuario, Construcción, Industria y para el área empresarial.

Aulas Móviles

En el marco del Programa de Modernización Tecnológica de las comunicaciones de los Centros de Formación, el SENA, con el propósito de llevar capacitación y formación a las poblaciones más apartadas del país, que por razones de tiempo y espacio no pueden acceder a los programas regulares que se imparten, amplió su cobertura a través de Aulas Móviles en diferentes regiones y sectores económicos.

El gráfico 10 muestra los cupos ofrecidos periodo julio 2006 – 2009 y metas 2010.

Grafico No. 26 Cupos a través de Aulas Móviles



Fuente: Gestión Académica de Centros.

5.1.1.3. Contrato de aprendizaje

Con la promulgación de la Ley 789 de 2002 y sus Decretos reglamentarios 2585 y 933 de 2003, se ha incrementado la participación de los empresarios en la conformación de aprendices. En el 2009 se expidió el decreto 1779 mediante el cual las empresas pueden ampliar la cuota de aprendices establecida por ley y aquellas con un número inferior a 15 trabajadores en nómina pueden tener aprendices de forma voluntaria, dependiendo del número de trabajadores con el que cuenta. En este sentido, el resultado obtenido en el periodo Julio 2006 – Marzo 2010 fue:

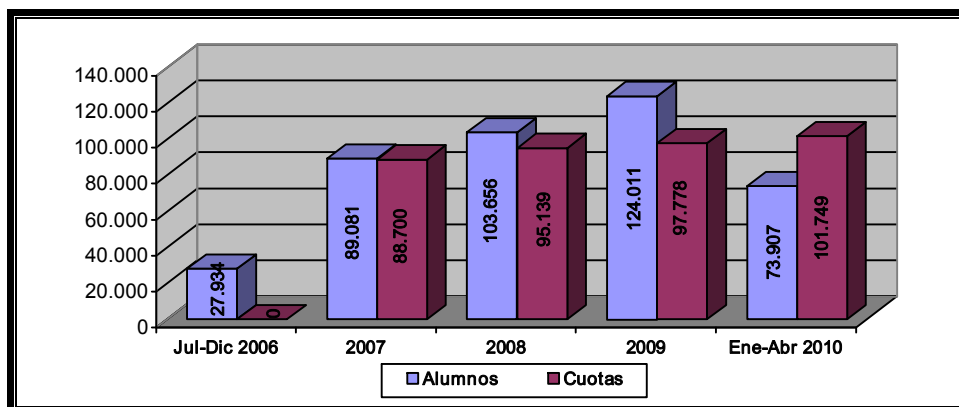
Grafico No. 27 Contrato de Aprendizaje

Con formato: Color de fuente: Azul, Español (alfab. internacional)

Con formato: Color de fuente: Azul, Español (alfab. internacional)

Con formato: Español (alfab. internacional)

Código de campo cambiado



Fuente: Dirección de Promoción y Relaciones Corporativas

5.1.1.4. Oferta de las Cajas De compensación Familiar

5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo

El fortalecimiento del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo se viene concretando en acciones específicas, tales como:

- Formación a directivos de las Instituciones de Formación para el trabajo y el desarrollo Humano.
- Transferencia de programas de formación a entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano.
- Asistir a las Instituciones de Formación para el Trabajo, en la transformación de ambientes de aprendizaje requeridos para ejecutar los programas de formación.
- Acceso de los docentes de dichas entidades a los programas del nivel de especialización ofrecidos por el SENA.
- Poner a disposición de las entidades, la oferta de programas virtuales: Formación por proyectos, formación por competencias, y demás programas de formación para cualificar los docentes.
- Desarrollo de acciones de formación para la cualificación de docentes, en el marco de la programación regular de los Centros de Formación del SENA.
- Poner a disposición de las entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano todas las normas de competencia producidas por las Mesas Sectoriales
- Las entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano que cumplan los requerimientos exigidos por el SENA en cuanto a programas de formación, ambientes de aprendizaje, competencias de los docentes, y costos de formación, podrán aplicar para ser beneficiarios de convenios de ampliación de cobertura.

Normalización de Competencias Laborales

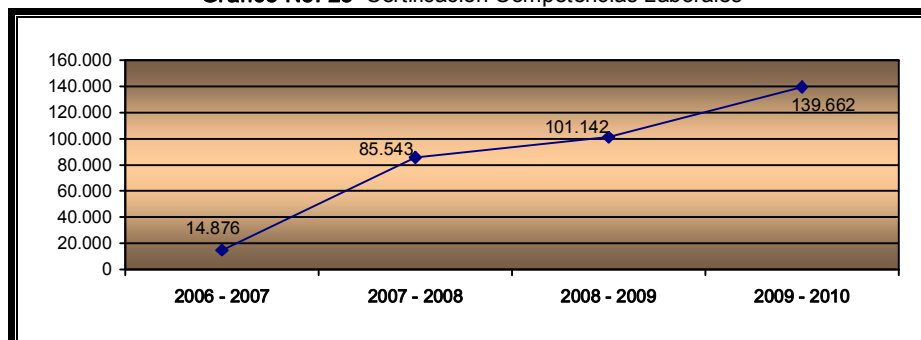
Las Normas de Competencia Laboral, elaboradas por la Entidad, son el producto del trabajo concertado entre diferentes instancias del sector productivo, académico y público a través de las Mesas Sectoriales; son un referente para la evaluación y certificación del desempeño laboral, el diseño y desarrollo de programas de aprendizaje y para la gestión humana por competencias en las organizaciones.

Durante este periodo (2007-2010) como producto de la actividad de 70 Mesas Sectoriales, en diferentes actividades económicas, se han estructurado 446 titulaciones por competencias laborales y 1.749 Normas de Competencia, de un total general de 1.031 titulaciones de competencia laboral y 3.407 normas de competencia laboral concertadas en los diez años de funcionamiento del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, de las cuales a la fecha se encuentran vigentes 2.515 normas de competencia laboral.

5.1.2.1 Certificaciones de desempeño laboral

Acciones encaminadas a reconocer las competencias laborales de los colombianos, independientemente de la forma y el lugar en que las hayan adquirido, para facilitar su movilidad laboral y educativa, teniendo como referente una Norma de Competencia Laboral. En el siguiente gráfico se observan los resultados alcanzados durante el periodo julio 2006 – marzo 2010, así como la meta para el año 2010.

Gráfico No. 28 Certificación Competencias Laborales



Fuente: Dirección SNFT

Código de campo cambiado

5.1.2.2 Tecnologías de la información y las comunicaciones

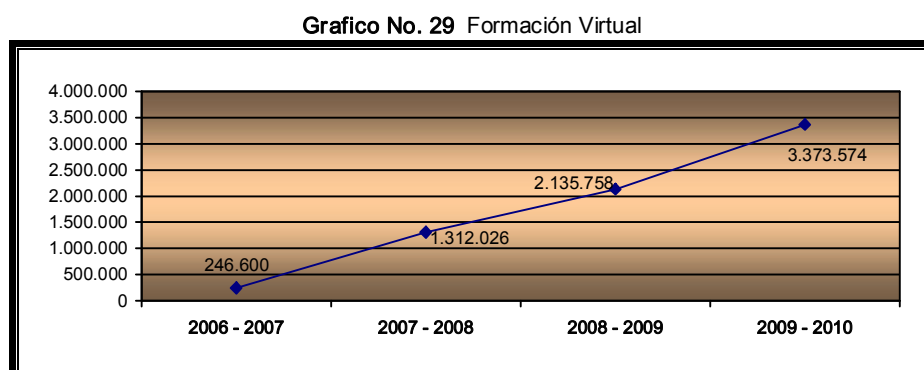
Este proyecto permite el desarrollo de nuevos ambientes y metodologías de formación y la incorporación de las TIC en los procesos de aprendizaje, gestión de la formación presencial y virtual, y el acceso a nuevas fuentes de

conocimiento, así mismo es la base para la modernización y soporte de la gestión estratégica y operativa del SENA.

La Formación Virtual: www.senavirtual.edu.co

Como estrategia de modernización de la Formación Profesional la cual permite masificar el conocimiento y generar el acceso al mismo mediante ambientes virtuales, desde agosto de 2003 el SENA viene ofreciendo a través de nuevos ambientes virtuales de aprendizaje, la posibilidad de acceder a programas de formación a quienes desean adquirir conocimiento especializado que favorezca sus condiciones para el empleo, el trabajo y el emprendimiento.

El SENA cuenta con la plataforma de gestión del aprendizaje de la compañía Blackboard, líder a nivel mundial en los procesos de e-learning. Esta compañía clasifica al SENA como la segunda Institución con mayor número de usuarios virtuales de educación y formación en el mundo. En el siguiente gráfico se detallan los resultados anuales Julio 2006 – Marzo 2010:



Fuente: Grupo de Teleinformática y Gestión Académica de Centros

Código de campo cambiado

5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo

El SENA ha liderado una propuesta para la consolidación de un Sistema Nacional de Desarrollo Tecnológico, Innovación y Emprendimiento en Colombia a través de la articulación e integración de una red de instituciones del sector público y privado que facilite la difusión de tecnología, y estimule la transferencia de conocimiento a los procesos productivos, particularmente de los resultados en los desarrollos tecnológicos y de innovación.

La Entidad invierte el 20% de los aportes parafiscales en acciones de fomento a la actividad empresarial, tecnológica y económica del país, siendo la inversión directa entre 2006 – marzo 2010 de \$ 953.212 millones, financiando 5.194 proyectos en los diferentes programas. A continuación se detalla la inversión realizada para el periodo 2006 – marzo 2010.

Cuadro No. 93 Innovación y Desarrollo Tecnológico
(\$ Millones)

Programa	Ejecución 2006	Ejecución 2007	Ejecución 2008	Ejecución 2009	Ejecución Enero – Marzo de 2010
Convenio Sena – COLCIENCIAS	40.123	46.025	54.545	31.495	100.367
Programa Nacional de Formación Especializada del Recurso Humano Vinculado a las Empresas	34.286	44.280	23.757	31.150	132
Unidad de Investigación de Empresas (*)	-	-	-	5.388	0
Programas De Innovación, Productividad y Desarrollo Tecnológico	7.642	10.958	16.374	7.860	1.764
Parques Tecnológicos - Red TecnoParque	-	-	-	8.077	11.217
Modernización de la oferta de formación Profesional en los Centros	46.586	44.616	64.043	94.081	28.334
Colombia Certifica	2.797	3.342	3.471	4.000	6.840
Sena Digital	19.830	25.613	35.159	52.426	12.843
Internacionalización (Actualización y Transferencia Tecnología) Y Otros Proyectos	6.666	6.612	11.859	5.715	2.939
Total	157.929	181.447	209.208	240.193	164.437

Red TecnoParque Colombia

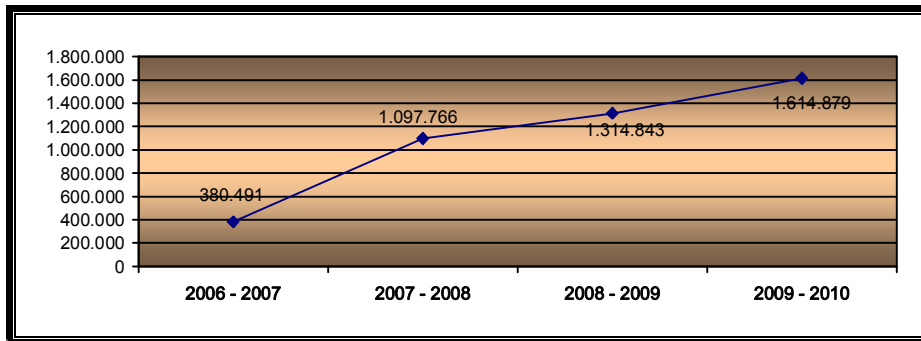
Proyecto liderado por el SENA especialmente para construir una red que articula recursos de los sectores públicos, privados y educativos dispuestos a promover y motivar la transformación de jóvenes y público en general, en fuentes de ideas innovadoras, las cuales se pueden consolidar en empresas, contribuyendo a la productividad y competitividad del país.

En la actualidad, la Red TecnoParque Colombia cuenta con ocho nodos en funcionamiento: TecnoParque Bogotá, TecnoParque Bucaramanga, TecnoParque Manizales, TecnoParque Medellín, TecnoParque Pereira, TecnoParque Rionegro, TecnoParque Neiva.

5.1.3.1 Atención a poblaciones vulnerables

En alianza con alcaldías y/o entidades públicas y privadas, el SENA atiende la formación de poblaciones vulnerables en todo el país. A continuación se muestran los cupos ofrecidos por cada año en el periodo Julio 2006 – Marzo 2010 y la meta para 2010.

Grafico No. 30 Cupos Población Vulnerable



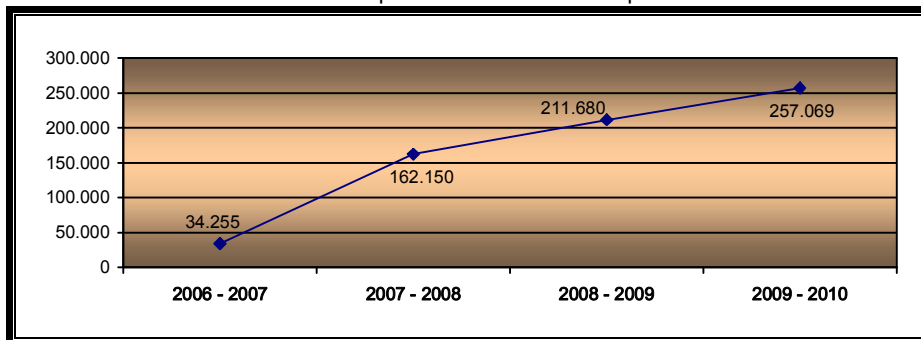
Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año

Código de campo cambiado

5.1.3.2 Jóvenes rurales

Entre Julio de 2006 y diciembre de 2009, la Entidad en este programa ofreció 665.154 cupos para jóvenes del sector rural. En 2009, de la meta establecida (220.000), se matricularon 257.069 jóvenes, dando así un 117% de cumplimiento en este indicador. Los resultados de este programa se observan a continuación:

Grafico No. 31 Cupos Jóvenes Rurales Emprendedores



Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año.

El SENA en 2008 estableció un convenio con la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) con el propósito de adelantar la evaluación de impacto de varios de los programas estratégicos de la Entidad, incluido Jóvenes Rurales Emprendedores – JRE. Algunas conclusiones del estudio son:

- “Entre los resultados más interesantes, es necesario destacar que el mayor interés de las personas beneficiarias por entrar al programa se origina en aprender sobre emprendimiento para montar un negocio”,. EL 41% de los beneficiarios del programa JRE se decidió a participar de este programa porque deseaba aprender a montar un negocio.

- Existe una percepción positiva entre los beneficiarios de JRE, el (98,4%) muestran interés en tomar más cursos del programa.
- Se observó que el impacto está focalizando en el nivel más bajo SISBEN y en las personas en situación de vulnerabilidad y mujeres cabeza de hogar.

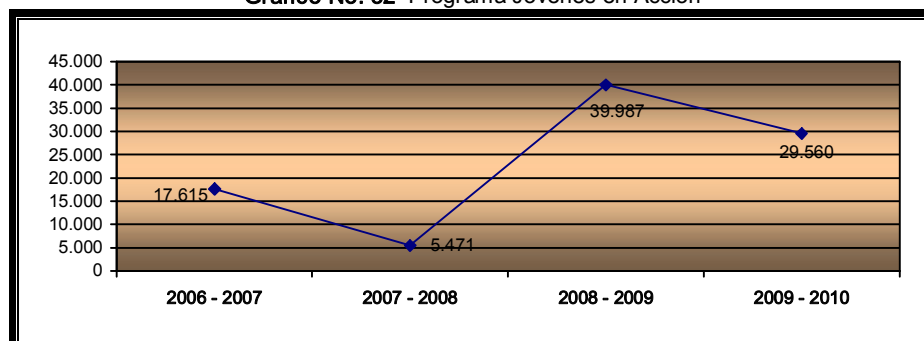
5.1.3.4 Jóvenes en acción

A partir del año 2003 el SENA recibió el programa Jóvenes en Acción, el cual era ejecutado a través de la Presidencia de la República. El objetivo del programa es implementar acciones de capacitación dirigidas a jóvenes desempleados entre los 18 y 30 años de edad, dando prioridad a aquellos en condición de desplazamiento, en proceso de reincorporación, y de los niveles 1 y 2 del SISBEN. Durante esta vigencia, del total de aprendices matriculados en el programa se graduaron 24.037 jóvenes.

A partir del año 2010 el programa ha sido rediseñado en su componente logístico para atender a los beneficiarios a través de ampliación de cobertura, es decir en conjunto con un amplio espectro de instituciones que se relacionan, de manera estrecha con la formación de jóvenes desempleados en condición de pobreza. A través de las alianzas, el SENA como entidad gubernamental líder y responsable de impartir una formación de calidad al trabajador colombiano comparte con las instituciones el acceso a sus programas basados en la formación por proyectos así como a las diferentes herramientas de aprendizaje como por ejemplo la plataforma blackboard. El SENA pone a disposición de estas Entidades las capacidades y el conocimiento con el fin de fortalecer la pertinencia local y regional de la formación que requiere el sector productivo pero en función de la calidad de los ambientes de aprendizaje y de los docentes de las instituciones convalidadas.

En el siguiente gráfico se resumen las acciones del SENA con respecto al programa, hasta el año 2009:

Grafico No. 32 Programa Jóvenes en Acción



Fuente: Dirección de Empleo y Trabajo y SGAC.

5.1.3.5 Otras acciones de focalización

5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación párale trabajo

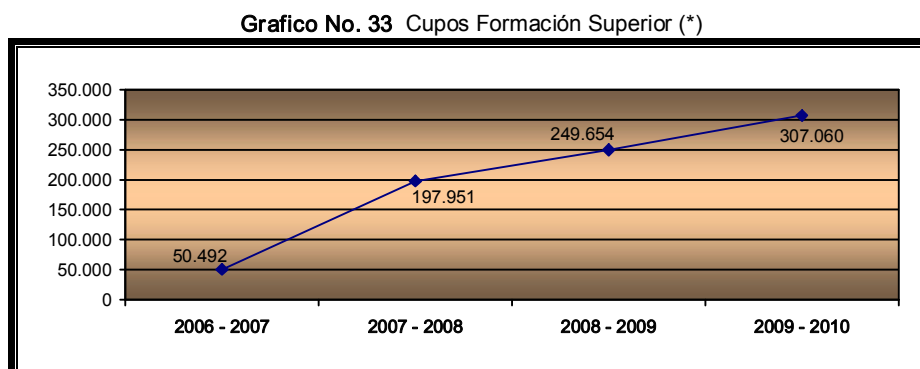
En el TecnoParque Central, ubicado en Cazucá, funciona la primera Tecnoacademia del país, proyecto que busca crear un espacio de enriquecimiento científico dirigido a los jóvenes que están cursando la secundaria, los jóvenes, desde el grado 6° y hasta el grado 11°, de educación secundaria, recibirán competencias en física, química y biología y realizarán proyectos de nanotecnología e ingeniería.

La inversión del SENA para el año 2009 equivale a 2.514 millones de pesos en infraestructura tecnológica, garantizando la dotación de los laboratorios de física, química, biología, nanotecnología, ingeniería y diseño en 3D. Además se recibieron donaciones por 600 millones de pesos. Durante el año 2010, el SENA invirtió cerca de 700 millones de pesos más en instructores y materiales de formación. En la TecnoAcademia Cazucá, durante el año 2010 se atenderán 1.000 aprendices, 850 en formación complementaria y 150 en formación titulada.

5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior

Fortalecimiento de la Formación Técnica y Tecnológica

Uno de los aportes más significativos hechos por el SENA tiene que ver con la formación de Técnicos Profesionales y Tecnólogos, incluidos en la Formación Titulada del SENA, estos programas están reconocidos dentro de la Educación Superior. Durante el periodo Julio 2006- marzo 2010, el SENA incrementó en un 30% promedio anual el total de cupos entre técnicos profesionales y tecnólogos en todo el país. En el siguiente grafico se detallan los resultados año a año:

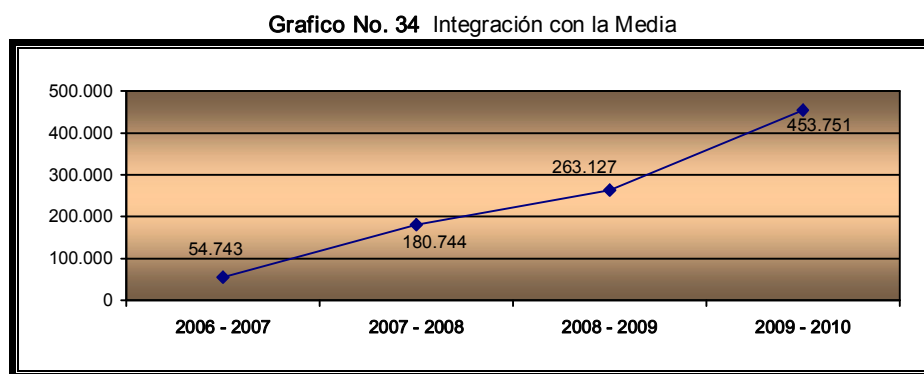


Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año
(*Incluye Plan 250 Mil)

Integración con la Educación Media

Mediante este Programa los jóvenes desde el grado 10° desarrollan un proceso de inmersión al mundo productivo, de tal forma que adquieran competencias para continuar su proceso de aprendizaje o vincularse al mundo del trabajo y así se convierten en agentes que le generan valor, utilidad y riqueza a la sociedad y al país.

Los resultados por año se describen en el siguiente gráfico:



Fuente: Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año.

La reducción para la vigencia 2010 está soportada en los acuerdos suscritos entre la Señora Ministra de Educación Nacional y el Director General del SENA en el pasado Consejo Comunal de Gobierno del mes de octubre del año 2009, donde se modificaron las directrices del programa de integración con la Educación Media liderado por el SENA. Una de las modificaciones sustanciales consiste en que para el año 2010 solo la Entidad integrara los programas del nivel Técnico a los jóvenes de grado décimo.

5.2 Generación de empleo e intermediación laboral

5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo

5.2.1.1 Empresas promovidas por el fondo EMPRENDER

El Fondo Emprender, creado por el Gobierno Nacional por medio de la Ley 789 de 2002 para financiar proyectos empresariales de aprendices, practicantes universitarios (que se encuentren en el último año de la carrera profesional) o profesionales que no superen dos años de haber recibido su primer título profesional, es una gran herramienta para crear empresa a partir de proyectos productivos que integren los conocimientos adquiridos por los emprendedores en sus procesos de aprendizaje.

En las siete convocatorias nacionales y las múltiples convocatorias regionales que a la fecha se han realizado, a través del Fondo Emprender se han aprobado de 1.896 proyectos por \$ 107.718 millones. En 2010 el Fondo Emprender tiene como meta promover 475 empresas y generar 2.500 empleos mediante éstas. El siguiente cuadro muestra el resumen de las convocatorias realizadas.

Cuadro No. 94 Convocatorias Fondo Emprender

CONVENIO	# DE PROYECTOS	VALOR (millones de \$)	COBERTURA
Primera	89	\$4.998	36 Municipios, 17 Departamentos
Segunda	350	\$21.277	136 Municipios, 25 Departamentos
Tercera	338	\$21.040	149 Municipios, 28 Departamentos
Cuarta	420	\$24.088	241 Municipios, 29 Departamentos
Quinta	227	\$10.191	156 Municipios, 25 Departamentos
Sexta	10	\$460	6 Municipios, 4 Departamentos
Séptima	165	\$9.971	97 Municipios, 27 Departamentos
Convocatorias Regionales (2006-2008)	228	\$12.613	54 Municipios, 16 Departamentos.
Convocatorias Regionales (2009)	61	\$3.079	32 Municipios, 33 Departamentos
VALOR DE LOS 1.896 PROYECTOS APROBADOS POR EL FONDO EMPRENDER			\$107.717 millones

Fuente: Grupo de Emprendimiento. Dirección de Formación Profesional

5.2.1.2 Programas de Iniciativas Locales de Gestión Empresarial (ILE)

Durante el periodo -2006-2010, se firmaron siete convenios interinstitucionales con diferentes entidades territoriales para el desarrollo del programa ILE en sus dos fases, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 94 Cobertura Programa ILE
2006-2009

(Millones de pesos)

ENTIDAD TERRITORIAL	ENTIDAD EJECUTORA	VALOR CONVENIO		CONVENIO	Fase ILE
		Aporte MPS (\$)	Aportes Entidad (\$)		
Cesar	Gobernación	42.5	47.5	135 de 2006	1ra fase
Masora	Asociación de Municipios	40.0	23.5	138 de 2006	1ra fase
Bucaramanga	Imebu	25.0	20.0	0217 de 2008	2da fase
Facatativa	Alcaldía Municipal	20.0	10.0	0316 de 2008	2da fase
Cesar	Gobernación	25.0	12.1	0370 de 2008	2da fase
Masora	Asociación de Municipios	28.0	16.4	0216 de 2008	2da fase
Tolima	Gobernación	25.0	45.0	0204 de 2009	1ra fase y 2da fase
Total aportes		205.5	174.5		

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

En estas entidades territoriales se realizaron diversas acciones orientadas a obtener una serie de productos orientados a poner en marcha el Programa, tales como: elaboración de las rutas de acceso de los beneficios del programa ILE, identificación de los potenciales beneficiarios ILE y de los recursos disponibles para el montaje de las empresas y se diseñaron los indicadores que permitirían medir los impactos del programa en sus respectivas regiones.

Como resultado de la aplicación del programa en la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Facatativa (Cundinamarca) se promovieron y apoyaron siete (7) emprendimientos ILE Este resultado es consecuencia de la construcción de un marco institucional propicio para la generación de ingresos y empleo en cada uno de estos territorios. Estos primeros emprendimientos tienen el apoyo institucional de las entidades participantes y se orientan a la generación de empleo digno y decente.

5.2.1.3 Programa de subsidios al desempleo FONEDE

Los subsidios al desempleo se vienen aumentando todos los años debido fundamentalmente al incremento de los aportes que pagan los empresarios, así mismo contribuyendo a las metas definidas en el cuatrienio por el Gobierno nacional y que se registran mensualmente en el SIGOB.

Cuadro No. 95 Número y valor de Subsidios asignados al Desempleo
2006 – 2010

SUBSIDIOS (Asignados)						
AÑO	Julio - Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero- Febrero 2010	TOTAL
ASIGNADOS	39.119	80.600	87.055	95.261	14.332	316.367

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

Grafico No. 34 Valor de Subsidios asignados al Desempleo
2006 – 2010



Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

5.2.1.4 Programa de microcrédito FONEDE

Cuadro No. 96 Créditos otorgados por las Cajas de Compensación Familiar a los Afiliados

MICROCREDITOS (No. De Créditos Otorgados)						
AÑO	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero a Febrero 2010	TOTAL
ASIGNADOS	704	1.051	1.633	1.023	81	4.492

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

5.2.1.5 Programa de capacitación para la inserción laboral FONEDE

Cuadro No. 97 Capacitaciones brindadas por las Cajas de Compensación Familiar

CAPACITACIÓN (No. De Cursos Ejecutados)						
AÑO	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero a Febrero 2010	TOTAL
ASIGNADOS	9.682	18.920	21.299	15.828	2.006	67.735

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las modalidades de microcrédito y capacitación, sus coberturas no son óptimas en el sentido que los recursos económicos apropiados no se ejecutan en su totalidad, originando un traslado presupuestal de los saldos no ejecutados al Fondo de Vivienda en cada vigencia. El Gobierno nacional deberá evaluar esta situación y aplicar los correctivos necesarios.

5.2.1.6 Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo

Entre el 2006 y el 2010 se realizaron gestiones relacionadas con capacitación y asistencia técnica para la conformación de los Observatorios en las siguientes ciudades o departamentos: Antioquia, Atlántico, Magdalena, Bolívar, Cauca, Soacha, Boyacá, Cesar, Santander, Córdoba, Sucre, Guajira, Tolima, Manizales, Norte de Santander, Valle, Risaralda, Armenia y Villavicencio.

Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo fortalecidos

Mediante la suscripción de convenios de cooperación se fortalecieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Armenia, Ibagué, Pasto, Villavicencio, Manizales y Boyacá. En estos Observatorios se desarrolló un proceso de fortalecimiento a través de la constitución de sus equipos técnicos, construcción de los módulos de trabajo e institucionalización del Observatorio mediante la publicación de Boletines y puesta en marcha de sus respectivas páginas web.

Cuadro No. 98 Observatorios de Mercado de Trabajo Fortalecidos 2008

(En Millones de pesos)

Observatorio	Entidad Ejecutora	Valor Contrato Interadministrativo		No. Contrato
		Aporte MPS	Aportes Entidad	
Bucaramanga	IMEBU	62.0	35.0	0317 de 2008
Tolima	Universidad del Tolima	55.0	31.5	0389 de 2008

Pasto	Universidad de Nariño	25.0	259.9	0327 de 2008
Armenia	Alcaldía de Armenia	25.0	36.5	0328 de 2008
Risaralda	Gobernación de Risaralda	25.0	92.2	0337 de 2008
Total aportes		193.0	454.2	647.284.900

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo.

A través de estos cinco (5) convenios interadministrativos se fortalecieron los Observatorios Regionales del Mercado de trabajo en los siguientes aspectos:

- Conformación de los equipos técnicos.
- Diseño y puesta en funcionamiento de once (11) módulos de trabajo del Observatorio con información estadística de censos de población, estadísticas vitales, registros de empresas de servicios temporales y de cooperativas de trabajo asociado, Encuestas Continuas de Hogares –ECH- del DANE, estadísticas de subsidios al desempleo del FONEDE, cuentas nacionales y regionales, entre otras. Los módulos de trabajo serán los siguientes: Demografía, Mercado de trabajo, Informalidad, Educación y formación, Economía, Legislación laboral, Programas de empleo, Empresas de Servicios Temporales –EST-, Agencias de Colocación o Empleo privadas –ACE-, Agencias de Colocación o Empleo públicas y Cooperativas de Trabajo Asociado –EST-.
- Elaboración de boletines de Estadísticas del mercado de trabajo de sus respectivas áreas de influencia.
- Creación, administración y mantenimiento de minisitios web de sus respectivos observatorios.
- Elaboración de dos estudios de los mercados de trabajo de Bucaramanga e Ibagué.

Minisitios creados:

- Pasto: <http://akane.udenar.edu.co/omtp/>
- Bucaramanga: www.imebu.gov.co
- Tolima: www.ut.edu.co
- Risaralda: <http://planeacion.risaralda.gov.co/planeacion/politicas/index.php>
- Armenia: <http://observatoriodeempleo.armenia.gov.co/paginas/>

Observatorio del Mercado de Trabajo de la Dirección de Promoción del Trabajo diseñado y puesto en marcha

Mediante el Contrato de Prestación de Servicios profesionales No. 235 de 2008 se diseñó el minisitio web del Observatorio y mediante el Contrato de Prestación de Servicios profesionales No. 375 de 2009, se colocaron en marcha los principales links del observatorio y se actualizó las publicaciones, estadísticas y noticias, entre otros aspectos.

En el 2010, a través de los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales Nos. 041 y 061 de 2010 se continúa con el proceso de fortalecimiento del Observatorio a través de la elaboración de Boletines electrónicos, ampliación de la información estadística, ubicación del minisitio en los principales motores de búsqueda de Internet., elaboración de estudios sectoriales y divulgación de los principales documentos sobre mercado de trabajo elaborados en la DGPT. La dirección electrónica es: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/obtrabajo/>

Procesamiento de las bases de datos de las Encuestas de Hogares del DANE para fortalecimiento técnico del Observatorio del Mercado de Trabajo de DGPT y Observatorios Regionales

Con el propósito de apoyar a la construcción de los diferentes módulos de trabajo de los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo, construir un sistema de indicadores de seguimiento de dichos observatorios y actualizar la información estadística de las encuestas continuas de hogares, se firmaron los Contratos de Prestación de Servicios profesionales Nos. 315 de 2008 y 138 de 2009. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Creación de un nuevo sistema de consulta de la Encuesta de Hogares del DANE para el período 2001-2008 bajo las siguientes características: Tablas de Datos en el software STATA, Cubrimiento 13 AREAS METROPOLITANAS y TOTAL NACIONAL.
- Realización del empalme metodológico de códigos y variables entre ECH y GEIH y ajuste por censura de Ingresos y Horas laboradas, estructura de Tablas acorde con las definiciones del mercado de trabajo.
- Creación de aplicativos de Consulta de Información Encuesta de Hogares y Econometría Laboral.

Finalmente, con el objetivo de fortalecer institucionalmente a las entidades territoriales en su proceso de diseño e implementación de políticas de empleo, se elaboró el documento de propuesta de política de empleo para cinco (5) municipios de la región norte del departamento de Nariño, a través del contrato interadministrativo de cooperación con la Gobernación de Nariño No. 333 de 2009.

5.2.1.7 Registro de precooperativas y cooperativas de trabajo asociado

En los años 2008 y 2009, el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Departamento Administrativo Nacional de Economía Solidaria "DANSOCIAL", Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" y los Gremios; desarrolló una serie de foros Regionales con el objetivo de fortalecer los nuevos mecanismos de Inspección, Vigilancia y Control en las organizaciones de trabajo asociado, donde asistieron representantes y trabajadores asociados con los siguientes resultados:

Cuadro No. 99 Foros sobre Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado

Año	Ciudad	Asistentes
2008	Cali	127
	Pereira	88
	Medellín	85
	Bucaramanga	97
	Barranquilla	55
	Barrancabermeja	80
	Armenia	62
2009	Bogotá dos eventos	185
2010	Cali	30
	Bucaramanga	134

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

Los foros estuvieron enfocados a fortalecer en los representantes y asociados de las Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado la nueva normatividad vigente (Decreto 4588 de 2006 y Ley 1233 de 2008).

Asistencia Técnica, Apoyo y Capacitación sobre Cooperativas de Trabajo Asociado

En el 2008, Se realizó asistencia técnica sobre Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado a los funcionarios de las siguientes Direcciones Territoriales y/o entidades:

Cuadro No. 99 Foros Regionales sobre CTA

DEPARTAMENTO	AÑO	CIUDAD
Cundinamarca	2008	Bogotá
Santander	2008	Bucaramanga
Bolívar	2008	Cartagena
Tolima	2008	Ibagué
Valle del Cauca	2008	Cali

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

Cuadro No. 100 Asistencia Técnica y Capacitación

DEPARTAMENTO	AÑO	CIUDAD
Amazonas	2009	Leticia
Cundinamarca	2009	Bogotá
Santander	2009	Bucaramanga
Sucre	2009	Sincelejo
Bolívar	2009	Cartagena
Guaviare	2008	San José del Guaviare
Córdoba	2009	Montería
Cauca	2009	Popayán
Guajira	2009	Riohacha
Villavicencio	2009	Villavicencio
Tolima	2009	Ibagué
Norte de Santander	2009	Cúcuta
Cesar	2008	Valledupar
Antioquia	2009	Medellín
Nariño	2009	Pasto
Magdalena	2009	Santa Marta
Valle del Cauca	2009	Cali

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

Para el año 2008 se tiene un cubrimiento de cinco territoriales y para el año 2009 se llega a un cubrimiento de 17 territoriales, logrando un aumento del 340% en el último año.

Estadísticas de cooperativas y precooperativas creadas y que han ajustado regímenes a la nueva normatividad a 2010*:

El siguiente es el estado general de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado que han solicitado autorización de regímenes y las que han solicitado ajustes a partir de enero de 2007 ante el Ministerio:

Cuadro No. 101 Estadística CTA y PCTA

DESCRIPCION	ESTADO GENERAL	TOTAL
Estado de la Radicación	Archivada	13
	En Trámite	1.467
	Objetada	95
	Resuelta	4.057
	Total General	5.632
Tipo de Solicitud	Cuenta de Constituidas	1.644
	Cuenta de Ajustadas	2.413

Fuente. Información estadística suministrada por las Direcciones Territoriales

Distribución por Departamento: La siguiente es la distribución de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado por departamento de acuerdo con el sistema de reporte de las Direcciones Territoriales para el periodo 2007 – 2010* (2007=3602, 2008=1648, 2009=311 y 2010=71):

Cuadro No. 102 Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado
(Sistema de reporte de las Direcciones Territoriales)

Departamento	No. de CTA y PCTA	Departamento	No. de CTA y PCTA
Amazonas	6	Huila	194
Antioquia	488	La Guajira	41
Arauca	21	Magdalena	114
Atlántico	374	Meta	194
Bolívar	98	Nariño	177
Boyacá	101	Norte de Santander	154
Caldas	111	Putumayo	32
Caquetá	16	Quindío	71
Casanare	30	Risaralda	116
Cauca	192	San Andrés Islas	3
Cesar	144	Santander	599
Choco	18	Sucre	48
Córdoba	78	Tolima	109
Cundinamarca	1345	Valle Del Cauca	746
Guainía	1	Vaupés	1
Guaviare	7	Total General	5.632

Fuente. Información estadística suministrada por las Direcciones Territoriales

*Nota cifras al mes de abril de 2010, de acuerdo con la información suministrada por las Direcciones Territoriales

De acuerdo con el nuevo marco normativo el número de CTA y PCTA creadas y ajustadas a partir del 1º de enero de 2007 3602 5250 5561 5632

Cooperativas exentas Ley 1233 de 2008: El siguiente es el número de cooperativas y precooperativas de trabajo asociado que se acogió a lo establecido en la Ley 1233 de 2008 sobre exenciones a contribuciones especiales:

Cuadro No. 103 Cooperativas y Precooperativas Exentas (Ley 1233 de 2008)

PERIODO	Total
2009	298
2010	310

Nota de acuerdo con las solicitudes allegadas a la Dirección General de Promoción del Trabajo

Número de Cooperativas de Trabajo Asociado periodo 2006 – 2010: El siguiente es el comportamiento del crecimiento en número de cooperativas de trabajo asociado, autorizadas por el Ministerio para el periodo en mención:

Cuadro No. 104 Número de Cooperativas de Trabajo Asociado

PERIODO	Total	Cambio Porcentual
2006	3296	
2007	3602	9%
2008	5250	45.7%
2009	5561	5.9%
2010*	5632	1.2%

Notas Con base en los datos suministrados por las Direcciones Territoriales

*Cifras al 30 de marzo de 2010

Como puede observarse el mayor incremento se dio en el año 2008 por el proceso de ajuste ordenado por el Decreto 4588 de 2006 y ampliado en el tiempo, llegando a un aumento del 45% para dicho año.

Plan de visitas a Empresas Sociales del Estado

Durante el año 2009, se coordinó el desarrollo un plan de visitas de manera conjunta con la Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de la Economía Solidaria y con el apoyo de las Direcciones Territoriales, sobre Empresas Sociales del Estado y Cooperativas de Trabajo Asociado con las cuales contratan. El punto de partida fue una prueba piloto que incluyó las siguientes visitas en la ciudad de Bogotá.

A partir de la prueba piloto se diseñó una muestra representativa, con la cual se busca tener un diagnóstico a nivel nacional con ESE's de 2º y 3er nivel en todo el país. La muestra representa un 42% aproximadamente del total de ESE's existentes en el país, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Cuadro No. 105 Empresas Sociales de Estado

Departamento	ESE	CTA
Bogotá, D. C.	12	15
Cundinamarca	3	13
Antioquia	9	41
Atlántico	4	10
Bolívar	2	9

Valle del Cauca	6	18
Magdalena	1	0
Quindío	2	15
Risaralda	3	8
Santander	3	8
Cauca	2	8
TOTAL	47	145

Fuente: Plan de visitas conjunto realizado en 2009 MPS – SUPERSOLIDARIA

Participación en Consejos Superiores de Microempresa y Pyme

La siguiente es la participación del Ministerio de la Protección Social delegada en la Dirección, en el marco de lo establecido en la Leyes 590 de 2000, 905 de 2004 y el CONPES 3484 de 2007:

Cuadro No. 106 Participación en Consejos Superiores de MIPYMES

Periodo	Participación	Total
2008	Participaciones consejos superiores Mipyme	16
2008	Participación mesas temáticas	12
2009	Participaciones consejos superiores Mipyme	12
2010	Participaciones consejos superiores Mipyme	2

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

5.2.1.8 Ingreso de extranjeros al mercado laboral colombiano

Con base en la información estadística del Ministerio, basado en el análisis de proporcionalidad efectuado a las empresas que vincularon personal extranjero, se pudo establecer que durante los últimos cuatro años se han expedido 28.573 Certificados de Proporcionalidad de la siguiente manera:

Cuadro No. 107 Certificados de Proporcionalidad expedidos por Año 2006-2010 (*)

AÑO	Total Certificados
2006	5.929
2007	7.513
2008	8.572
2009	9.508
2010	2.980
TOTAL	28.573

(*) Datos a marzo de 2010

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción del Trabajo.

Así mismo, se brindó asistencia técnica y capacitación a las Direcciones Territoriales de Amazonas, San Andrés, Antioquia, Chocó, Caquetá, Guajira, Córdoba, Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena, Valle del Cauca y Santander, sobre procedimientos de expedición de Certificados de Proporcionalidad, Variaciones de Proporcionalidad y aplicación de los artículos 74 y 75 del Código Sustantivo del Trabajo. Igualmente, se efectuó análisis de proporcionalidad y ocupacional a 31 listados de empresas (Nóminas) que solicitaron y justificaron la necesidad de variar la proporción entre trabajadores nacionales y extranjeros.

De la misma manera se elaboró la resolución 977 del 2009, por la cual se redujo el tiempo de expedición del certificado de proporcionalidad de 10 a 5 días hábiles, de la misma forma, se proyecta la resolución 493 del 8 de febrero de 2010, por la cual se amplía la vigencia del certificado de proporcionalidad de tres a seis meses. Finalmente se inició la automatización del trámite de solicitud de certificados de proporcionalidad, a fin de que sea realizado en línea por la empresa solicitante.

5.2.2 Acciones de intermediación laboral

5.2.2.1 Servicio público de empleo

El SENA cuenta con el Servicio Nacional de Empleo (SNE), herramienta de información que permite conectar a los desempleados con las vacantes generadas por los empresarios, hace 20 años inició su operación y ha prestado el servicio de intermediación ininterrumpidamente. A través de esta herramienta la entidad contribuye a disminuir el desempleo friccional, ocasionado por la falta de comunicación entre la oferta laboral y la demanda. El servicio se presta de forma gratuita a través de 142 puntos de atención dentro de los cuales 65 se encuentran ubicados en los Centros de Formación del SENA y a través de la página Web del SENA <http://colombianostrabajando.sena.edu.co>. Los principales resultados del SNE se pueden observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 108 Resultados Empleo y Empleabilidad

Año	Inscritos registrados en el SPE	Vacantes registradas en el SPE	Personas colocadas laboralmente	Tasa de colocación	Personas que recibieron orientación ocupacional
Julio – Diciembre 2006	678.897	149.773	73.260	48%	206.151
2007	664.489	166.975	75.085	45%	246.623
2008	748.312	158.208	81.295	51.4%	341.928
2009	824.619	153.928	94.313	61,3%	377.708
Meta 2010	735.998	181.525	117.991	65%	365.163
Enero – Marzo 2010	177.652	51.293	34.288	67%	85.185

Fuente: Dirección de Empleo y Trabajo

Este servicio también es utilizado por el SENA para realizar procesos de selección de migraciones laborales, principalmente a España. Durante el 2009, como consecuencia de la crisis económica mundial, la inserción laboral de colombianos en empresas españolas se desaceleró, razón por la cual solo 61 personas pudieron acceder al mercado laboral a través del Servicio Público de Empleo.

Internacionalización del Sena

Dentro del convenio con la Universidad Politécnica de Valencia, el SENA ha fortalecido su proceso de internacionalización, en España. Durante el 2009 se

han formado 3.219 aprendices en programas de formación Complementaria y 287 aprendices en programas de Formación Titulada.

La Entidad, consciente de la importancia de las alianzas internacionales de doble vía, recibió durante el 2009 cerca de 102 misiones internacionales, conformadas por funcionarios de alto nivel de entidades gubernamentales y empresarios de múltiples países. El SENA ya cuenta con más de 90 socios estratégicos en el mundo, ha desarrollado importantes alianzas para el beneficio de los instructores, aprendices y funcionarios, con países como: Estados Unidos, Israel, Alemania, Francia, Japón, Brasil, Holanda, Ecuador, Brasil, Venezuela, Paraguay, México, Canadá y Perú, entre otros.

Fruto de las alianzas mencionadas, cerca de 2.603 aprendices de todas las regiones de Colombia han sido beneficiarios de formación en diferentes tecnologías, en el marco de proyectos internacionales. De ellos, más de 100 aprendices han tenido la oportunidad de salir del país a realizar pasantías a países como México, Francia y España. De igual forma, alrededor de 866 instructores han sido beneficiarios de actualizaciones tanto en Colombia como en el exterior, así mismo han tenido la oportunidad de profundizar sus conocimientos y, en algunos casos, certificarse internacionalmente en países como Israel, Estados Unidos y Alemania.

5.2.2.2 Registro de empresas de servicios temporales

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Promoción del Trabajo, lleva el Registro Nacional de Empresas de Servicios Temporales y Agencias de Colocación o Empleo, que permite identificar las empresas que fueron autorizadas, suspendidas o canceladas en todo el país. De acuerdo con este Registro, entre los años 2006 y 2009 las Direcciones Territoriales del Ministerio de la Protección Social autorizaron el funcionamiento de 726 Empresas de Servicios Temporales. Actualmente se encuentran en funcionamiento 653, de las cuales 487 son principales y 166 sucursales. Las restantes 73 no pueden ejercer sus actividades debido a que han sido canceladas o suspendidas por las respectivas Direcciones Territoriales.

Cuadro No. 109 Comportamiento Oferta Demanda de Empresas
Servicios Temporales en Colombia
2006-2009

AÑO	INSCRITOS-OFFERTA	REQUISICIONES- DEMANDA	COLOCADOS - DEMANDA
2006	940.420	648.488	621.984
2007	1.120.675	762.148	751.920
2008	1.325.997	883.006	834.057
2009(*)	1.268.015	832.805	806.627
TOTAL	7.627.239	4.805.505	4.603.163

Fuente: Minprotección Social - Direcciones Territoriales de Trabajo- Informes Trimestrales.

(*) Datos parciales. Faltan por consolidar 6 departamentos en el 4 trimestre de 2009.

Los movimientos de oferta y demanda de las Empresas de Servicios Temporales, reportadas a través de Informes Trimestrales, permiten apreciar que en el periodo 2006 a 2009 se inscribieron en las Empresas de Servicios Temporales *autorizadas* por el Ministerio, 4.655.107 personas que buscaban puestos de trabajo (Oferta). En este mismo periodo las empresas usuarias de las EST requirieron 3.126.447 trabajadores con el objeto de suplir sus necesidades de personal (Demanda). De estas requisiciones se firmaron 3.014.588 contratos (Colocados), que corresponde al 60.8% del total de inscritos en el período y al 96.4% de efectividad en el cubrimiento del total de las vacantes –requisiciones de las empresas usuarias, como se puede apreciar en el cuadro anterior.

5.3 Protección laboral

Colombia viene implementando la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador (ENETI), la cual se presenta como el resultado de un esfuerzo conjunto de instituciones y actores de diferentes regiones del País, agrupados en el Comité Interinstitucional y los Comités Regionales para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador, con presencia de organizaciones de empleadores, trabajadores e instituciones del Estado, y con el apoyo permanente de la Organización Internacional del Trabajo.

El Objetivo general de la estrategia es focalizar y ordenar las acciones de las entidades estatales y privadas en función del ingreso de Niños, Niñas y Adolescentes en Peores Formas de Trabajo Infantil o en riesgo, a la escolarización y a la oferta de servicios, y del acceso de sus familias a programas sociales que permitan que sus Niños, Niñas y Adolescentes no ingresen o se retiren de las Peores Formas de Trabajo Infantil y puedan acceder a los beneficios de la política social en general.

En este contexto, los objetivos puntuales son:

- Escolarizar a los Niños, Niñas y Adolescentes en Peores Formas de Trabajo Infantil o en riesgo, y suministrarles la mayor cantidad posible de servicios complementarios de la oferta social local y nacional.
- Suministrar prioritariamente a las familias de estos Niños, Niñas y Adolescentes, la oferta social local y nacional necesaria para hacerlas funcionales y productivas.
- Coordinar y complementar el trabajo de las entidades estatales y no estatales que intervengan en la tarea

Por su parte, las metas de la Estrategia son:

- Consolidar el proceso de descentralización de la política de Erradicación del Trabajo Infantil por medio de la formulación de planes departamentales y locales interinstitucionales.

- Avanzar en el logro de los objetivos de la política de salud sexual y reproductiva, especialmente con adolescentes y jóvenes para prevenir su desescolarización e ingreso prematuro al mercado laboral en condiciones de gran vulnerabilidad.
- Incrementar la relación entre los programas de subsidios educativos condicionados del programa de Familias en Acción al requisito de no trabajo infantil e integrar cada vez más los programas de Banca de Oportunidades y generación de empleo a las metas de erradicación del trabajo infantil, con énfasis en las peores formas.
- Otorgar oportunidades de trabajo protegido y calificación laboral (Sena) para los jóvenes mayores de 15 años.
- Prevenir la explotación laboral de niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento.
- Socializar y Aplicar la Estrategia Nacional para Prevenir y erradicar las Peores formas de Trabajo Infantil y proteger al Joven Trabajador 2008-2015.
- Articular la Estrategia RED JUNTOS con la Estrategia Nacional para Prevenir y erradicar las Peores formas de Trabajo Infantil y proteger al Joven Trabajador (ENETI).

Se ha llevado a cabo la socialización e implementación de la estrategia en todos los Departamentos, promovida por la Secretaría Técnica del Comité de Erradicación del trabajo Infantil. Como resultado se presentó una reducción en 2 puntos del porcentaje de participación de la población de los niños, niñas y adolescentes en el periodo 2005-2007, pasando de un 8.9% al 6.9%.

5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social

En respuesta a los puntos planteados en el Plan de Desarrollo 2006-2010, el primero de junio de 2006, en la 95 Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT en Ginebra (Suiza), los delegados colombianos de las centrales obreras, el gobierno y los empresarios, firmaron el “Acuerdo Tripartito por el Derecho de Asociación y la Democracia”.

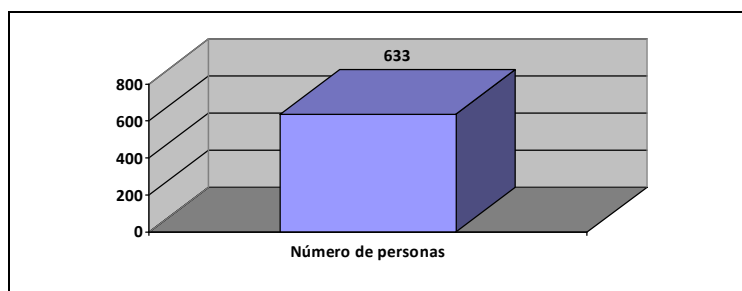
Como resultado del Acuerdo tripartito se aprobó financiar el Macro proyecto “Asistencia Técnica para la Promoción del Trabajo Digno y Decente” con un valor total de 7.600 millones, que incluyó los Subproyectos : Fortalecimiento del diálogo social, los derechos fundamentales en el trabajo y la inspección, vigilancia y control del trabajo en Colombia, Implementación de programas de generación de empleo para Mujeres Pobres a nivel nacional, Capacitación técnica empresarial a 2000 jóvenes desplazados a nivel nacional, Capacitación para el Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la promoción del desarrollo económico local PRODEL a nivel nacional .

Específicamente al Proyecto Fortalecimiento del diálogo social, los derechos fundamentales en el trabajo y la inspección, vigilancia y control del trabajo en

Colombia se asigna un valor de \$ 2.248 millones de pesos. A través de este proyecto se fortaleció el diálogo social tripartito durante el 2008-2009, por medio de las siguientes acciones:

- 633 personas participaron en eventos de formación de carácter tripartito. (Gobierno, trabajadores y empleadores).

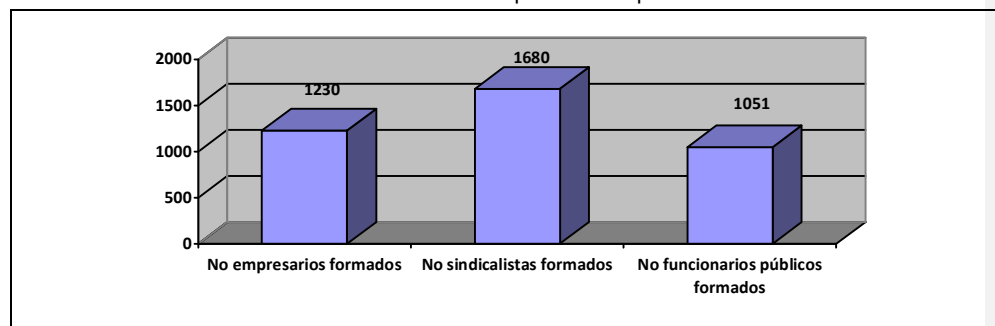
Gráfico No. 35 Total de personas formadas en los diferentes eventos tripartitos



Fuente: Dirección de Protección Laboral.

Se capacitó un total de 3961 personas formadas en derechos fundamentales en el trabajo, normas internacionales y diálogo social, entre los cuales se encuentran 1051 funcionarios del gobierno, 1230 empresarios, 1680 sindicatos (CUT, CGT, CTC).

Gráfico No. 36 Número de personas capacitadas.



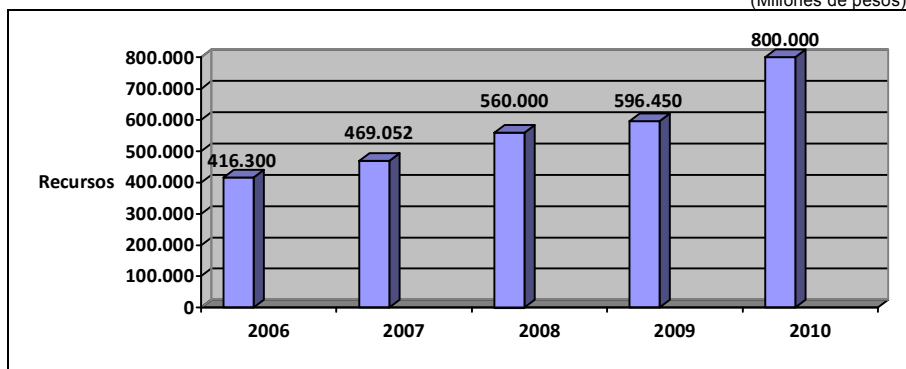
Fuente: Dirección de Protección Laboral.

Adicionalmente, durante el 2006-2010 se asignó un total de 2.842.802 millones de pesos a la divulgación y promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, tal como lo evidencia el Gráfico No 7. Por medio de estos recursos se llevó a cabo el fortalecimiento a las 32 Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales en funcionamiento, se apoyó la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales y se trabajó en el documento de formulación de política pública de trabajo decente.

Gráfico No. 37 Recursos asignados a la divulgación y promoción de los derechos fundamentales en el trabajo

2006-2010

(Millones de pesos)

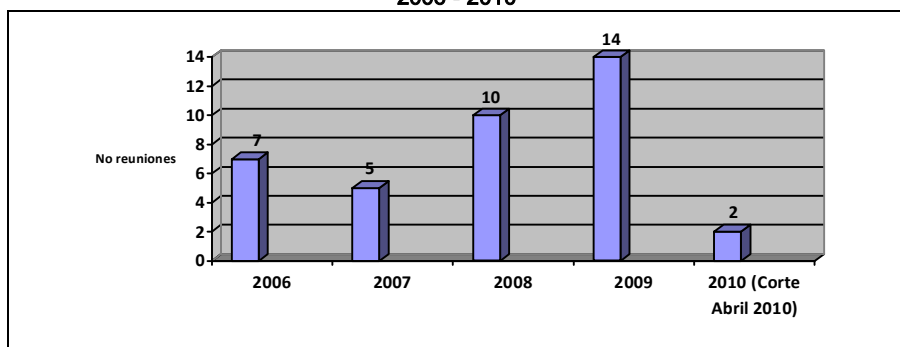


Fuente: Dirección de Protección Laboral.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social realiza permanentemente asistencia técnica a la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales y las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, de conformidad con lo establecido en la Ley 278/96. Estos escenarios se presentan como ambientes de diálogo social para los actores tripartitos (Gobierno, Empleadores y Trabajadores) a nivel nacional y local, y buscan fomentar las buenas relaciones laborales y contribuir a la solución de los conflictos colectivos de trabajo.

Dentro de este contexto, durante el periodo 2006-2010 se presentan los siguientes resultados:

Gráfico No. 38 No Reuniones realizadas por la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales
2006 - 2010



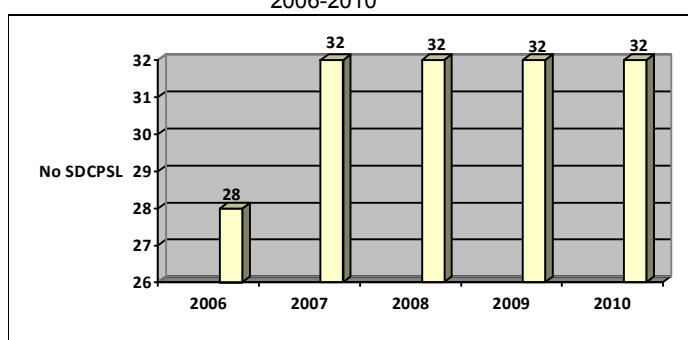
Fuente: Dirección de Protección Laboral.

Durante el periodo 2006-2010 la Comisión Nacional de Concertación de Políticas Laborales y Salariales ha establecido agendas de trabajo concertadas por el gobierno, empleadores y las centrales Obreras, dentro de las cuales se destacan los siguientes temas: Negociación del salario mínimo, cumplimiento

de los Convenios OIT, fortalecimiento del sindicalismo y la libertad de empresa, seguimiento al cumplimiento de las Metas del Milenio, propuestas de reglamento operativo de Comisión Permanente, trabajo decente, seguro de desempleo, diálogo social tripartito y propuestas para generación de empleo.

Con respecto a las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, SDCPSL, durante el 2006-2010 se presentan los siguientes resultados:

Gráfico No. 39 No Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales en funcionamiento, SDCPSL 2006-2010



Fuente: Dirección de Protección Laboral.

En las reuniones realizadas por las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, SDCPSL durante el periodo 2006-2010, se destacan el desarrollo de los siguientes temas: Sensibilización a los diferentes actores sociales a nivel local para el fortalecimiento de las subcomisiones, capacitación en temas de diálogo social, formaciones en principios y derechos fundamentales en el trabajo y procesos de capacitación en construcción de políticas públicas.

5.3.2 Capacitación a líderes sindicales

Este programa financiado con recursos de funcionamiento del MPS, constituye un mecanismo de apoyo y fortalecimiento del sector sindical dentro de la estrategia para generar fortalezas en la negociación y la concertación. Comprende cursos de breve duración organizados por los trabajadores sindicalizados, para difundir y actualizar las posiciones sindicales relacionadas con la estructura de sus organizaciones, con los conceptos sobre el sistema de relaciones laborales, la participación política, y el diálogo social.

Tal como lo evidencia el Cuadro No. 110, durante el 2006-2010 se presentó un total de 6.173 personas formadas por el programa de capacitación a líderes sindicales.

Cuadro No. 110 No de sindicalistas formados en el Programa de capacitación a líderes sindicales
2006- 2010

Año	# sindicalistas capacitados
2006	1.841
2007	1.422
2008	1.326
2009	1.584
2010	Se esperan 1.400
Total	6.173

Fuente: Dirección de Protección Laboral.

Con respecto a los recursos asignados al programa de capacitación a líderes sindicales, se presentó un total de 2.528.242 millones de pesos.

Cuadro No. 111 Recursos asignados al Programa de capacitación a líderes sindicales
2006 – 2010

Año	Recursos asignados MPS (Millones pesos)
2006	510.500
2007	488.695
2008	505.800
2009	501.591
2010	521.656.
Total	2.528.242

Fuente: Dirección de Protección Laboral.

5.3.3 Programa de protección a líderes sindicales

5.3.4 Prevención de la explotación y discriminación laboral

5.4. Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social

5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social

La Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control del Ministerio de la Protección Social, está conformada por el nivel central y nivel territorial, en la actualidad se cuenta con 28 Direcciones Territoriales en las capitales de Departamento, 2 Oficinas Especiales y 117 sedes de las Inspecciones de Trabajo con jurisdicción sobre la totalidad de los municipios a las que se les han asignado como resultado del estudio técnico para la modificación de estructura y planta de personal del Ministerio para establecer el diseño y la propuesta de ajuste organizacional interno; para enfrentar el nuevo esquema de trabajo, se expidieron los Decretos 1293 “Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de la Protección Social” y 1294 “Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de la Protección Social”

En la visión de liderar un sistema de prevención, inspección, vigilancia y control con parámetros y procedimientos unificados que permitan el desarrollo, la

sostenibilidad financiera y la ampliación de la cobertura del sistema de la protección social en el país, encaminado a ejercer:

- Prevención, como agente de información, comunicación, divulgación, capacitación y demás acciones que se anticipan al conflicto laboral en pro del cumplimiento de la normatividad laboral.
- Inspección, vigilancia y control, para asegurar el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, reglamentarias, convencionales y los convenios internacionales del trabajo.
- Dirección, seguimiento y evaluación el desarrollo y ejecución de las acciones y funciones de las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales.

Le corresponde a la Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo y a las Direcciones territoriales atender principalmente los diferentes actores sociales relacionados con el mundo del trabajo entre ellos:

- Empleadores públicos y privados, nacionales y extranjeros
- Trabajadores y ex trabajadores
- Organizaciones sindicales de 1, 2 y 3 grado
- Pensionados y Organizaciones de Pensionados
- Empresas Temporales, Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado
- Entidades públicas y privadas de los sistemas de seguridad social integral y de protección social

El sistema de IVC en desarrollo a los planes de gobierno en periodo contentivo existe continuidad en acciones en los siguientes aspectos:

Contrato Sindical

En relación con el contrato sindical en desarrollo de los lineamientos dictados por el Gobierno Nacional para que las organizaciones sindicales se comprometieran con un sindicalismo de participación, la respuesta en este sentido ha sido totalmente positiva, es así como a la fecha se tienen registrados **165** Contratos, clasificados por actividades económicas de acuerdo con los códigos CIU, de la siguiente manera: Energía eléctrica, Servicio de Salud, Caña de azúcar e Hilatura de fibras textiles y otros en actividades económicas tales como: de fabricación de cuerdas, cordeles cables, bramantes y redes; instalaciones hidráulicas, industria básica de hierro y acero, alimentos compuestos, productos de panadería.

Histórico del proyecto de inversión

Con cargo al proyecto de "Asistencia técnica para modernizar y optimizar el sistema de inspección, vigilancia y control con divulgación de la normatividad laboral orientada a la clase empresarial y trabajadora del sector formal, informal

y formas asociativas vulnerables”, se ha venido practicando visitas de fortalecimiento y seguimiento al sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo a los compromisos suscritos con las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales de Trabajo, así como publicaciones tales como el Manual del Inspector, Cartillas de Derechos y Deberes en el Mundo del Trabajo, de Servicio Domestico, Jurisdicción y sede de las Inspecciones de Trabajo y material didáctico para respaldar las capacitaciones, campañas jurídico laborales, entrenamientos, socialización de la normatividad laboral, con una ejecución de recursos para el cuatrienio de \$1.108.000.000.00

Contribución al fortalecimiento de las relaciones laborales individuales y colectivas a través de la mediación, conciliación y arbitraje con los actores del sistema para el cumplimiento de la normatividad laboral

Se adelantaron las actividades que se resumen en el siguiente cuadro:

Con respecto a los Tribunales de Arbitramento, cancelación de inscripción de organizaciones sindicales, realización de estudios económico-técnicos y recursos de apelación, las actividades para el cuatrienio, se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 113 Relación de Procesos y Actividades Desarrolladas

TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO					REALIZACION DE ESTUDIOS ECONOMICO-TECNICO	
AÑO	Convocados	No Convocados	Integración	Aprobación Tercer Arbitro	Conceptos económicos y/o técnicos sobre Despidos Colectivos	Disminución de Capital
2006	42	2	35	61	9	22
2007	34	3	29	60	6	15
2008	33	0	31	41	5	11
2009	33	11	25	46	7	7
marzo 2010	13	6	8	6	2	3
TOTAL	155	22	128	214	29	58

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Para el cuatrienio se tiene un total de 155 Tribunales de Arbitramento Convocados, siendo el mayor número de Tribunales convocados en el año 2006, debido a la cantidad de solicitudes presentadas por los conflictos colectivos, donde las partes no llegaron a un arreglo.

De otra parte en cuanto a la Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades se tiene la siguiente información teniendo en cuenta que el Congreso de la República aprobó la Ley 1210 de 2008, la cual termina con las divergencias existentes entre el Estado Colombiano y la Organización Internacional del Trabajo OIT en relación a las facultades para la Declaratoria de Ilegalidad de la Huelga, toda vez, que a partir de la vigencia de esta Ley la competencia le corresponde a la Rama Judicial del Poder Público, es decir, al Tribunal Superior del Distrito Judicial.

Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2006 = 6
 Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2006 al 2007 = 1
 Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2007 al 2008 = 1

Registro de inscripción de actas de Constitución de una organización sindical, depósitos de modificación de estatutos y cambios de Juntas Directivas

Con el fin de dar cumplimiento a las sentencias C – 465 y C – 695 de 2008, mediante notas internas números 285839 del 25 de septiembre, 325118 del 5 de noviembre y 343137 del 21 de noviembre de 2008, se dieron instrucciones a los funcionarios competentes, con el fin de unificar criterios, en consecuencia en este momento el Ministerio de la Protección Social vienen depositando la creación de organizaciones sindicales, modificación de estatutos y cambios de juntas directivas, anexando los correspondientes modelos generados por esta dependencia.

Cuadro No. 114 Negociación Colectiva

AÑO	Depósito de Convenciones	Depósito de Pactos	Denuncias de Convenciones	Denuncias de pactos	Huelgas	Organizaciones nuevas Sindicales	Cese de Actividades
2006	457	218	643	43	8	74	1.177
2007	254	182	465	32	7	79	941
2008	280	225	368	29	3	91	2.829
2009	391	218	461	41	1	174	287
marzo 2010	76	111	77	16	1	14	32

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Con relación al mayor depósito de convenciones colectivas de trabajo comparado con los Pactos Colectivos, la diferencia está dada por cuanto hubo mayor uso del derecho de negociación colectiva de las organizaciones sindicales respecto a los trabajadores no sindicalizados.

5.4.2. Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales

Se ha venido fortaleciendo la gestión de las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales, a través del desarrollo e implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación; así mismo se han dado algunas recomendaciones para apoyar la elaboración por parte de los empleadores, el capítulo que les permita cumplir la obligación de adaptar el reglamento de trabajo a los requerimientos de la Ley 1010 sobre acoso laboral, entre otros.

Cuadro No. 115 Solicitudes investigación Acoso Laboral

Años	Número de solicitudes por Acoso Laboral
2006	369

2007	295
2008	745
2009	723
A marzo 2010	179
Total Solicitudes	2311

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo

Un primer aspecto lo comprende el compromiso del gobierno colombiano, asumido en la Comisión Nacional de Concertación de Políticas Sociales y Laborales, en diciembre de 2006 en donde se aprobó el fortalecimiento de las inspecciones de trabajo.

El renovado sistema de inspección debe tener, en su concepción de mejora, como cualidades o características principales las siguientes:

- Tener un enfoque preventivo que haga posible anticiparse al incumplimiento de obligaciones laborales y a la ocurrencia de problemas laborales en las empresas.
- Ser confiable por la imparcialidad con la que actúa con la autoridad, siempre con un criterio objetivo y estandarizado que genere una actitud positiva de las partes para resolver los problemas.
- Utilizar la información para la toma de decisiones de intervención, con objeto de dar atención prioritaria a sectores de actividad y empresas con mayores riesgos y recurrencia de problemas laborales, para lo cual se debe utilizar información confiable sobre el particular.
- Lograr una mayor cobertura y sustancia en su impacto, como resultado de una estrategia que se derive de las cualidades antes señaladas.

Mejora del Sistema de Inspección de Trabajo

Objetivos:

- Cumplimiento de normas laborales y de Seguridad Social en Pensiones y riesgos profesionales
- Proveer información sobre condiciones laborales

Características del sistema de inspección a mejorar:

Énfasis en el enfoque preventivo

- Confiable por su imparcialidad
- Mayor cobertura
- Utilización de la información para la toma de decisiones

Elementos del Sistema de Inspección del Trabajo

- Normativa.
- Operación.
- Organización.
- Información y tecnología
- Relaciones con los sectores

Avances en cada uno de los Elementos

Cuadro No. 116 Avances en elemento Normativo

DECRETOS	AVANCES: Decretos 1293, y 1294 de abril de 2009 "Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de la Protección Social" y "Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de la Protección Social"
RESOLUCIONES	Resolución 2180 de 2008 del por la cual se amplio el perfil académico I para los inspectores de trabajo. AVANCES: Resolución 2605 del 27 de julio de 2009 crean grupos y reasignan funciones en el MPS. Resoluciones 2776 y 2779 del 4 de agosto de 2009 – Distribución de los nuevos cargos y manual de funciones de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo.
CIRCULARES	Circular 060 del 6 de octubre de 2008 - Establece para los trámites relacionados con el sistema de de Inspección y Vigilancia los requisitos y tiempos mínimos de respuesta.
OTROS	Estudio técnico soporte del proyecto de ley antitrámites: Incluye temas del proceso como son compensación de vacaciones, anticipos y prestamos sobre salarios, inscripción del comité paritario de salud ocupacional, autorizaciones pago parcial de cesantías e inscripción, modificación de estatutos y de juntas directivas de las asociaciones de pensionados, entre otros

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Cuadro No. 117 Avances en elemento Operativo y Metodológico

AÑO	ACTIVIDADES	AVANCES Y LOGROS
2009	Seguimiento a las Direcciones Territoriales piloto	Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Cesar, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Santander y Valle del Cauca.
2008 2009	Fortalecimiento recurso humano: 1) Capacitación de los funcionarios en presentación modelo 2) Desarrollo humano (liderazgo, comunicación, creatividad y equipos de alto desempeño). 3) Análisis de riesgo 4) Administración del Cambio y calidad del servicio 5) Negociación y conciliación 6) Bases de datos (atención al usuario, conciliaciones y querrelas administrativo laborales).	2008: 51 eventos -390 funcionarios capacitados. 2009: 3 encuentros regionales -152 funcionarios capacitados
2008 2009	Difusión del proyecto y sensibilización normativa -cultura de cumplimiento de las obligaciones laborales Presentación en Direcciones Territoriales a Subcomisiones de Concertación, gremios, sindicatos, capacitaciones a trabajadores y empleadores énfasis en enfoque preventivo de inspección del trabajo.	Reuniones con sectores y entidades y jornadas de capacitación. Utilización de medios de comunicación locales y empresariales

2008	Información para hacer análisis de riesgos, Construcción de documentos de análisis de riesgo para identificar actividades económicas críticas y enfocar labores de inspección.	Documentos de informes pre-análisis de riesgo a las Direcciones Territoriales ingresadas en el 2008 y 2009
2008	-Realización de inspecciones preventivas -Discusión de la herramienta con el MPS -Capacitación a los Inspectores de Trabajo	2008: 572 VISITAS PREVENTIVAS
2009	-Realización de visitas bajo nuevo enfoque preventivo.	2009: 544 VISITAS PREVENTIVAS
2008	-Celebración de Acuerdos Mejora -Facilitación para la construcción de acuerdos	2008: 219 ACUERDOS DE MEJORA
2009	-Suscripción de acuerdos por empresa y por rama de actividad económica.	2009: 238 ACUERDOS DE MEJORA
2009	Visitas de reforzamiento a la implementación del proyecto a las Direcciones Territoriales.	
2009	Encuentros regionales en las que asistieron las Direcciones Territoriales celebrados en las ciudades de: Valledupar: Cesar, Sucre, Córdoba, Guajira, Pereira : Risaralda, Quindío, Choco, Tolima, Apartado, y Bogotá: Boyacá, Norte de Santander, Cauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés, Caquetá, Vichada, Barrancabermeja, Guajira, Arauca, Casanare, Nariño	

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Cuadro No. 118 Adición de la planta personal: (Decretos 1293 y 1294 del 16 de Abril de 2009)

Denominación	Antes	Ampliación	Ahora	% Incremento
Inspectores de trabajo	289	135	424	31,84%
Profesionales (12 Especializados y 48 Universitarios)	97	60	157	38,22%
Técnicos	35	16	51	31,37%
TOTAL INCREMENTO CARGOS	421	211	632	33,39%

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Cuadro No. 119 Relación de cargos nuevos

Nivel Profesional	45	15	60
Inspectores de Trabajo	95	40	135
Técnicos	14	2	16
Total	154	57	211

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Cuadro No. 120 Fortalecimiento de la estructura asignada al sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo

Estructura anterior Nivel Central	Estructura actual Nivel Central
Unidad Especial de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo con los grupos internos de trabajo de : Inspección y vigilancia preventiva Relaciones Laborales individuales y colectivas Archivo sindical	Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo con los grupos de: Direccionamiento Estratégico Gestión y Desarrollo Gestión Laboral Archivo Sindical
Direcciones Territoriales 34 Direcciones Territoriales y dos (2) Oficinas Especiales de Trabajo (Barrancabermeja y Urabá)	Direcciones Territoriales Treinta (28) Direcciones Territoriales, dos (2) Oficinas Especiales (Barrancabermeja y Urabá)

<p>Veinte (20) Direcciones Territoriales con dos Grupos internos de trabajo: Grupo de trabajo, empleo y seguridad social Grupo de prevención, inspección, vigilancia y control Cinco (5) Direcciones Territoriales y dos (2) Oficinas Especiales con Inspecciones de Trabajo, sin Grupos Internos de Trabajo 7 Direcciones territoriales Que solamente tenían un Director Territorial</p>	<p>Nueve (9) Direcciones Territoriales : tipo con tres (3) grupos Internos de Trabajo: Atención al ciudadano y tramites Resolución de conflictos-conciliación Prevención, inspección, vigilancia y control Once (11) Direcciones Territoriales con dos grupos Internos de Trabajo: Atención al ciudadano y tramites Prevención, inspección, vigilancia y control -Resolución de conflictos-conciliación Seis (6) Direcciones Territoriales y dos oficinas especiales a quienes se le crea un grupo de: Prevención, inspección, vigilancia y control -Resolución de conflictos-conciliación A las Direcciones Territoriales de Amazonas y San Andrés se les asigna Un cargo de Inspector de trabajo. En los Departamentos de Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés se asignará un cargo de inspector de trabajo .</p>
---	--

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Organización:

En el nivel Central – Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo

- Con la creación del Grupo de Direccionamiento Estratégico, se pretende gerencia de la información, realizar los análisis del riesgo laboral y generar estrategias y líneas de acción a desarrollar.
- El Grupo de Gestión y Desarrollo (antes Inspección y vigilancia preventiva) a través de este se pretende diseñar los mecanismos y crear instrumentos para que en forma unificada se efectúe la prevención, inspección y vigilancia; así mismo coordinar con las dependencias del ministerio, las Direcciones territoriales y oficinas especiales los esquemas de inspección preventiva (anticiparse al conflicto y asegurar el cumplimiento de las normas laborales) y la reactiva del trabajo (instruir y sancionar por el no cumplimiento de las normas laborales)
- El Grupo de Gestión Laboral (antes Relaciones Laborales Individuales y colectivos) , adelanta las funciones establecidas por ley entre otras: convocatoria, integración, asignación de árbitro y pago de honorarios en los tribunales de arbitramento, emisión de conceptos económicos y técnicos a las solicitudes de despido colectivo, suspensión de actividades, disminuciones de capital
- El Grupo de Archivo Sindical que se mantiene y es el responsable de la guarda de los documentos relacionados con las organizaciones sindicales y expide certificaciones en cuanto a su contenido acorde a las solicitudes de los órganos de control y antes de la rama jurisdiccional y los particulares entre otros.

En las Direcciones Territoriales

- Se crea el Grupo de Atención al Ciudadano y Trámites responsable de atender al ciudadano, suministrando la información, recepcionando y

efectuando los tramites y dando respuestas a las solicitudes de los usuarios como son: autorizaciones, depósitos, certificaciones, permisos entre otras; de igual forma registra los datos estadísticos y consolida información insumo de análisis de riesgo laboral de la Dirección Territorial.

- El Grupo de Resolución de conflictos-Conciliación: (nuevo) Se especializa en atender las audiencias de conciliación, conflictos rurales de trabajo y de acoso laboral, realiza programas pedagógicos de mejoramiento de las relaciones laborales y apoya los procesos de negociación colectiva.
- Grupo de Prevención, Inspección, Vigilancia y control realiza las campañas informativas y promueve el cumplimiento de las normas laborales, efectúa la inspección preventiva, adelanta las investigaciones administrativo-laborales e impone las sanciones por no cumplimiento a las normas laborales

Cuadro No. 121 Información y Tecnología

1.- Se está adelantando un Proyecto de Inversión de Cooperación Internacional o un Convenio con el Gobierno de Canadá para financiar el diseño e implementación de un sistema de información
2.-Se diseñaron documentos con las variables para generar bases de datos de control de gestión
3.- Distribución de equipos de cómputo y solicitud de redes en las sedes del MPS donde se está implementado la propuesta
4- Diseño e implementación de una planilla preliminares para recolección de información en las Direcciones Territoriales.

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

Contribuciones

La propuesta del Sistema de Inspección Laboral ha sido incluida en la ejecución de la política pública de Competitividad y productividad establecida en el CONPES 3527.

Cuadro No. 122 Sanciones por Evasión y Elusión

AÑO	SGRP	S. P.
2006	165	728
2007	102	528
2008	234	734
2009	202	1.152
A marzo 2010	43	277
TOTAL	746	3.419

En cuanto a las sanciones por Evasión y Elusión, sobresale la contribución al Sistema de Pensiones, siendo más representativo el año 2009 debido en parte a la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA, para el pago a la seguridad social de los colombianos y también debido a las visitas programas por las Direcciones Territoriales para detectar la evasión y elusión en el SSSI.

5.4.4. Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales

Cuadro No. 122 Resumen de Actividades Direcciones Territoriales

VARIABLES	AÑO				
	2006	2007	2008	2009	Primer trimestre 2010
Atención al Público					
Consultas Verbales	417.368	392.876	393.268	346.010	86.466
Actas Conciliadas	78.668	75.934	73.089	67.843	17.660
Actas no Conciliadas	17.953	16.852	16.905	17.124	4.469
Visitas					
Visitas de Inspección de Carácter General	7.120	6.324	6.390	7.114	1.415
Investigaciones Administrativas					
Investigaciones Administrativas	29.267	51.522	39.552	31.910	7.948
Sanciones					
Sanciones a los Derechos Laborales Individuales	551	670	849	533	64
Sanciones por Violación a la Convención Colectiva	49	29	53	25	10
Sanciones por negativa a Negociar	4	3	10	0	2
Sanciones por atentar contra el Derecho de Asociación Sindical	13	10	9	6	1
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Riesgos Profesionales	165	102	234	202	43
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Pensiones	728	528	734	1152	277
Sanciones por Evasión y Elusión a Parafiscales	92	132	57	33	9
Sanciones por no cumplir con los Requerimientos	1.070	667	429	543	153
Infancia y Adolescencia					
Autorizaciones concedidas a menores	11.017	10.719	9.166	5.759	1.918
Autorizaciones negadas a menores	1.530	2.053	3664	2.747	642
Solicitudes en Estado de Embarazo					
Solicitud de Despido en estado de Embarazo Autorizadas	48	44	55	68	7
Solicitudes de Despido en estado de Embarazo Negadas	78	83	71	86	13
Reglamentos y Registros					
Reglamentos de Trabajo Aprobados	11.726	8.934	5.993	5.281	1.259
Comités Paritarios de Salud y Vigías Ocupacionales registrados	16.198	20.351	18.903	22.153	4.894

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo – Direcciones Territoriales.

6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

6.1. Comportamiento de los recursos del sector salud

6.1.1 Sistema General de Participaciones

6.1.2 Fondos

6.1.2.1 Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga

6.1.2.1.1 Subcuenta Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito

6.1.2.1.2 Subcuenta Promoción y prevención

6.1.2.1.3 Subcuenta de compensación

6.1.2.1.4 Subcuenta de solidaridad

6.1.1.2 Fondo de solidaridad pensional

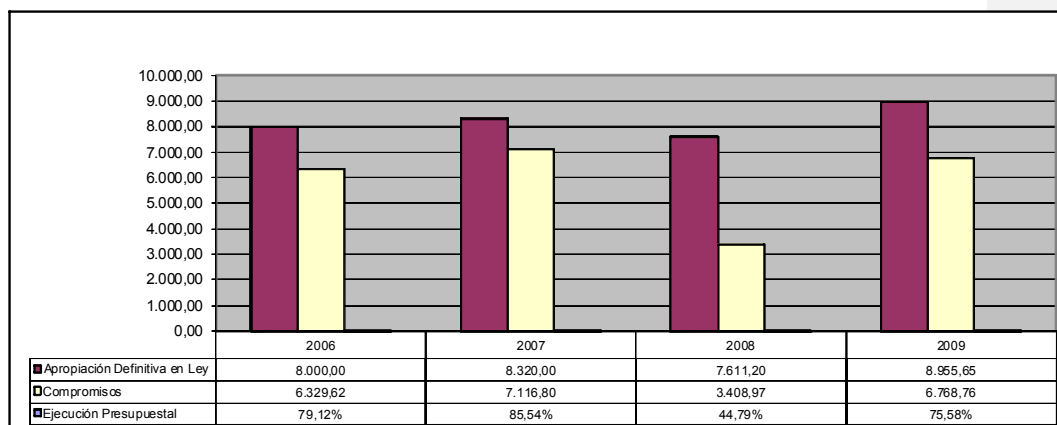
6.1.1.3 Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional

6.1.1.4 Fondo de Riesgos profesionales

Las acciones se enmarcaron en planes y políticas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población colombiana, en el marco de lo establecido en la Ley 776 de 2002. Los ingresos del Fondo, correspondiente al 1% de las cotizaciones hechas en el SGRP, presenta la estructura que se ilustra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 40 Ejecución Presupuestal
2006 – 2009

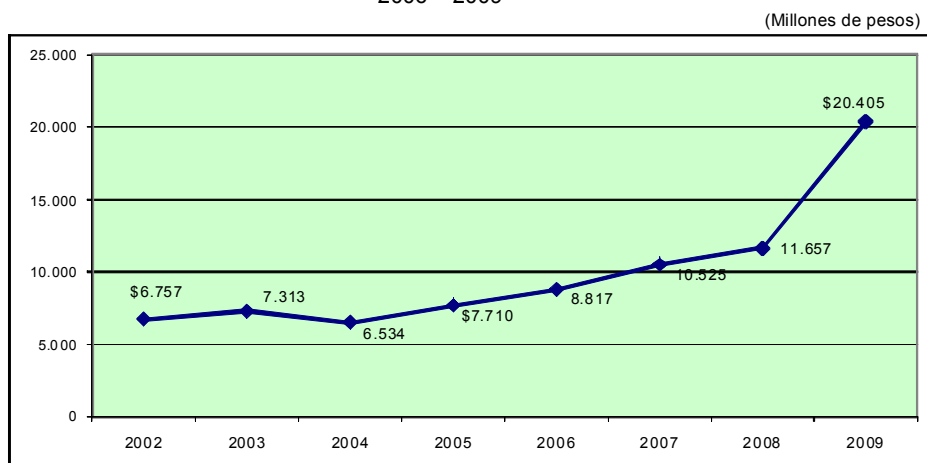
(Millones de pesos)



Fuente: Dirección General de Riesgos

Los Ingresos del Fondo de Riesgos Profesionales pasaron de \$8.817 millones de pesos en el año 2006 a \$20.405 millones de pesos a diciembre de 2010, el saldo neto disponible a marzo de 2010 es de \$72.024 millones de pesos.

Gráfica No. 41 Fondo de Riesgos Profesionales - Ingresos
2006 – 2009



Fuente: Dirección General de Riesgos – Informe Fiduciaria

Las actividades que se realizaron a través del Fondo impactan transversalmente a todos los indicadores del SGRP y están dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población trabajadora.

Multas

Las multas relacionadas en la siguiente tabla, corresponden a las impuestas por el Ministerio de la Protección Social y que forman parte de los ingresos del Fondo de Riesgos Profesionales. Las causales de sanciones de las multas

impartidas son principalmente: Accidente Mortal, Incumplimientos de Normas en Salud Ocupacional y Violación normas del Sistema General de Riesgos Profesionales. En la vigencia 2009 con corte a diciembre 30 se recaudaron la suma de \$865,8 millones.

Cuadro No. 123 Multas en el Sistema General de Riesgos Profesionales

Año	Valor Sanción Cifras en millones
2005	416,5
2006	462,1
2007	553,9
2008	506,4
2009	865,8

Fuente: Fondo de Riesgos Profesionales – Ejecución Presupuestal Fiduprevisora.

6.2 Recobros y fallos de tutela

6.3 Cálculo de UPCc y UPCs

El cálculo de las Unidades de Pago por Capitación, asignada a los regímenes contributivo y subsidiado, UPCc y UPCs respectivamente, ha sido objeto de importantes desarrollos metodológicos. Desde 2004 se inició el estudio anual de suficiencia UPC para lo cual se generó una solicitud de información homogénea a diferentes EPS. Los periodos analizados corresponden al año inmediatamente anterior así:

Cuadro No. 124 Estudios sobre suficiencias de la UPC

Año de Estudio UPC	Periodo analizado
2006	2005
2007	2006
2008	2007
2009	2008
2010	2009 (primer semestre)

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

En lo tocante a la medición de la suficiencia, se pasó del elemental análisis del gasto en salud e ingresos, basados en los estados financieros de las entidades aseguradoras, al estudio de la suficiencia en función de la frecuencia de uso de cada servicio, actividad, procedimiento e intervención y el gasto de cada uno los servicios de salud prestados a la población afiliada, por cada entidad aseguradora. La última incorporación metodológica es el cálculo actuarial que afina aún más la determinación de la magnitud de la Unidad. Lamentablemente, se ha tropezado consistentemente con problemas de calidad y cobertura de datos presentados por las fuentes primarias

Cálculo de la Suficiencia

A partir de esta información se hace una revisión que tiene como objetivo calcular la suficiencia de la UPC y aquellas variables que se relacionan con el gasto como la morbilidad y el uso de los servicios entre otras.

La suficiencia se determina comparando la suma total del valor de los siniestros en salud, amparados en los planes de beneficios, ante las contingencias en salud mas los costos no asumidos por el FOSYGA por concepto de CTC y tutelas, con relación a la suma total de los ingresos recibidos por las mismas por concepto de primas UPC / UPC-S, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención, recobro de pólizas de alto costo).

La evaluación de los mecanismos de ajuste de riesgo se realiza a través del análisis del peso que tienen las variables edad, sexo y zona geográfica en el costo en salud y se compara cómo se comporta el ponderador estimado con ese gasto en salud y el ponderador actual. Los ponderadores por grupo etario y zona estimados se obtienen a través de dos métodos basados en el gasto en salud per cápita:

6.4 Política de alto costo

Los artículos 19 y 25 de la Ley 1122 facultan al Gobierno Nacional para reglamentar el aseguramiento del alto costo y establece que el Ministerio de la Protección Social debe definir medidas para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. Con base en estas facultades, el Gobierno Nacional en cabeza del Presidente de la República, el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, expidió el Decreto 2699 de 2007, en el cual se crea un mecanismo para avanzar en el manejo del alto costo en el SGSSS, que responde a las necesidades identificadas en el análisis anterior.

Dentro el desarrollo de este instrumento se ha identificado que uno de los principales desafíos a superar, para poder dar cabal cumplimiento a los cuatro pilares de la política de alto costo en el sistema, es el de la construcción y sistematización de información de calidad que permita tomar decisiones informadas y diseñar instrumentos de política que permitan avanzar hacia los objetivos planteados. Con el fin de fortalecer la información del sistema frente a las enfermedades de alto costo, y en particular frente a la Enfermedad Renal Crónica como primera enfermedad incluida en la Cuenta de Alto Costo, se ha planteado un mecanismo para hacer un monitoreo constante, sobre información confiable y verídica, tanto de los pacientes que padecen enfermedades de alto costo, como de aquellos que se encuentran en riesgo de desarrollar dichas patologías.

En el caso particular de la Enfermedad Renal Crónica, dicho mecanismo se ha materializado mediante la expedición de la Resolución 4700 de 2008, "Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades

Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo”. Con la información reportada en virtud de la Resolución 4700 de 2008, será posible diseñar mecanismos que promuevan mejores prácticas y que recompensen los mejores resultados en materia de promoción y prevención de las enfermedades de alto costo, en este caso, de la Enfermedad Renal Crónica. En este punto, la base de datos de la CAC que está próxima a consolidarse definitivamente, por parte de las EPS y EOC, representa un salto cualitativo en este sentido ya que permite contar con un registro nacional, validado y auditado, de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Este registro corresponde a la mayoría de población en riesgo de desarrollar la enfermedad de alto costo que es la insuficiencia renal crónica en sus estadios más avanzados, el cual de acuerdo con la Resolución, será de actualización periódica, con validación y auditoría permanente, con el fin de poder monitorear permanentemente dicha información.

6.5 Otros ingresos generados para el sector de la salud

Mediante la Ley 643 de 2001, se creó la Empresa Territorial para la Salud – ETESA- como Empresa Industrial y Comercial del Estado del orden Nacional, con el objeto de explotar los juegos de suerte y azar y autorizar su realización.

Quedó establecido en la citada Ley, que los recursos provenientes de los derechos de explotación fijados para estas actividades, fueran recaudados por ETESA. y transferidos mensualmente a los Departamentos, Distritos y Municipios con destino a los Fondos Locales de Salud, Fondos de Pensiones de Entidades Territoriales –FONPET- y Colciencias.

El Gobierno Nacional, a través del Decreto 175 del 25 de enero de 2010, decidió liquidar esta Entidad.

Financiamiento del Sector de la Protección Social

La Alta Dirección de la Empresa sometió a consideración de la Junta Directiva un Plan Indicativo Cuatrienal 2007-2010 con metas en cuanto a generación de Ingresos, Recaudos y Transferencias, sobre las cuales se registraron los siguientes resultados en el periodo 2006-2009.

Cuadro No. 125 Ejecución de Metas
2006 - 2009.

Millones de pesos

	2.006	2.007	2.008	2.009
GENERACIÓN DE INGRESOS	\$ 172.047	\$ 193.386	\$ 231.340	\$ 250.632
RECAUDO	\$ 158.332	\$ 192.276	\$ 216.872	\$ 222.242
TRANSFERENCIAS	\$ 160.560	\$ 188.496	\$ 209.968	\$ 211.229

Fuente: Etesa. Vicepresidencias

En la evolución de las cifras anteriores se registra una variación 2009/2006 de 45.7% (\$ 78.585 millones) en la Generación de Ingresos, de 40.2% (\$63.610 millones) en el Recaudo y de 31.6% (\$50.609 millones) en las Transferencias.

Llama la atención en relación con las Transferencias, el bajo crecimiento registrado en los dos últimos años de solo \$1.261 millones (0.6%), en tanto que los recaudos lo hicieron en \$5.370 millones (2.5%).

Sobre estas variaciones, las cifras disponibles en la Vicepresidencia Financiera de la Entidad, registraron una disminución de 37% en los rendimientos financieros, de 66% en los juegos Hípicos y Gallísticos, de 53% en la liquidación de aforo (sanciones) y de 88% en Ganagol, anotándose sobre este último juego que no cumplieron con los mínimos requeridos contractualmente.

En el contexto financiero de ETESA durante los dos últimos años, el mayor crecimiento de la generación de ingresos (\$19.292 millones) que corresponde a los producidos históricos o causados, respecto de los recaudos (\$5.370 millones), sugiere ineficacia, en los mecanismos de control, o deficiente programación de actividades con este mismo propósito.

Pero también, este comportamiento también puede estar asociado a reducciones en los establecimientos e instrumentos de juego.

Los montos de las Transferencias en los años 2008 y 2009, fueron los siguientes:

Cuadro No. 126 Transferencia 31 de diciembre de 2009
(Cifras en millones de pesos)

TIPO DE JUEGO (M)	2.008	2.009	Crecimiento/dec recimiento
Rendimientos Financieros	714.6	453.3	-37%
Hípicos y Gallísticos	830.2	279.8	-66%
Liquidación de Aforo	437.5	249.7	-53%
Baloto	68.000.0	67.200.0	-1%
Juego Deportivo Ganagol	5.162.0	1.156.0	-88%

Fuente: Etesa. Vicepresidencia Financiera

3.2 Actividades de Control.

Durante la vigencia 2006-2009, la Entidad generó estrategias de control a los recursos obtenidos por la explotación de los juegos de suerte y azar a través de mecanismos como, la realización de contratos de concesión para los juegos administrados por la entidad, así como acciones de vigilancia de la operación ilegal.

En el cuadro siguiente, se puede observar la evolución de las actividades de control realizadas en el lapso 2008-2009 y el sellamiento o cancelación de la licencia de establecimientos y de instrumentos de juego

Cuadro No. 127 Actividades de control

Años	Visitas de Control	Visitas con Sellamiento	% Efectividad	Máquinas Tragamonedas	Silla de Bingos	Mesas de Casino	Galleras Selladas
2006	3.717	1.498	60%	5.970	3.743	148	0
2007	3.991	1.934	52%	10.280	3.479	87	0
2008	4.904	2.157	56%	6.442	2.175	87	37
2009	1.350	618	54%	2.161	801	40	92
	13.962	6.207	56%	24.853	10.198	362	129

Fuente: Etesa. Vicepresidencia Comercial

Nota: Funcionamiento juego deportivo Gallístico a partir 2008

En el cuadro anterior se evidencia un porcentaje de efectividad promedio de 56% en el periodo 2006-2009, el cual hace referencia, a que se produjeron 6.207 sellamientos de establecimientos de juego, sobre un total de 13.962 visitas de control efectuadas.

El número de instrumentos de juegos de suerte y azar en operación legal, registró reducciones en algunos casos (cifras en rojo), lo que obedece a disminución de los contratos y aumentos en otros, que se relacionan con ampliaciones en los establecimientos legalizados de juegos de suerte y azar.

Cuadro No. 128 Instrumentos de Juegos de Suerte y Azar Operación Legal 2006-2009

Modalidad de Juegos Localizados	No. de Instrumentos DIC. 31 de	No. de Instrumentos DIC. 31 de	% de Variación	No. de Instrumentos Dic. 31 de	No. de Instrumentos Dic. 31 de	% de Variación
	2006	2007		2008	2009	
Maquinas	63.973	64.794	101%	71.637	67.331	94%
Sillas de Bingo	33.645	33.288	99%	33.398	33.808	101%
Juegos de Casino	391	412	105%	539	466	86%
Total instrumentos de juegos	98.009	98.494	100%	105.574	101.605	96%

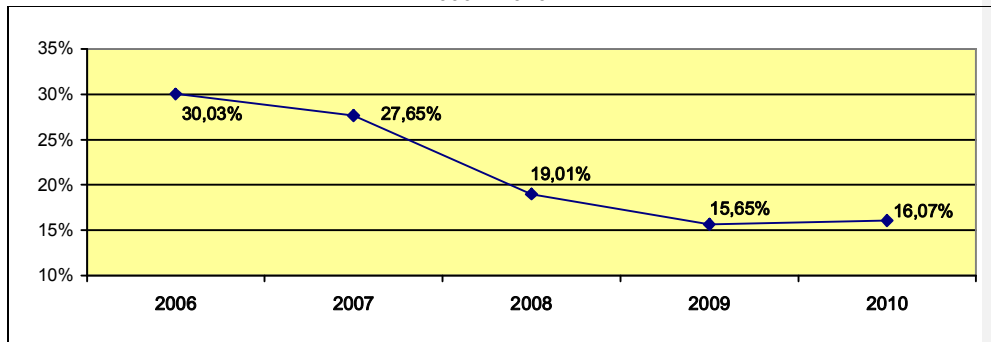
Fuente: Etesa. Vicepresidencia Comercial

6.6 Evasión y elusión al Sistema de Seguridad Social Integral

En el presente cuatrienio 2006 – 2010 el Ministerio de la Protección Social, viene desarrollando una Política Integral para disminuir la evasión y elusión de aportes y el Sistema General de Riesgos Profesionales, alineado a esa política, ha desarrollado tres estrategias que son: Sistema Integrado de Información de la Protección Social, campañas de información y visitas a empresas.

La evasión al Sistema General de Riesgos Profesionales disminuyó al pasar de 30.03% en el período octubre – diciembre de 2006 a 16.07% en el período enero – marzo de 2010.

Gráfica No. 42 Evasión Población Dependiente
2006 – 2010



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales - DANE

7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud

En desarrollo de la función constitucional del Estado de garantizar la prestación adecuada de la seguridad social en salud a la población colombiana, la Superintendencia Nacional de Salud, como órgano superior de Inspección, Vigilancia y Control en el sector salud, realiza actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de evaluar la calidad en la prestación de los servicios y la oportuna generación, flujo y utilización de los recursos que financian el sistema.

7.1.1. Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

Durante el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, sobre el conjunto de entidades que operan los juegos de suerte y azar; producen licores, vinos, aperitivos y cervezas; a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales, se realizaron las siguientes acciones:

Cuadro No. 139 Acciones de IVC Generadores de Recursos
2006 - 2010

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	98	111	163	244
Estudios de Mercados de apuestas permanentes evaluados	4	5	19	14
Estudios de Mercados de apuestas permanentes	3	2	3	2

contratados				
Interventoría a contratos de apuestas permanentes realizadas	3	11	2	2
Visitas inspectivas y auditorías realizadas	52	25	35	26
Planes de desempeño solicitados y evaluados	9	11	13	29
Requerimientos realizados a operadores de juegos UIAF		450	900	920
Estados Financieros analizados de entidades vigiladas	1.520	1.780	2.115	2.328
Sanciones Impuestas a entidades vigiladas	35	43	55	58

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se evidencia en el cuadro anterior, las acciones que en mayor medida ocupan la utilización de los recursos de la Superintendencia se enfocan a garantizar que los recursos generados por los juegos de suerte y azar, correspondan a lo establecido en las normas y que sean transferidos en oportunidad y en la cuantía correspondiente, a los entes encargados de su utilización en el sistema.

Igualmente, es de resaltar que la Superintendencia ha intensificado su exigencia a las entidades vigiladas que operan los juegos de loterías, de apuestas permanentes y demás juegos de suerte y azar, para que cumplan sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como resultado de esta política se ha incrementado la apertura de los investigaciones administrativas, ascendiendo a 616 en el período de julio de 2006 a marzo de 2010 y de sanciones las cuales totalizaron 191 en el mismo período, en contra de las entidades operadoras de lotería y demás juegos de suerte y azar, productores y distribuidores de licores y cervezas, objeto de supervisión y control.

Teniendo en cuenta que las empresas de lotería fueron constituidas con la finalidad de explotar de manera eficiente el monopolio establecido constitucionalmente y, por ende, generar recursos para el sector salud, la Superintendencia continua realizando continuamente el seguimiento a la operación que realizan todas las loterías y a su situación financiera.

Adicionalmente, cada año en cumplimiento con lo establecido en el decreto 3535 de 2005, esta Entidad de control, contrató interventorías a los contratos del Juego de Apuesta permanentes, con el fin de analizar las condiciones de contratación, la adecuación de los contratos al régimen propio del monopolio, la forma como las entidades concedentes manejan los recursos generados por la explotación del juego, la eficiencia y eficacia en el giro de los mismos al sector salud, los costos de administración de dichos recursos; también se contrataron, Estudios de Mercado para proyectar el valor de ventas y transferencias que por concepto de derechos de explotación deberían realizar los concesionarios al sistema, ordenando cuando fue necesario, modificar los contratos, ajustando a las nuevas proyecciones.

De otra parte, la Superintendencia realizó evaluaciones de estudios de mercado para la operación del Juego de Apuestas Permanentes, presentadas por los departamentos a los que se les terminó el contrato de concesión, como

requisito para iniciar los nuevos procesos licitatorios y adjudicar los contratos de operación del Juego de Apuestas Permanentes, para lo siguientes 5 años.

Finalmente, es importante mencionar que sobre el conjunto de entidades que generan y transfieren recursos del IVA cedido de licores, vinos, aperitivos y cervezas, y a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales, se realizaron las acciones especialmente con visitas inspectivas para verificar la correcta liquidación y giro de los recursos cedidos a salud.

Administradores de Recursos de la Salud e IPS

En el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, se realizaron las siguientes acciones de inspección, vigilancia y control a las EAPB e IPS:

Cuadro No. 140 Acciones IVC sobre EAPB, IPS y Entidades Territoriales
Julio 2006 – Marzo 2010

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	524	776	22	40
Conceptos de ampliación de cobertura expedidos	19	22	21	21
Evaluaciones financieras a EAPB	47	62	62	60
Evaluación financiera solicitudes funcionamiento de EAPB	4	5	3	11
Evaluación de Planes Adicionales de Salud	6	5	7	3
Visitas inspectivas y auditorías	47	146	31	641
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	44	43	4	29
Derechos de petición atendidos	551	648	695	768
Reclamos atendidos	1.337	1.518	1.266	4.817
Requerimientos realizados a EAPB	31	43	45	62
Sanciones Impuestas	9	12	15	12

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se observa en el cuadro anterior, la mayor parte de la labor de la Superintendencia se concretó en atender reclamaciones de la red prestadora de servicios de salud por falta de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, lo cual dio como resultado la Apertura de autos de investigación a diferentes EAPB, y requerimientos con solicitudes de explicaciones, a las entidades involucradas.

Igualmente, se dedicó una parte importante de los recursos de la entidad en la verificación y análisis de estados financieros de las EAPB e IPS, a estudios relacionados con ampliaciones de cobertura de afiliación, reglamentos de emisión y colocación de acciones, autorización de planes adicionales de salud, autorizaciones de funcionamiento, reformas estatutarias y fusiones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Adicionalmente, se realizaron visitas de inspección a Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada, entidades aportantes al sistema, entidades territoriales, Fosyga e IPS públicas y privadas.

Mediante Resolución No. 281 de febrero 4 de 2010, se modificó la Resolución No. 724 del 10 de junio de 2008, contentiva del Plan Único de Cuentas para la Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y entidades que administran Planes Adicionales de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda.

7.1.2. Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios

En el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, se realizaron las siguientes acciones con respecto a las entidades de aseguramiento:

Cuadro No. 142 Acciones a Entidades de Aseguramiento

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	187	235	292	1.176
Conceptos de ampliación de cobertura expedidos	11	8	26	56
Modelos del Sistema de Administración de riesgo evaluados			18	20
Verificación y evaluación condiciones habilitación a EAPB	33	42	60	43
Evaluación de Planes Adicionales de Salud	6	5	52	77
Certificados de funcionamiento de EPS emitidos	1	3	1	1
Visitas inspectivas y auditorías	15	68	638	506
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	45	73	642	456
Derechos de petición atendidos	205	249	266	4.971
Reclamos atendidos	1.337	1.518	1.266	4.817
Requerimientos realizados a EAPB	31	43	45	62
Tutelas atendidas	421	546	623	999
Sanciones Impuestas	38	51	62	39

Fuente: Tablero de Control Supersalud

En cumplimiento de las funciones de realizar la inspección, vigilancia y control al aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los casos en que se detectó incumplimiento a la normatividad vigente, por parte de las entidades de aseguramiento, se adelantó la apertura de 1.896 investigaciones administrativas, en el período julio 2006 a marzo de 2010, situación que se muestra en el cuadro anterior. Igualmente cuando se encontró merito suficiente se procedió a expedir resoluciones de sanción, las cuales ascendieron a 190 en el mismo período.

Adicionalmente, se atendieron los derechos de petición y las tutelas presentadas por los usuarios del sistema por deficiencias en la afiliación o autorización de servicios y procedimientos por parte de las EAPB.

De otra parte se evaluaron los modelos del Sistema de Administración de Riesgo en Salud presentados por las EAPB, en cumplimiento con lo dispuesto en la Resolución 1740 de 2008 MPS, emitiendo conjuntamente con la Delegada para la Generación de Recursos las Observaciones pertinentes, según los conceptos entregados por las firmas externas y la visión conjunta establecida entre el MPS y la SNS.

En el período también se realizó el seguimiento, evaluación y verificación de los requisitos legales y técnicos de habilitación de las todas 41 EPS del Régimen Subsidiado.

Mediante contratación y de manera directa se adelantaron 1.227 visitas y auditorías, a las entidades territoriales para realizar IVC a la determinación, identificación y selección de la Focalización de los subsidios en salud y a las EAPB con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

En desarrollo de las funciones de vigilancia en salud pública, se realizó Inspección y evaluación conjunta a entidades departamentales críticas y se ordenó la elaboración e implementación de 1.227 planes de mejoramiento, el 93% en los dos últimos años.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)

En lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se realizaron las siguientes acciones:

Cuadro No. 143 Acciones a Entidades SOGC

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	150	215	239	305
Visitas inspectivas y auditorías	14	104	271	140
Auditorías realizadas a entidades territoriales para verificar cumplimiento de ley de infancia y adolescencia			22	41
Sanciones aplicadas	49	73	101	128
Seguimiento a condiciones de Habilitación de IPS	10	32	68	135
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	56	95	197	40
Seguimiento a red de prestadores de EAPB y DTS	16	19	25	59
Evaluación PAB y P.P. y PAMEC	166	178	192	203
Derechos de petición atendidos	236	482	491	266
Reclamos atendidos	1.241	1.354	1.622	1.753
Requerimientos realizados a EAPB	23	28	32	25
Sanciones Impuestas	37	57	63	75
Tutelas atendidas	481	492	531	623

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Con el fin de verificar el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de las IPS públicas y privadas se realizaron visitas inspectivas y auditorías a estas entidades vigiladas número que se muestra en el cuadro anterior.

Igualmente, se hizo seguimiento al proceso de habilitación de las IPS, el cual es competencia directa de las DTS.

Adicionalmente se realizó la evaluación o visita a las EAPB y Direcciones Territoriales de Salud (DTS), con el fin de hacer seguimiento a la organización y funcionamiento de la red de prestadores de servicios de salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y de las DTS cuando operan

como administradoras de planes de beneficios; en total se realizaron en el cuatrienio 529 visitas, las cuales se intensificaron en los dos últimos años representando el 78%.

Código de Infancia y Adolescencia

A partir del año 2008, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado auditorías de inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales (Departamentales, Distritales y Municipales) con el fin de verificar el cumplimiento en lo referente a salud de la Ley 1098 de 2006 "Ley de Infancia y Adolescencia" y de la mujer en desplazamiento forzado.

A partir de los informes finales de la auditoría de cada entidad territorial visitada, teniendo en cuenta que en mayor o menor medida, no estaban cumpliendo con lo establecido en la Ley 1098 de 2006, se impartieron instrucciones para diseñar e implementar planes de mejoramiento.

7.1.3. Protección al usuario y participación ciudadana

En el período julio de 2006 – marzo de 2010, se realizaron actividades para tendientes a promover la protección al usuario y la participación ciudadana, entre otras las siguientes:

Cuadro No. 144 Acciones protección al usuario y participación ciudadana

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	43	61	70	73
Consultas ciudadanas realizadas	6	18	17	8
Veedurías ciudadanas promovidas	15	11	13	9
Asistentes convocados a las consultas ciudadanas		3.599	2.175	3.825
Visitas inspectivas y auditoría	6	16	115	25
Derechos de petición atendidos	12.098	18.312	26.290	33.977
Reclamos atendidos	491	580	363	534
Usuarios atendidos Centro de Contacto Telefónico	42.982	25.073	35.492	43.529
Requerimientos realizados a EAPB	21	23	31	42
Tutelas atendidas	193	205	296	315
Fallos de tutela con seguimiento			125	585
Sanciones Impuestas	11	15	12	5
Convenios firmados	10	5	7	3
Teleconferencias realizadas	1	5	6	3
Audiencias públicas	22	19	26	25

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Se recibieron y tramitaron 33.977 derechos de petición presentados por los usuarios del sistema, de las cuales 35% fueron escritas, 35% telefónicas, 19% por página web, 11% atención personalizada y 1% en Consultas Ciudadanas; los motivos principales correspondieron a temas de prestación de servicios, aseguramiento y prestaciones económicas.

Con el fin de verificar el cumplimiento por parte de las entidades vigiladas de los fallos de tutela emitidos por los jueces de la República, se realizó el seguimiento en los dos últimos años a 710 fallos contra EAPB o IPS.

Igualmente, en el período considerado, la Superintendencia por intermedio de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, realizó en el período julio 2006 a marzo de 2010 172 auditorías a entidades territoriales con el fin de verificar el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Usuario y la implementación de los procesos de Participación Ciudadana.

Como resultado de las funciones establecidas en el Decreto 1018 de 2007, la Superintendencia, dio apertura a 247 procesos administrativos y expidió 43 resoluciones de sanción, en el mismo período, relacionadas con incumplimiento de requerimientos o presuntas irregularidades en la violación a los derechos en salud de los usuarios del sistema.

Por otra parte, el mecanismo de participación ciudadana, ha sido uno de los principales canales de comunicación de la entidad con las distintas regiones del país. En el período considerado, se realizaron 49 Consultas Ciudadanas en las cuales se escuchó a la comunidad y se recibieron propuestas para mejorar la calidad de la prestación del servicio.

Como uno de los productos de las Consultas Ciudadanas, se promovió el ejercicio del control social. En tal sentido, se propugnó por la conformación de las veedurías ciudadanas. Estas veedurías constituidas, hacen control y seguimiento a los compromisos que se adquirieron en las Consultas Ciudadanas, por los actores involucrados. Sin embargo, muchas de ellas continúan su ejercicio sobre el control de todo el sistema. Con ocasión de las Consultas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se promovieron veedurías ciudadanas, en diferentes municipios del país.

7.1.4. Medidas Especiales

Durante el período considerado se realizaron 37 tomas de posesión de entidades con intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar. El 35% en el último año.

Cuadro No. 145 Intervenciones a Entidades

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tomas de posesión e intervenciones a entidades	4	16	4	13
Visitas inspectivas	3	10	49	13
Derechos de petición atendidos	95	103	127	135
Reclamos atendidos	107	132	153	192
Seguimiento a liquidaciones voluntarias de entidades	25	68	72	81

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se muestra en el cuadro anterior, dentro de las acciones de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, Intervención Técnica Administrativa y Liquidación Voluntaria, que efectuó la Superintendencia, se realizaron en el cuatrienio 75 visitas integrales, de seguimiento y acompañamiento a Entidades Territoriales, Loterías, Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

71.5. Función Conciliatoria y Jurisdiccional

En desarrollo de las facultades jurisdiccionales y de conciliación otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la Ley 1122 de 2007 y el decreto 1018 de 2007, en el período considerado se han alcanzado los siguientes logros:

Cuadro No. 145 Acciones de Conciliación

Descripción	2006-2007*	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Procesos jurisdiccionales de conciliación resueltos	25	275	125	30
Solicitudes de conciliación extrajudicial tramitadas	32	108	1.529	4.943
Audiencias con fines conciliatorios realizadas	51	173	1.429	3.669
Eventos de socialización de la función jurisdiccional realizados	1	5	7	9
Acciones jurisdiccionales tramitadas	5	24	253	553
Jornadas de Conciliación realizadas	3	12	15	19

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se muestra en el cuadro anterior, se resolvieron en el cuatrienio 455 procesos jurisdiccionales solicitados por los usuarios, que incluyen fallo judicial y conciliación judicial.

Adicionalmente, en el período considerado se realizaron 22 eventos de socialización de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, en diferentes ciudades del país.

De otra parte se tramitaron 6.612 solicitudes de conciliación extrajudicial en Bogotá y en las jornadas de conciliación a nivel nacional; para el efecto se realizaron 5.322 audiencias con fines conciliatorios.

7.1.6. Gestión de Apoyo Institucional

Cualificación del Recursos Humano

Logros en materia de cualificación del Recurso Humano de la Superintendencia:

Cuadro No. 146 Capacitación

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Funcionarios capacitados	47	168	201	272

Fuente: Tablero de Control Supersalud

En este desarrollo de la política, mediante la implementación de un Modelo Integrado de Gestión de Recursos Humanos, articulando las políticas, estrategias y las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación de Empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias y el Plan Institucional de Capacitación, en el período, se logró vincular a procesos de capacitación a la totalidad de funcionarios, entre los temas de capacitación se destacan: Especializaciones en Derecho Médico, Auditoría en Salud y Proyectos de Sistemas de Información; Diplomado en Sistemas de Gestión de Calidad, Gestión del Talento Humano por Competencias, Diplomado en Contratación Estatal, Diplomado de Gestión de Inversión Pública, Seminarios de Agenda de Conectividad y Gobierno en Línea, Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos, Jornadas Internacionales de Derecho Penal, Gestión Documental, Servicio al Ciudadano.

Apoyo jurídico

A través de la Oficina Jurídica de la Superintendencia se realizaron las siguientes acciones como apoyo al logro de los procesos misionales de la Superintendencia:

Cuadro No. 147 Tutelas

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tutelas atendidas	1.653	2.921	2.975	3.214
Consultas y derechos de petición atendidos	1.239	1.349	2.348	2.516
Trámites de segunda instancia atendidos	125	132	143	192
Registro entidades economía solidaria especializadas salud	45	152	203	295
Procesos de defensa judicial atendidos	213	286	291	316

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, la recepción y trámite de tutelas ha venido creciendo en los últimos años ascendiendo a 10.763 en el período julio 2006 a marzo 2020. Igual situación presentan los trámites de segunda instancia que alcanzaron 592, en el mismo período.

7.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima

7.2.1. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

Como integrante de la estrategia sectorial asociada al fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, el INVIMA amplió la capacidad institucional asociada al Sistema de Inspección Vigilancia y Control – IVC - posibilitando mayores resultados en cobertura con el fin de generar bienestar a los nacionales y disminuir los factores de riesgo en la Salud Pública. Dentro de este proceso el Instituto tramitó las sanciones que se derivan de las actividades de IVC y adelantó las actuaciones encaminadas al cobro efectivo de las sumas que le adeudan, adelantando las acciones de cobro persuasivo, procesos ejecutivos por jurisdicción coactiva sin intervención judicial.

Los resultados alcanzados en este Cuatrienio en relación con el sistema de inspección, vigilancia y control identificado para el INVIMA son:

Cuadro No. 148 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control

Actividad	Programación Cuatrienio	II-06 I-07		II-07 I-08		II-08 I-09		II-09 I-10 (Marzo)		Total Ejecutado
		PROG	EJEC	PROG	EJEC	PROG	EJEC	PROG	EJEC	
Expedición de registros sanitarios y trámites asociados	A Demanda		41.435		45.945		74.943		48.736	211.059
Expedición de vistos buenos de importación y exportación de los productos de competencia	A Demanda		71.040		78.773		77.727		62.434	289.974
Análisis de Control de Calidad										
• Medicamentos	6.633	1.977	2.764	1.694	1.644	1.542	1.435	1.420	1.223	7.066
• Alimentos	4.305	1.370	1.430	850	926	1.102	1.285	983	898	4.539
Acciones de Inspección, vigilancia y control con visitas de verificación a establecimientos										
• Medicamentos	4.012	832	1.239	992	1.145	1.175	990	1.013	1.019	4.393
• Alimentos	A Demanda		268		3.767		6.519		6.742	17.296
• Plantas de beneficio animal	A Demanda		37		1.121		1.285		898	3.341
• Insumos para la Salud	2.687	603	536	413	417	753	1123	918	1.119	3.185
Peso en Kg de medicamentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.	447.765,8		26.451,69		22.176,97		8.169,26		504.563,72
Valor en (\$) de medicamentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.	6.837.199		151.172		519.827.989		36.096.629		562.912.988
Peso en Kg de alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.	2.873		250.862		432.914		5.041.497		5.728.146
Litros de alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.	1.056		0		118.948		36.975		156.979
Valor en (\$) de insumos y productos varios objeto de medida sanitaria	S.P.	123.662.041		10.304.233		2.708.420		90.402.000		227.076.694
Establecimientos certificados en BMP de medicamentos, con reconocimiento internacional	913	188	213	228	241	266	251	231	191	896
Establecimientos certificados en BMP y HACCP de alimentos con reconocimiento internacional	S.P.		115		57		30		28	230
Establecimientos certificados en NTF con reconocimiento internacional	20	8	0	8	11	3	5	1	0	16

Actividad	Programación Cuatrienio	II-06 I-07		II-07 I-08		II-08 I-09		II-09 I-10 (Marzo)		Total Ejecutado
		PROG	EJEC	PROG	EJEC	PROG	EJEC	PROG	EJEC	
Capacitación y asistencia técnica a Entidades Territoriales										
• Medicamentos	325	55	60	93	139	81	205	96	103	507
• Insumos para la Salud	102	18	14	26	41	36	41	22	0	96
Total actuaciones administrativas procesos sancionatorios	S.P.	4.469		4.345		6.050		6.426		21.290
Total Decisiones y sanciones	S.P.	314		315		404		345		1.378
Total recaudo por multas y sanciones por infringir normas sanitarias	S.P.	952.868.025		1.224.027.165		1.253.820.160		871.864.831		4.302.580.181

Fuente: Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirecciones Misionales
S.P. Sin Programación

7.2.2. Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización

Como agencia sanitaria responsable de impulsar y dirigir las funciones públicas de control de calidad y vigilancia con el fin de elevar el status sanitario del país, el INVIMA desarrolló actividades para promover el Modelo de Vigilancia y Control tendientes a garantizar la calidad, seguridad y desempeño de los medicamentos, alimentos e insumos para la salud a partir de la identificación, evaluación y gestión del riesgo de los eventos que puedan poner en peligro la salud e integridad de los consumidores y usuarios a nivel nacional.

7.2.2.1. Programa Nacional DeMuestra la Calidad

A través de los laboratorios de referencia del INVIMA y con el acompañamiento de las Universidades Nacional de Colombia, Antioquia, Atlántico y Cartagena - Centros de Análisis - se conformó el equipo técnico-administrativo para el Programa Nacional Demuestra la Calidad con el objeto de realizar la evaluación posterior a la expedición del registro sanitario, a un conjunto de medicamentos de alto consumo y relevancia clínica analizando lo referente a rótulos, características de composición, disolución y condiciones de almacenamiento en distribuidores mayoristas y depósitos.

Desde el 2006 a la fecha se analizaron de 73 principios activos, 53 genéricos y 20 innovadores o de marca. Los análisis incluyeron principios correspondientes a diferentes Grupos Farmacológicos de alto impacto por su consumo a nivel de nacional, entre los cuales se pueden mencionar: Antibióticos, Anticoagulantes, Antiretrovirales, Antihipertensivos, Hipolipemiantes, Antihistaminicos, Inmunosupresores, Cardiovasculares, hipoglicemiantes, Anticonvulsivantes, Anticonceptivos, Corticoesteroides. Los resultados del Programa en el periodo que se reporta son:

Cuadro No. 149 Programa DeMuestras la Calidad de Medicamentos

ACTIVIDADES AÑO	2006	2007	2008	2009	2010
Numero de Centros de Análisis	4	4	3	4	4
Numero de Principios Activos Analizados	15	11	5	20	22
Muestras Analizadas	818	475	153	619	461 (programadas)
Formas Farmacéuticas Incluidas	Sólidos No Estériles	Semisólidos Y Aerosoles No Estériles, Soluciones Y Polvos Estériles	Sólidos no estériles	Sólidos, líquidos y semisólidos no estériles. Y líquidos y sólidos estériles	Sólidos, líquidos y semisólidos no estériles. Y líquidos y sólidos estériles
Muestras Interlaboratorios	Captopril Tabletas	Nifedipino Cápsulas	Diclofenaco Tabletas	Prednisolona Tabletas y Furosemida Tabletas	Enalapril tabletas
% de Muestras con resultados No Conforme confirmados por el Laboratorio del INVIMA	6,90%	2,7	4,6	3,30%	Programa en Desarrollo
Medida Sanitaria de Seguridad o retiro No. de Muestras con resultado No Conforme	40	13	7	Pendiente (Aún no se han tomado las acciones hasta la finalización de los análisis)	Programa en Desarrollo

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Nota: La operación logística de este programa identifica al primer trimestre de cada año como el periodo para suscribir los acuerdos con los Centros de Análisis – CA - y la planeación del muestreo; en el segundo y tercer trimestre se inicia la etapa de muestreo y análisis por parte de los CA con la generación de reportes y en el cuarto, el Laboratorio de Medicamentos del INVIMA analiza las muestras que dieron resultado NO CONFORME; como cierre de esta operación, el primer trimestre de cada año se cierra la etapa de análisis de contramuestra, aplicando la metodología de análisis usada por el fabricante, y muestras de retención por parte del INVIMA.

Para el conjunto de los periodos reportados, los resultados del Programa permiten establecer que los medicamentos que se consumen en el país cumplen con las condiciones de calidad requeridas en términos de efectividad y seguridad; de igual forma que las acciones de IVC para productores y comercializadores así como las certificaciones de calidad emitidas reflejan el nivel del estatus sanitario alcanzado por el país, en lo que a medicamentos se refiere. En 2009, este Programa obtuvo el máximo puntaje que otorga la Organización Panamericana de la Salud señalando al programa como sólido, confiable y que permite proyectar la inclusión de otro tipo de productos que tienen incidencia en la salud humana.

7.2.2.2. Programa de Farmacovigilancia

Dentro del Modelo de Vigilancia y Control, el Programa de Farmacovigilancia avanzó en el desarrollo del modelo de vigilancia postcomercialización diseñado para medicamentos con el objeto de preservar la salud en lo relacionado con la exposición de la población a riesgos relacionados con los mismos y la manera como el Instituto establece las acciones pertinentes. Los resultados del Programa en este periodo son:

Cuadro No. 149 Programa Nacional de Farmacovigilancia

ACTIVIDAD	II-06 I-07	II-07 I-08	II-08 I-09	II-09 I-10
Ingreso de reportes a la Base de datos SIVICOS	4.129	8.482	8.568	5.763
Visitas de seguimiento y acompañamiento del Programa	68	210	242	127
Capacitación y asistencia Técnica	0	62	132	20
No. Integrantes en la Red	105	127	186	213
IPS	62	92	149	157
No. Industrias Farmacéuticas	43	35	37	56
Reacciones adversas enviadas a Uppsala	1.400	900	3.707	2.516
Informes de seguridad Emitidos/Alertas	3	9	16	36
Boletines de Farmacovigilancia	3	3	2	1

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Las acciones gestionadas por el Instituto en respuesta a los informes de seguridad y alertas fueron:

Cuadro No. 150 Programa Nacional de Farmacovigilancia

Medicamento	Gestión del Riesgo Programa de Farmacovigilancia
Antigripales	Retirar del mercado los productos que contengan antitusivos o asociaciones de antitusivos con vasoconstrictores (descongestionantes) y/o antihistamínicos o asociaciones de descongestionantes con antihistamínicos y analgésicos o analgésicos con antihistamínicos destinados a manejo sintomático del resfriado común en niños menores de 2 años.
Lumiracoxib	Suspensión comercialización y uso
Rimonabant	Suspensión de la comercialización
Toxina Botulínica tipo A	Incluir en la información para prescribir el producto, el riesgo potencial de reacciones adversas referidas como una posible propagación distante de la toxina
Micofenolato	Incluir en la Información para prescribir del producto la nueva información de seguridad como: leucoencefalopatía multifocal y linfomas.
Fenoverina	Llamado a revisión de oficio, para evaluar el retiro del producto del mercado.
Codeína	Incluir en insertos e Información prescriptiva de los productos, el riesgo de adicción a esta sustancia, su uso debe ser restringido a las instrucciones del médico tratante.
Acido Salicílico	Contraindicado su uso en menores de 16 años.
Metoclopramida	Resaltar en los insertos y en la información para prescribir el riesgo de diskinesia tardía con el uso prolongado
Bupropión/Vareniclina	Incluir la información relacionada con las alteraciones neuropsiquiátricas, en los insertos e información prescriptiva
Inhibidores de los Leucotrienos	Actualizar las contraindicaciones y advertencias sobre los eventos relacionados: agitación, agresión, ansiedad, sueños anormales y alucinaciones, depresión, insomnio, irritabilidad, desasosiego, pensamientos y comportamientos suicidas incluyendo suicidio y temblor.
Etravina	Incluir los efectos como lesiones severas en piel como Steve Johnson, necrosis epidérmica tóxica y eritema multiforme, en advertencias, contraindicaciones y reacciones adversas de la Información para prescribir y de los insertos del producto.
Prometazina	Se deben actualizar las contraindicaciones y advertencias de etiquetas, insertos e información para prescribir, en el sentido que el uso de este medicamento por vía intravenosa o subcutánea pone en riesgo a los pacientes, dada la alta probabilidad de desarrollar daño tisular severo que incluye gangrena y requiere amputación.

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

7.2.2.3. Programa de Tecnovigilancia

El Programa Nacional de Tecnovigilancia identifica, evalúa y gestiona los problemas de seguridad y desempeño de los dispositivos médicos una vez salen al mercado con el fin de establecer mecanismos para reducir el riesgo de eventos adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el territorio nacional. De igual forma el Programa incentiva la articulación de los niveles nacional, departamental y local, junto con la academia, en la Red Nacional de Tecnovigilancia. Actualmente la Red cuenta con 1.172 inscritos representados en entidades prestadoras de salud, profesionales del área de la salud, importadores y fabricantes. Durante el cuatrienio 2006 - 2010, se tramitaron 1.716 reportes. En materia de capacitación y asistencia técnica a importadores, fabricantes y entidades territoriales ejecutadas en el último año se realizaron 183 jornadas de capacitación para un total de 3.379 asistentes.

Tecnologías de Señalización de Medicamentos

Frente a la lucha contra el contrabando, la falsificación y fraudulencia de medicamentos, en 2009 se conformó un Comité Técnico al interior del INVIMA y se firmó un convenio con la Universidad Nacional para desarrollar actividades tendientes a controlar la falsificación, adulteración y el contrabando, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1122 de 2007. De otra parte, con la participación de la DIAN, POLFA, POLICIA, FISCALIA, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, se definieron acciones en el marco de la mesa de trabajo contra el contrabando y la ilegalidad de medicamentos así como con el proyecto de lucha contra la falsificación y la usurpación de marcas, tendientes a desarrollar estrategias efectivas contra la ilegalidad de estos productos. Como ampliación de este tema en Suramérica, el INVIMA participó en la operación JUPITER V, con el fin de generar de un plan de trabajo conjunto para luchar contra el contrabando y la falsificación de los medicamentos en la región.

Buenas Prácticas Clínicas

A partir de la expedición de la Resolución 2378 del 27 de junio de 2008, por medio de la cual se adoptaron oficialmente y con carácter obligatorio las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos en Colombia, las actividades realizadas en este Programa son:

Tabla No. 151 Actividades Realizadas Buenas Prácticas Clínicas

ACTIVIDAD	II-08 I-09		II-09 I-10 Marzo	
	PROG	EJEC	PROG	EJEC
Planes graduales de cumplimiento	SP	216	NA	NA
Identificación Población sujetas a verificación	SP	158	NA	NA
Población objetivo sujeto de Certificación	SP	144	NA	NA
Visitas de Seguimiento al cumplimiento al plan de implementación de BPC	33	37	59	42
Jornadas de capacitaciones en BPC	4	5	10	11
No. de participantes en las jornadas de	SP	250	SP	796

capacitación				
No. de instituciones inscritas ante el INVIMA que cumplen con el Pre-Requisito para la Certificación	SP	144	SP	NA
% de Instituciones que cumplen con el Pre-Requisito para la Certificación (IPS certificadas en el Sistema Único de Habilitación)	NA	67%	NA	NA
% de Instituciones que no cumplen con el Pre-Requisito	NA	27%	NA	NA
% de Instituciones objeto de verificación como componentes para la Certificación (Laboratorios y Comités de Ética)	NA	6%	NA	NA

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

SP: Sin Programación - **NA:** No Aplica

Vigilancia Epidemiológica en Alimentos

Durante el periodo reportado, el INVIMA creó el programa de Vigilancia Epidemiológica de Alimentos y Bebidas Alcohólicas con el propósito de identificar los factores de riesgo que pueden alterar la inocuidad de los alimentos, evaluar el impacto y frecuencia de estos riesgos en la salud de los consumidores, con el fin de tomar las medidas necesarias para controlar las causas de las enfermedades por transmisión alimentaria, evitar su recurrencia y direccionar los programas de control hacia la calidad, seguridad, eficacia de estos productos en lo relacionado con materias primas, procesamiento, producción y distribución. En este sentido, el INVIMA diseñó y validó los instructivos dirigidos a los establecimientos procesadores, con el fin de atender los eventos epidemiológicos relacionados con las ETAs así como con las alertas nacionales e internacionales.

7.2.3. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – INVIMA

De acuerdo a las competencias asignadas en la Ley 1122 de 2007, el INVIMA desarrolló actividades enfocadas al fortalecimiento institucional así como al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

7.2.3.1. Inspección, Vigilancia y Control sobre establecimientos fabricantes de alimentos y sus productos

En el proceso de transición de competencias, se establece como punto de referencia estimado un universo de 50.000 establecimientos en el territorio nacional. En el transcurso del cuatrienio se avanzó de manera estratégica en el direccionamiento de las acciones de IVC con base al enfoque de riesgo y priorización de la inspección con el fin de construir un historial del grado de cumplimiento y observancia de la normatividad aplicable, por parte de los establecimientos. En este sentido, los Grupos de Trabajo Territorial fortalecieron las actividades de IVC para lograr un aumento en la cobertura y mejorar el

estatus sanitario. Los resultados de esta actividad entre Julio de 2007 a Marzo de 2010 son:

Cuadro No.152 Consolidado Visitas de IVC y MSS en Alimentos realizadas por los Grupos de Trabajo Territorial (GTT)

GTT	II-06	I-07	II-07		I-08		II-08		I-09		II-09		I-10	
	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS
Costa Caribe 1	N A		424	9	521	89	720	19						
Costa Caribe 2	N A		400	16	661	73	1866	147						
Centro Oriente 1	N A		272	61	704	52	806	34						
Centro Oriente 2	N A		1.059	159	1.746	177	445	16						
Centro Oriente 3	N A		304	41	710	80	654	28						
Occidente 1	N A		603	100	858	126	820	39						
Occidente 2	N A		384	60	600	65	720	29						
Orinoquía	N A		321	77	719	155	685	79						
Eje Cafetero	N A		--	--	--	--	26	3						
TOTAL			3.767	523	6.519	817	6.742	394						

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

NA: No Aplica

7.2.3.2. Inspección y Certificación de Alimentos y Materias Primas e Insumos en Sitios de Control en Primera Barrera

Para dar cumplimiento a las funciones asignadas, se conformó en 2008, el grupo de control en primera barrera de alimentos y materias primas e insumos ubicado en puertos marítimos y fluviales, aeropuertos internacionales y pasos fronterizos para controlar las importaciones y exportaciones de estos productos. Adicional a este proceso, se adelantaron actividades coordinadas con agencias del orden público nacional con el fin de avanzar en el desarrollo de estrategias que permitan la implementación del mandato de inspección simultánea. En 2009, se adoptó el manual de inspección simultánea módulo de exportaciones sitios de control en primera barrera; se inició el desarrollo del proyecto del Modelo de Optimización del Sistema de Información de Inspección física Simultánea de mercancías – régimen de exportación, el cual se encuentra en la etapa de diseño, en 2010 se preparó la versión del manual módulo exportaciones para aeropuertos y pasos de frontera y la entrada en operación del Modelo de Optimización.

De otra parte, la Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas participó en la implementación de los Centros Binacionales de Atención en Frontera (CEBAF) de Rumichaca en el marco de la Decisión 502 de la CAN, norma que busca evitar la duplicidad en los procedimientos que generen demoras en los trámites de importación y exportación.

Los resultados de la inspección y certificación de alimentos y materias primas e insumos en Sitios de Control en Primera Barrera entre julio de 2007 a marzo de 2010 son:

Cuadro No. 153 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en Primera Barrera

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	II-06	I-07	II-07	I-08	II-08	I-09	II-09	I-10
Inspección y Certificación de Alimentos Importados	Certificados de Inspección sanitaria para nacionalización	NA		18940		28607		23141	
Inspección y Certificación de Alimentos Exportados	Certificados de Inspección sanitaria para exportación	NA		10785		13850		6466	
Toma de muestras	# de Muestras	NA		1060		2170		2974	
Recaudo por tarifas de inspección y certificación de Importaciones y Exportaciones	Peso colombiano	NA		\$ 3.502.951.738		\$ 5.068.460.616		\$ 3.745.558.641	

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas
NA: No Aplica

7.2.3.3. Inspección, Vigilancia y Control en Plantas de Beneficio Animal

A partir de 2007 se conformó el Grupo del Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de Carne y Derivados, el cual tiene como objetivo la coordinación del diseño, desarrollo y ejecución de proyectos y acciones de Inspección, Vigilancia y Control en las plantas de beneficio de animales de abasto público, desposte, desprese y derivados cárnicos. De igual forma se han aplicado estrategias que buscan prevenir y controlar los riesgos sanitarios que puedan afectar la cadena agroalimentaria “De la Granja a la Mesa”.

En este sentido, el Instituto ha desarrollado actividades de IVC basadas en visitas; Inspección Permanente a las plantas de beneficio con clasificación I y II, en inspección rotativa en aquellas plantas que por sus características en volumen generan impacto en la salud pública de las regiones. Adicional a lo anterior, se realizaron actividades encaminadas al fortalecimiento de las acciones de IVC en las plantas de beneficio ubicadas en zonas de frontera, asegurando que el 100% de los animales sacrificados en estas regiones, sean dictaminados como aptos para el consumo humano. Los resultados son.

Cuadro No. 154 Consolidado Visitas Realizadas en Plantas de Beneficio por especie

ESPECIE	II-06	I-07	II-07	I-08	II-08	I-09	II-09	I-10
	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS
Aves		NA	112	41	129	35	312	6
Bovinos		NA	613	176	633	166	653	39
Caprinos		NA	5	3	3	3	0	0
Desposte		NA	22	0	11	1	1	0
Equino		NA	5	3	7	2	3	0
Mixto		NA	23	6	19	3	29	3
Porcino		NA	347	105	179	51	158	8
Otro		NA	0	0	5	0	2	0
TOTAL			1.127	334	986	261	1.158	56

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas
NA: No Aplica

La aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias tiene como principales causas las siguientes: El establecimiento no garantiza el suministro de agua potable durante los procesos de sacrificio y faenado de animales, las actividades de sacrificio son realizadas en el piso, el establecimiento carece de las aéreas, equipos y utensilios mínimos necesarios para estos dos procesos y se ejercen malas prácticas higiénico sanitarias.

7.2.3.4. Capacitación a la comunidad, Industria y Gremios

Para garantizar una adecuada adopción de las nuevas exigencias producto de los procesos de actualización normativa, el INVIMA desarrolló actividades de capacitación a la comunidad, industria y gremios, con el fin de dar a conocer las disposiciones específicas asociadas al Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, teniendo como resultados, los siguientes:

TABLA No. 155 Jornadas de Capacitación en el Tema Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias

TEMA	II-06		I-07		II-07		I-08		II-08		I-09		II-09		I-10	
	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes	No. Jornadas	No. Asistentes		
Lineamientos para la presentación y evaluación de planes de reconversión de leche cruda y leche cruda enfriada		NA	0	0	6	355	10	650								
Proceso de inscripción de trapiches paneleros		NA	0	0	63	4.419	0	0								
Rotulado general y nutricional de alimentos		NA	0	0	6	456	8	200								
Publicidad de alimentos y bebidas alcohólicas		NA	0	0	0	0	6	71								
Seminario de introducción a los OGM		NA	0	0	0	0	1	50								
ETAS transmitidas por leche y derivados lácteos		NA	0	0	0	0	1	100								
Rotulado general de productos importados		NA	0	0	0	0	1	20								
Programas de asistencia técnica, sanitaria y ambiental		NA	9	1.143	0	0	0	0								
TOTAL			9	1.143	75	5.230	27	1.091								

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas

Alcohólicas

NA: No Aplica

7.2.3.5. Actividades de gestión de admisibilidad sanitaria para activar el acceso de los alimentos a mercados internacionales

A partir de la Ley 1122 de 2007, el Instituto tiene la responsabilidad de representar a Colombia ante los organismos de referencia internacional y las autoridades sanitarias homologas de terceros países, con el objeto de avanzar en los procesos de admisibilidad sanitaria orientados a lograr el acceso de

nuestros productos en mercados internacionales. Con la organización de los procesos de Inspección, Vigilancia y Control en el sector productivo nacional, se inicia la labor de gestión en admisibilidad sanitaria obteniendo los siguientes avances:

Cuadro No. 156 Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Julio - Diciembre 2008 Enero - Junio 2009

País	Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Venezuela	Admisibilidad para exportar carne pollo a partir de la habilitación de 8 plantas de beneficio.
Rusia	Habilitación de 12 establecimientos: 1 para productos de la pesca, 7 para carne de la especie bovina y 4 de la especie aves de corral.
México	Habilitación para exportación de 13 plantas procesadoras de leche y derivados lácteos.
Perú	Habilitación de 7 plantas de beneficio y desposte de la especie bovina, 5 plantas de procesamiento de leche y derivados lácteos y 2 establecimientos productores de gelatina.
Perú	Aprobación de 2 certificados para exportación requeridos por este país para acompañar los cargamentos de carne de la especie bovina, de leche y productos lácteos.
Unión Europea	Mantenimiento del mercado de exportación para productos de la pesca representado en 17 establecimientos colombianos habilitados.
Brasil	Autorización de 2 establecimientos para exportación de productos de la pesca

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

Cuadro No. 157 Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Julio - Diciembre 2009 Enero – Marzo 2010

País	Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Chile	Autorización de 10 plantas procesadoras de leche y derivados lácteos colombianas por el Servicio Agrícola y Ganadero.
Rusia	Autorización de 7 plantas de beneficio de la especie bovina y 4 de aves de corral colombianas para exportar por el servicio Veterinario. (Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación).
	Autorización de 1 planta de procesamiento de productos de la pesca colombiana por el servicio Veterinario. (Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación).
Perú	Autorización de 7 plantas procesadoras de leche y productos lácteos colombianas por el Servicio Veterinario. El INVIMA está a la espera de los requisitos sanitarios para la definición del certificado de exportación.
	Autorización de 7 plantas de beneficio y desposte para exportación por parte de el SENASA
	Autorización de 5 plantas de procesamiento de leche y derivados lácteos para exportación por el SENASA. Modelo de certificado sanitario para la exportación acordado.
Brasil	Autorización de 2 plantas colombianas productoras de gelatina.
Brasil	Autorización de 2 plantas procesadoras de productos de la pesca colombianas para exportar sus productos por parte del Departamento de Productos de Origen Animal
Egipto	El Ministerio de Agricultura de Egipto autorizó 3 plantas de beneficio colombianas para exportar sus productos a este país. Se esta acordando el modelo de certificado sanitario a emplear.

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

De manera complementaria para el fortalecimiento del Sistema nacional de medidas sanitarias y fitosanitarias, se elaboraron normas y reglamentos técnicos, así como la formulación de proyectos para ejecución de los CONPES sanitarios 3375 y 3376 correspondientes a: "Política Nacional de sanidad

agropecuaria e inocuidad de alimentos SMSF”, y Política Sanitaria de inocuidad para las cadenas de carne bovina y leches”; adicionalmente se participó en la formulación de los CONPES porcícola (3458), hortifrutícola (3514), avícola (3468) y la política nacional de calidad (Conpes CONPES 3446).

En el año 2007, a fin de garantizar la ejecución de las acciones de vigilancia por laboratorio y fortalecer los laboratorios de Salud Pública Departamentales, el MPS realizó transferencias, distribuidas así: en el 2007 por \$16.057 millones, en el 2008 por \$12.415 millones, y en el 2009 por \$5.000 millones de pesos más \$1.250 millones para fortalecer la vigilancia de la calidad del agua potable.

En el 2007, para fortalecer las acciones de implementación y seguimiento del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias el MPS amplió la planta de personal con seis (6) nuevos cargos y se participó en la formulación de una propuesta para establecer el marco comunitario andino en inocuidad de alimentos.

De otra parte, se elaboró y ajustaron los manuales para fortalecer la Inspección, Vigilancia y Control Sanitario en: Leches y derivados; Carnes y derivados cárnicos; Plazas de mercado y restaurantes; Productos de la pesca; Huevos; y Trazabilidad. Adicionalmente, el MPS viene participando activamente en la Comisión Intersectorial MSF; Modelo MSF y Comités de Codex.

7.3. Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen

7.3.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

Actualmente el Fondo Nacional de Estupefacientes ejerce fiscalización sobre 335 sustancias, incluyendo 257 sustancias de listas de control internacional, dentro de las que se encuentran estupefacientes tales como Morfina, Meperidina y Fentanil; psicotrópicos como: Alprazolam, Lorazepam y Metilfenidato; precursores como: Pseudoefedrina, Ergotamina y Piperonal; y listas de orden nacional con 80 sustancias, entre las que se encuentran el Tramadol, Amitriptilina y Haloperidol.

Con el fin de fortalecer la inspección, vigilancia y control de las materias primas sometidas a fiscalización nacional e internacional, la Unidad adelantó jornadas de capacitación en cinco zonas de frontera, Arauca, Cúcuta, Riohacha, Ipiales y Leticia, cinco Puertos Tumaco, Buenaventura, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla y una zona franca, la de Bogotá, con los entes que a nivel regional manejan el tema de comercio exterior tanto del orden estatal como privado.

Se brindó capacitación a nivel nacional donde se hicieron presentes autoridades civiles y militares de entidades públicas tales como: Policía de Carreteras, Secretaría de Tránsito, Policía Judicial, Instituto Departamental de Salud, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, trabajando en la

necesidad de realizar acciones mancomunadas y continuas que permitan fortalecer los controles sobre este tipo de sustancias para evitar su posible desvío a canales ilícitos.

Por otra parte, concientes de la importancia que genera para la salud pública una adecuada prescripción de medicamentos de control especial, el FNE extendió a nivel nacional, el Proyecto Piloto ejecutado en Bogotá sobre "Prescripción responsable de Medicamentos de Control encaminado a fortalecer los controles y fiscalización de los Medicamentos de Control Especial".

De otra parte, en el 2008 con apoyo del Ministerio de la Protección Social se realizó el formato para la divulgación a través de la Televisión, con el muñeco TAL CUAL, del programa del Boletín del Consumidor, una propaganda con el fin de informar a la comunidad en general acerca del uso racional y adecuado de los medicamentos de control especial.

Con el fin de contrarrestar el desvío a canales ilícitos de los medicamentos veterinarios, se realizó un trabajo articulado con el Consejo Nacional de Medicina Veterinaria y Zootecnia de Colombia (COMVEZCOL) y el Instituto Colombiano de Agropecuario (ICA) para catalogar los medicamentos con mayor potencial de abuso como de control especial, para así ejercer una mayor inspección, vigilancia y control sobre los mismos, a través de las normas que para tal fin existen, catalogando nueve medicamentos como de control especial de uso veterinario. De otra parte se desarrollaron acciones de capacitación sobre el manejo de los recién catalogados medicamentos de control especial de uso veterinario a profesionales Médicos Veterinarios, Zootecnistas y distribuidores.

Se realizaron 1.173 auditorías a laboratorios farmacéuticos, establecimientos farmacéuticos mayoristas (depósitos de drogas), minoristas (farmacias – droguerías), e instituciones prestadoras de servicios de salud entre otros, que han permitido el fortalecimiento de la imagen institucional.

Se realizó depuración y actualización del listado de productos para establecer el listado vigente de medicamentos de control especial que se encuentran en el mercado colombiano de uso humano. Actualmente se encuentran catalogados 57 medicamentos como de control especial de la industria farmacéutica y 22 medicamentos monopolio del Estado.

En la vigencia 2007 se inicio la campaña contra la piratería y contrabando de medicamentos de control especial de uso veterinario en un trabajo que se viene desarrollando en conjunto con la Asociación Nacional de Laboratorios de Productos Veterinarios – APROVET y la colaboración de entidades como la DIAN, Policía Nacional, ICA y COMVEZCOL.

La campaña fue lanzada en el evento de AGROEXPO 2007 y se ha venido divulgando a través de las principales ciudades del país con la entrega de

volantes donde se invita a la población a rechazar y denunciar el mercado negro, adulteraciones, falsificaciones y contrabando de los medicamentos veterinarios.

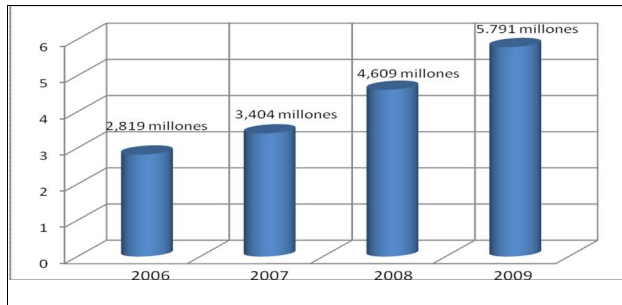
De otra parte, y preocupados por el incremento en el uso de la materia prima Zolpidem en el país, se llevó a cabo el estudio médico científico de la viabilidad de incluir el medicamento zolpidem (como producto terminado) a control especial FRANJA VIOLETA ya que dicha sustancia y sus sales están sometidas a fiscalización por estar incluidas en la “Lista Verde” de sustancias psicotrópicas, sin embargo, el medicamento como producto terminado no está sometido a fiscalización en Colombia.

En este sentido el Fondo remitió concepto técnico para la inclusión del medicamento zolpidem como de control especial franja violeta, a la Comisión Revisora de Medicamentos del INVIMA, la cual mediante Acta No. 02 de febrero 3 de 2010, recomienda incluir los medicamentos que contengan el principio activo zolpidem, como medicamento de control especial y prescripción bajo fórmula médica en el recetario Oficial expedido por el estado colombiano.

El Fondo Nacional de Estupefacientes, durante el cuatrienio ha garantizado en un 100% la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos monopolio del Estado, evitando así problemas de salud pública que se podrían generar ante la falta de los mismos. De esta forma los pacientes han podido contar con los medicamentos monopolio del Estado de acuerdo con el diagnóstico: opioides, tales como morfina, hidromorfona, meperidina y metadona (tratamiento del dolor agudo o severo por cáncer, SIDA, u otras enfermedades crónicas y algunos con fines anestésicos), anticonvulsivantes, como fenobarbital y primidona (tratamiento de la epilepsia) y estimulantes del sistema nervioso central como el metilfenidato (tratamiento de la hiperactividad).

Uno de los mayores logros fue conseguir que en todos los departamentos del territorio nacional se contara con existencias de los medicamentos monopolio, a través de la suscripción de convenios interadministrativos que habilita a los entes territoriales a recibir durante todo el año los medicamentos según sus necesidades.

Gráfico No. 45 Gastos de adquisición de medicamentos monopolio del estado



Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes

Se realizó una adecuada inspección sobre las ventas de medicamentos monopolio y se fortaleció la cadena de distribución y dispensación de los mismos, haciendo especial énfasis en el horario 24 horas, 7 días a la semana a nivel nacional.

Como consecuencia del trabajo que se ha venido adelantando con el Comité Asesor de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos ha propuesto a Colombia como referente en materia de disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos opioides para el tratamiento del dolor. En tal sentido, esta Unidad ha participado a nivel internacional en eventos que le han permitido exponer sus avances en la materia y que han sido de especial interés en otros países de la Región y por parte de organismos internacionales como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Organización Mundial de Salud, y la Organización Panamericana de la Salud, así como entidades regulatorias de Países Latinoamericanos. En los informes anuales de la JIFE para la vigencia 2008 se reconocen los esfuerzos realizados por Colombia para facilitar el acceso de los pacientes a medicamentos esenciales para el alivio del dolor y en la vigencia 2009 se hace referencia a su disponibilidad permanente en el país.

Para garantizar las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel nacional, así como la disponibilidad de medicamentos a nivel territorial se han fortalecido los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, a través de asistencia técnica, capacitaciones, convenios interadministrativos, material didáctico y de apoyo e intercambio de información a nivel nacional que ha permitido optimizar su funcionamiento.

Igualmente, durante el año 2008, mediante Resolución 102 de marzo de 2008, se crearon e instalaron siete Comités Regionales de Inspección, Vigilancia y Control, con el fin de que a través de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, gobernaciones y alcaldías se implementen acciones que permitan garantizar el manejo adecuado de sustancias y medicamentos de control especial, así:

- Oriente: conformada por los departamentos de Arauca, Cesar, Santander y Norte de Santander.

- Caribe: conformada por los departamentos de Guajira, Atlántico, Magdalena, Bolívar, San Andrés, Sucre y Córdoba.
- Antioquía: conformada por los departamentos de Chocó y Antioquia.
- Pacífica: conformada por los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.
- Andina: conformado por los departamentos de Huila, Tolima, Cundinamarca, Boyacá, y Caquetá.
- Cafetera: conformado por los departamentos de Cardas, Quindío y Risaralda.
- Llanos: conformado por los departamentos de Meta, Casanare, Vichada, Guaviare, Guainía, Vaupés y Amazonas.

Se ha logrado así, el desarrollo de nuevos mecanismos de fortalecimiento y control con los entes que a nivel regional tienen a su cargo el manejo de las sustancias y los medicamentos de control especial, conforme a los procesos de importación, transformación, producción, prescripción, distribución, dispensación, venta, etc.

7.4. Vigilancia en Salud Pública

El Instituto Nacional de Salud durante el periodo 2006-2010 ha realizado, entre otras, las siguientes acciones de vigilancia: A) VIH/SIDA, promocionando la prueba voluntaria, quienes resulten positivos se benefician con tratamientos antirretrovirales. B) Dengue, el país se encuentra en epidemia de dengue desde la semana epidemiológica No. 1 de 2010, con una tendencia ascendente, por lo que se deben iniciar planes de contingencia en todos los niveles (nacionales, departamentales, municipales e institucionales). C) Leishmaniasis: se fortaleció la vigilancia activa de Leishmaniasis a través de archivos planos semanalmente, desde los entes territoriales del nivel municipal y departamental. D) Rubéola: Se capacito y sensibilizo para la implementación de acciones individuales y colectivas establecidas para casos sospechosos de sarampión ó rubéola y para E) Hipotiroidismo congénito: se capacitó y fortaleció la comunicación con los diferentes entes departamentales encargados de la notificación al sistema SIVIGILA y a las personas encargadas para su oportuno ingreso de los datos al sistema.

8. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

8.1. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector

Instituto del Seguro Social

Durante el cuatrienio 2006-2010, el ISS fue objeto de grandes transformaciones, como resultado de ajustes en las políticas gubernamentales, en materia de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. En efecto, a partir del primero de Agosto de 2008 se hizo efectivo el traslado de los 3.157.983 afiliados en salud, de la EPS del ISS hacia la Nueva EPS, como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Resolución 028 del 15 de enero de 2007, ratificada con Resolución 263 del 26 de marzo de 2007), operación que se realizó siguiendo las orientaciones de los documentos Conpes 3456 y 3494 de 2007, y de acuerdo con el Decreto 055 de 2007 y sus modificatorios, los Decretos 2713 de 2007 y 0781 de 2008.

El primero de Septiembre de 2008, se efectuó el traslado de los afiliados (1.748.288 trabajadores y 313.890 empresas) y los pensionados por invalidez y sobrevivencia (28.946) de la ARP ISS a La Previsora Vida S. A., dentro del proceso de cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso que se adelantó siguiendo las recomendaciones de los documentos Conpes 3456 y 3464 de 2007, así como los lineamientos de la Ley 1151 de 2007 (artículo 155) y el Decreto 600 de 2008, como parte de la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y riesgos profesionales.

Con el propósito de reflejar estos cambios en la estructura organizacional del ISS, durante el año 2009 el Instituto elaboró y remitió, a la Dirección de Desarrollo Organizacional del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el proyecto de acuerdo para suprimir la Vicepresidencia de Riesgos Profesionales. Una vez se tenga el concepto técnico favorable de esa entidad, se procederá a su presentación ante el Consejo Directivo del ISS para su aprobación, pudiendo así continuar con el trámite pertinente.

Con respecto a la EPS del ISS, es importante precisar que no se ha iniciado trámite alguno relacionado con la modificación de su estructura, teniendo en cuenta que esta Vicepresidencia está trabajando en la conclusión de algunas actividades pendientes que se generaron con anterioridad al traslado de sus

afiliados, como la reclamación de saldos no compensados y registros glosados ante el FOSYGA, la realización de recobros al FOSYGA por medicamentos No POS y tutelas, la gestión del inventario de medicamentos, la cancelación de cuentas por gastos de operación comercial, el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad, la liquidación de contratos y aceptaciones de oferta rubros operación comercial EPS, y la organización y depuración del archivo de las historias clínicas de las Empresas Sociales del Estado liquidadas.

Para formarse una idea de la magnitud de los cambios operados con la reforma adelantada en el ISS, con la supresión de los negocios de la EPS y la ARP, es necesario observar, en el siguiente cuadro, los cambios registrados en las tres Unidades de Negocios, existentes en el 2006 y sus valores finales en marzo de 2010, anotando que el Incremento del Presupuesto Total del ISS de \$10.820.174 millones en el 2006 a \$14.108.264 millones en el 2010 de la Entidad, obedece a que el Gobierno Nacional a través de la Entidad, asumió los pagos de los pasivos existentes al cierre de operaciones de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) y de la Empresa Promotora de Salud (EPS) lo que se produjo en el año 2008.

Cuadro No. 150 Estadísticas ISS

Valores en millones de \$

Concepto	A Dic. 2006	A Dic. 2007	A Dic. 2008	A Dic. 2009	A Marzo 2010
PENSIONES					
Afiliados totales	5.927.957	6.057.233	6.162.898	6.424.597	6.467.952
Afiliados activos	2.303.947	2.219.466	2.029.209	2.133.687	2.132.206
Afiliados cotizantes	1.949.204	1.842.270	1.907.965	2.047.523	1.774.481
Pensionados	691.015	746.772	806.156	860.094	872.175
Expedientes decididos	173.171	202.887	218.486	219.477	52.066
Pensiones reconocidas	83.357	80.748	85.098	78.252	17.285
Tiempo de reconocimiento	5,45 meses	5,07 meses	4,88 meses	4,73 meses	4,83 meses
Prepensionados: Asegurados capacitados	No Aplica	31.208	47.241	38.744	7.951
Valor prestaciones pagadas	\$ 7.346.311	\$ 8.431.526	\$ 9.672.270	\$ 11.234.966	\$ 2.605.981
Recaudo por aportes	\$ 2.572.381	\$ 2.660.223	\$ 2.856.041	\$ 3.293.952	\$ 900.670
Devolución de aportes	\$ 382.574	\$ 625.220	\$ 1.389.193	\$ 2.637.281	\$ 683.402
Aportes de la Nación	\$ 4.042.903	\$ 5.007.623	\$ 5.537.881	\$ 5.236.605	\$ 1.365.850
Presupuesto Pensiones	\$ 7.787.346	\$ 9.012.085	\$ 10.357.925	\$ 12.196.752	\$ 13.485.859
EPS					
Afiliados totales	3.007.059	3.011.512	3.157.983	0	0
Afiliados cotizantes	1.432.467	1.464.235	1.625.665	0	0
Valor Prestaciones	\$ 1.440.267	\$ 1.675.167	\$ 1.321.737	\$ 94.026	\$ 1.796
Cantidad de Actividades	42.439.995	41.430.020	25.352.241	0	0
Recaudo por aportes (compensación)	\$ 1.521.274	\$ 1.631.730	\$ 853.560	\$ 83.820	\$ 6.273
Recaudo Ley 758 de 2002	126.978	201.397	148.141	217.015	\$ 35.142
Presupuesto EPS	\$ 2.412.167	\$ 2.770.068	\$ 2.218.044	No Aplica	No Aplica

Concepto	A Dic. 2006	A Dic. 2007	A Dic. 2008	A Dic. 2009	A Marzo 2010
ARP					
Trabajadores afiliados	1.608.836	1.718.843	0	0	0
Empresas afiliadas	290.030	302.791	0	0	0
Pensionados	28.460	28.546	0	0	0
Valor prestaciones pagadas	\$ 153.892	\$ 165.207	\$ 115.115	\$ 0	\$ 0
Recaudo por aportes	\$ 217.567	\$ 240.220	\$ 168.317	\$ 98	\$ 15
Presupuesto ARP	\$ 620.661	\$ 657.153	\$ 665.096	No Aplica	No Aplica
GESTIÓN GENERAL					
Presupuesto Gestión General	No Aplica	No Aplica	No Aplica	\$ 944.766	\$ 622.406
ISS CONSOLIDADO					
Presupuesto total ISS	\$ 10.820.174	\$ 12.439.306	\$ 13.241.065	\$ 13.141.518	\$ 14.108.264
Personal de planta-Cantidad	2.355	2.201	1.686	1.527	1.511
Personal de planta-Costo anual	\$ 96.520	\$ 94.262	\$ 86.396	\$ 70.957	\$ 14.390
Personal contratación civil-Cantidad	2.845	3.023	1.912	2.013	2.031
Personal contratación civil-Costo anual	\$ 47.799	\$ 49.861	\$ 44.195	\$ 32.321	\$ 8.973
Jubilados ISS-Cantidad	19.782	19.776	19.787	20.046	20143
Jubilados ISS-Costo Anual ISS Patrono	\$ 434.049	\$ 430.146	\$ 409.229	\$ 439.274	\$ 97.685

Fuente: ISS Vicepresidencia de Pensiones-Vicepresidencia Financiera

Aseguramiento en Pensiones

El ISS cerró el año 2006 con un total de 5.927.957 afiliados a pensiones, de los cuales, 1.949.204 (32,88%) son cotizantes. La cantidad de afiliados en 2009 era de 6.424.597, entre los que se cuentan 2.047.523 (31,87%) cotizantes. A marzo de 2010, la cantidad de afiliados llegaba a 6.467.952, de los cuales, 1.774.481 (27,43%) son cotizantes.

Al finalizar 2006, el ISS pagaba mesadas a 691.015 pensionados (34.687 por Invalidez, 480.693 por Vejez y 175.635 por Muerte). En diciembre de 2009 había 860.094 pensionados (38.566 por Invalidez, 616.603 por Vejez y 204.925 por Muerte) y, en marzo de 2010, 872.175 pensionados (38.770 por Invalidez, 626.175 por Vejez y 207.230 por Muerte). El costo anual de las prestaciones ascendió a \$7,4 billones en 2006, \$11,2 billones en 2009 y \$2,6 billones en los tres primeros meses del año 2010.

Durante el año 2006 se reconocieron 83.357 pensiones. En 2009 fueron 78.252 y, en los tres primeros meses de 2010, la cantidad de pensiones reconocidas va en 17.285.

Durante los últimos años se logró disminuir el tiempo promedio para el reconocimiento de pensiones, el cual pasó de 13,5 meses en diciembre 2004 a 5,45 meses en diciembre de 2006 y a 4,83 en marzo de 2010. Este promedio

comprende los riesgos de invalidez, vejez y muerte de todos los tipos de afiliado (los que solo cotizaron en la administradora de pensiones del ISS, los que también cotizaron en AFP, los que prestaron servicio en entidades públicas y los que cotizaron en cajas o fondos públicos). Para los afiliados que solo aportaron al ISS, el tiempo de reconocimiento con corte a marzo de 2010 era de 4,74 meses en promedio.

Durante el año 2009 se decidieron 219.477 expedientes de solicitudes de prestaciones económicas, representando un incremento de 46.306 expedientes (27%) con respecto al año 2006, cuando se resolvieron 173.171. En los primeros tres meses del año 2010 se han resuelto 52.066 expedientes.

El artículo 155 de la Ley 1151 de 2007 (Plan de Nacional de Desarrollo) establece la creación de la Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones, vinculada al Ministerio de la Protección Social, para la administración estatal del régimen de prima media con prestación definida; la liquidación de CAJANAL EICE, Caprecom y del Instituto de Seguros Sociales, en lo que a la administración de pensiones se refiere.

El Gobierno Nacional viene trabajando en la estructuración de Colpensiones desde el punto de vista legal, financiero, presupuestal y técnico para la puesta en operación de la nueva entidad, en procura de que el tránsito del Seguro Social hacia Colpensiones se adelante en las mejores condiciones de eficiencia y transparencia, garantizando la calidad y continuidad en la prestación de los servicios a sus afiliados y pensionados.

Es así como el Gobierno Nacional procedió a la expedición de los siguientes Decretos:

- Decreto 4488 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la estructura de Colpensiones, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 4489 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la planta de personal de Colpensiones.
- Decreto 4490 de 2009 (18 de noviembre), por medio del cual se establece el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos de Colpensiones.

En lo corrido del año 2010 se respondió una solicitud de información de Colpensiones (del 22 de febrero) y se está construyendo un documento descriptivo de los procesos de pensiones, que incluye propuestas de mejoramiento, cifras estadísticas y la infraestructura dispuesta para su normal desarrollo

El Decreto 2196 del 12 de junio de 2009 suprimió la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL EICE y ordenó su liquidación, estableciendo un plazo, hasta el

12 de julio de 2009, para que se adelanten todas las acciones necesarias para el traslado, al ISS, de los afiliados cotizantes.

En cumplimiento de lo anterior, el Instituto realizó las siguientes actividades durante el año 2009:

- Recepción de una base de 30.453 afiliados cotizantes.
- Creación de un Centro de Decisión, autónomo e independiente, en la Seccional Cundinamarca (Grupo ISS CAJANAL), para el cual contrató un equipo de 6 profesionales.
- Instrucción para el trámite, eficiente y eficaz, de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones presentadas por los antiguos afiliados a CAJANAL EICE.
- Implementación de un procedimiento para recaudar los aportes sin generar traumatismos a los cotizantes. Estos recaudos se empezaron a recibir desde el 1° de agosto de 2009 con las cotizaciones del ciclo 2009-07.
- Administración del código de recaudo de PILA de Cajanal por parte del ISS a partir del 1° de agosto de 2009.
- Cruce del recaudo contra la base de datos de afiliados entregados por Cajanal.
- Manejo del recaudo en forma independiente de los afiliados trasladados de Cajanal.
- Suscripción del Convenio interadministrativo entre las dos entidades con el fin de ajustar los procesos de afiliación, recaudo e historia laboral de los afiliados trasladados al ISS en cumplimiento del Decreto 2196 de 2009.
- Verificación permanente entre las dos entidades correspondientes al recaudo de los ciclos posteriores al 2009-07.
- Devolución de los recaudos del ISS a Cajanal correspondientes a ciclos anteriores a julio de 2009, por valor de \$9,4 millones.
- Devolución de recaudos de Cajanal al ISS por valor de 1.528 millones correspondiente a ciclos posteriores al 2009-07.

El 25 de septiembre de 2009 se suscribió el acta de formalización de entrega de afiliados cotizantes de CAJANAL al ISS, donde se especificaron puntos como la Base de Datos de Afiliados, las Historias Laborales, Competencia de decisión de las peticiones presentadas, Comités de Seguimiento y procedimiento de conciliación y devolución de aportes entre el ISS y CAJANAL.

Transformación de EPS

El 1 de agosto de 2008, la EPS del Seguro Social debió proceder al traslado, hacia la Nueva EPS, de sus 3.157.983 afiliados, de los cuales, 1.625.665 figuraban como afiliados cotizantes, como consecuencia de la revocatoria del

certificado de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Resolución 028 del 15 de enero de 2007, ratificada con Resolución 263 del 26 de marzo de 2007), y siguiendo las orientaciones contenidas en los documentos Conpes 3456 y 3494 de 2007, así como en el Decreto 055 de 2007 y sus modificatorios, los Decretos 2713 de 2007 y 0781 de 2008. Con recursos por valor de \$561.507,50 millones, provenientes de la Cesión de Activos, Pasivos y Contratos de la ARP del ISS, se cubrió una parte del déficit presupuestal de la EPS durante el año 2008.

Con recursos por valor de \$561.507,50 millones, provenientes de la Cesión de Activos, Pasivos y Contratos de la ARP del ISS, se cubrió una parte del déficit presupuestal de la EPS durante el año 2008.

Transformación de ARP

Durante el año 2008 se dio inicio al proceso de cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso, de la ARP ISS a La Previsora Vida S.A. (hoy Positiva S.A. Compañía de Seguros), siguiendo las recomendaciones de los documentos Conpes 3456 y 3464 de 2007, así como los lineamientos de la Ley 1151 de 2007 (artículo 155) y el Decreto 600 de 2008, como parte de la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y riesgos profesionales. Se resaltan las siguientes actividades:

- Aprobación de la operación de cesión por parte de la Superintendencia Financiera mediante Resolución 1293 del 11 de agosto de 2008.
- Suscripción del contrato de cesión, el 13 de agosto de 2008, por valor estimado de \$684.834 millones. El valor final se estableció en \$687.077 millones, mediante Otrosí N°1 del 6 de octubre de 2008, de los cuales se han recibido \$628.000 millones (\$600.000 millones en 2008 y \$28.000 millones en 2009), quedando un saldo de \$59.077 millones.
- Traslado de afiliados y pensionados de la ARP ISS a La Previsora Vida S. A., a partir del 1 de septiembre de 2008 (313.890 empresas, 1.748.288 trabajadores y 28.946 pensionados por invalidez y sobrevivencia).
- Traslado de las inversiones y recursos que respaldan el pasivo de promoción y prevención que, a 31 de agosto de 2008, ascendían a la suma de \$73.438 millones. Operación realizada el 5 de septiembre de 2008.
- Traslado de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la ARP-ISS a La Previsora Vida S. A.

Mediante acta, suscrita el 27 de Julio de 2009, se efectuó la conciliación de la cesión de los siguientes bienes a favor de Positiva S. A. Compañía de Seguros, conforme a la Resolución No 1293 del 11 de agosto de 2008:

- 4 terrenos por valor total de adquisición de \$243,49 millones.
- 6 edificios por un valor total de adquisición de \$4.754,23 millones.

- 37 vehículos por valor de adquisición de \$1.754,75 millones.
- Bienes muebles por valor de adquisición de \$8.982,86 millones.

Adicionalmente, el 28 de octubre de 2009 el ISS trasladó a Positiva S. A. la suma de \$3.250,02 millones (con su correspondiente detalle), por concepto de “Cotización sanción”, en cumplimiento del Decreto 3269 de 2009.

Fortalecimiento Institucional

El programa Pre pensionados fue adoptado mediante Resolución 7400 del 29 de diciembre de 2006, con el objetivo principal de orientar a los asegurados próximos a adquirir su derecho a la pensión sobre el régimen que les aplicaría, la documentación requerida para radicar su solicitud y los trámites a realizar; durante la existencia de este programa se han capacitado un total de 122.557 asegurados próximos a pensionarse,

Proyectos de Tecnología de la Información y las Comunicaciones

Proyecto OPTICA

El proyecto OPTICA se desarrolla en el ISS para optimizar la cadena de trámites Solicitud de Pensión de Vejez ante el Instituto de Seguros Sociales”, con el apoyo del programa Agenda de Conectividad del Ministerio de Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Como parte de este proyecto se produjo el documento “Estudio técnico para la optimización de la cadena de trámites - Solicitud de pensión por vejez ante el Instituto de Seguros Sociales”, que sirvió como base para el plan de trabajo que se desarrollará con el apoyo de la fábrica de software del Programa Agenda de Conectividad. Este plan se dividió en dos componentes:

Administrador Flujo de Expedientes (AFE): Se conformó un equipo multidisciplinario para trabajar en el robustecimiento del software Administrador Flujo de Expedientes (AFE), según compromiso adquirido con la Superintendencia Financiera. Este equipo ha auditado estados, acciones y usuarios de las Seccionales Cundinamarca y Caldas, en las cuales realizó una actualización del inventario de expedientes.

Programa Liquidador. Durante el año 2009 se efectuaron pruebas y ajustes al nuevo programa liquidador automático y se implementó el módulo de Vejez en los 8 centros de decisión del país. El de invalidez se encuentra en un 85% de avance.

A comienzos del mes de abril de 2010 se empezará la fase de parametrización del nuevo liquidador para afiliado fallecido y pensionado fallecido.

Publicación de historias laborales en la página Web del ISS

Durante el año 2009 se unificó el extracto de Historia Laboral y se consolidó la consulta de la misma a través de la página Web del ISS (www.iss.gov.co). Durante este año ingresaron 1.437.313 afiliados a la página Web de Historia Laboral, de los cuales, 1.336.681 generaron su extracto por el mismo medio. A marzo 31 de 2010 habían ingresado 556.815 afiliados, de los cuales, 526.016 generaron su extracto por ese medio.

8.1.1. Sistemas de información y estadísticas

Para la construcción del SISPRO, se suscribió un contrato con la UT Grupo Gesfor, por \$13.177,4 millones, cofinanciado con recursos del BID a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. La Interventoría a este contrato fue contratada con la Universidad de los Andes -CIFI en 6 de junio de 2006, por un valor de \$1.159,6 millones.

El proyecto contratado incluyó los siguientes subproyectos:

1. Sistema de Gestión de Datos (SGD), o bodega de datos del SISPRO.
2. Aplicativos misionales, que incluyen el SISSUB (Sistema de Información para la Operación territorial del Régimen Subsidiado en Salud, el SIMMED (Sistema de Información para el mercado de Medicamentos) y RUAF Transaccional.
3. El Centro Táctico de Entrenamiento.
4. Capacitación y Gestión del Cambio Organizacional.

El Sistema de Gestión de Datos es el corazón del SISPRO, es decir, así se denomina a todo el sistema que facilita la obtención de los datos a partir de las fuentes, la extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, y, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan los reportes, consultas y análisis de los usuarios de la bodega de datos. Todo el software desarrollado para el Sistema de Gestión de Datos y todos los aplicativos misionales del SISPRO se encuentran en etapa de producción, son ellos RUAF Transaccional; SISSUB Fase I; SIMMED; PISIS; CUENTAS DE SALUD.

A continuación se presentan en detalle cada uno de los componentes del SISPRO, destacando sus LOGROS durante 2006-2010.

A- Sistema de Gestión de Datos - SGD

1. Presentación.

El Sistema de Gestión de Datos es el corazón del SISPRO, a través de éste se realizan los diferentes procesos que permiten integrar en la bodega de datos los datos provenientes de diferentes fuentes. Estos procesos se relacionan con la

extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan la consulta de reportes, para el análisis de los usuarios sobre la información disponible.

2. Funcionalidades actuales del sistema.

La bodega de datos del SISPRO (Sistema de Gestión de Datos – SGD) permite consolidar en un único repositorio los datos provenientes de diferentes fuentes de información, tales como: Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, Sistema de Información de Gestión de Hospitales Públicos – SIHO y Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI entre otros.

La construcción de la bodega de datos¹⁸ del SISPRO ofrece dos elementos fundamentales para consultar y analizar sus datos: las dimensiones (o variables) y las medidas. Navegando a través de estos elementos se tiene la posibilidad de consultar reportes predefinidos o generar nuevos reportes, por ejemplo se puede consultar el número de cotizantes por tipo de aporte realizado a la protección social y sexo del cotizante según la fecha de pago, la medida: número de cotizantes puede ser analizada desde las variables (o dimensiones) de: tipo de aportes, sexo de las personas cotizantes y fecha en que se realizó el pago.

Las consultas dispuestas para los usuarios se dividen en públicas y privadas, las consultas públicas son reportes pre-definidos a través de los cuales no es posible agregar nuevas variables (o dimensiones) y las consultas privadas son las que pueden realizar los usuarios internos del Ministerio a través de un usuario y contraseña que dependiendo del tema de interés le dará acceso a los reportes de una o más fuentes, pudiendo navegar a través de ellos sin restricciones. Una consulta privada de la fuente RUAF podría ser el número de afiliados a cada uno de los componentes de la protección social a nivel de geografía del aportante y/o geografía de residencia del afiliado (departamento o municipio), según fecha de afiliación, sexo del afiliado o nivel del SISBEN entre otras.

Actualmente en la plataforma del SISPRO dispuesta en el Ministerio (CTE) se tienen disponibles reportes generados a partir del cargue de datos de las fuentes: PILA, RUAF, RIPS, Encuestas de Calidad de Vida, Indicadores Socio-Demográficos e Información Financiera de los Fondos.

¹⁸ Una bodega de datos es un proceso, no un producto. Es una técnica para integrar, consolidar y administrar grandes volúmenes de datos provenientes de diferentes fuentes con el propósito de responder preguntas de negocios y tomar decisiones.

Los datos provenientes de las encuestas de calidad de vida y los indicadores socio-demográficos se constituyen en una información de referencia para los diferentes usuarios del SISPRO, ya que proveen información básica sobre las características socio-demográficas de la población colombiana, la cual es de utilidad para los diferentes análisis y revisiones que realizan las Dependencias del Ministerio. Estas consultas están disponibles en el portal del SISPRO (link <http://www2.sispro.gov.co/Paginas/Publicaciones.aspx>).

El Sistema de Gestión de Datos incluye un data mart para el procesamiento y consulta de las Cuentas de Salud. A través de este data mart se realiza la sistematización del cálculo de los aportes del sector de la salud al Producto Interno Bruto Nacional -PIB, en la actualidad se han cargado los datos correspondientes al período comprendido entre los años 1993 y 2003, para un primer proceso de obtención automática de las cuentas de salud en Colombia, con base en la metodología desarrollada por Harvard e implementada en Colombia por el Ministerio de la Protección Social.

En la actualidad el SGD se encuentra en proceso de migración de la plataforma del Ministerio (Centro Táctico de Entrenamiento – CTE) a la plataforma del Centro de Datos del Estado – CDE, que ofrece características técnicas adecuadas para el almacenamiento y desempeño de esta gran bodega de datos. Este proceso de migración se está realizando por fuente, pudiendo en este momento ejecutar consultas relacionadas con la fuente PILA que incluye datos desde julio de 2005 hasta diciembre 31 de 2009¹⁹.

B- Módulo Geográfico del SISPRO - SIG de la Protección Social

1. Presentación.

El SIG de la Protección Social es el componente espacial del SISPRO, el cual permite relacionar las variables, atributos e indicadores del sector de la protección social al espacio geográfico donde éstos se originan, ampliando las posibilidades de consulta y análisis de la información del SISPRO y en general del sector.

El módulo geográfico del SISPRO le agrega la dimensión espacial a la información disponible del sector, permitiendo identificar de forma inmediata tendencias, concentraciones, zonas desatendidas, factores externos que afectan variables por fenómenos de tipo geográfico, ubicación, acceso, clima entre otros que no pueden ser medibles y/o analizados más que con la integración de un Sistema de Información Geográfica.

2. Funcionalidades del SIG de la Protección Social

¹⁹ En la actualidad se está en el cargue y procesamiento de los datos correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2010.

El Módulo Geográfico del SISPRO es una aplicación Web a través de la cual se pueden visualizar espacialmente los datos que se carguen a la base de datos alfanumérica de este módulo, por componentes y procesos misionales. Esta aplicación incluye el respectivo módulo de cargue de datos (variables e indicadores), permitiendo que se carguen datos provenientes de fuentes diferentes al SISPRO.

C- SISMED - Sistema de Información de Precios de Medicamentos

1. Presentación

El Sistema de Información de Medicamentos - **SISMED** provee información para la regulación del mercado de medicamentos en el país. En la construcción de este sistema participan la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos conformada por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Comercio Exterior, el INVIMA.

2. Funcionalidades actuales del Sistema

El Sistema de Precios de medicamentos fue construido con el propósito de apoyar a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos -CNPM en la regulación de precios en el mercado colombiano para este propósito se construyó el SISMED, con el alcance de registrar y mantener actualizada la información de los medicamentos que se comercializan en Colombia, recibir y registrar la información de precios de medicamentos, reportada por los distintos actores que intervienen en la cadena de comercialización de medicamentos unos reportando precios de venta, otros reportando precios de compra y recobro, brindar consultas de precios de medicamentos para los actores que participan en la regulación de los precios, brindar la disponibilidad de cargar precios de países de referencia y brindar mecanismos de comparación de precios a lo largo de la cadena de comercialización y generar propuestas de asignación de régimen para los medicamentos que no se regulen por oferta y demanda y seguimiento explícito por parte de la CNPM.

D- Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF

1. Presentación

El RUAF es la base de datos de la totalidad de la población Colombiana con información de afiliados a salud, pensiones, riesgos profesionales, compensación familiar, algunos programas de asistencia social y los datos del SISBEN, con cobertura nacional. Luego de su etapa de diseño, desarrollo y reglamentación se inició a finales del 2006 el cargue de la base de datos, se validó la información y se remitieron las inconsistencias a las diferentes administradoras para sus ajustes. Adicionalmente, se han realizado los desarrollos de los módulos de nacimientos, defunciones y registros de extranjeros. Los dos primeros efectuados en forma conjunta con el DANE para

automatizar las certificaciones de nacimientos y defunciones en el país. Para estos módulos se encuentra en ejecución el plan de implantación masiva en las IPS a nivel nacional.

A partir del 2007 el RUAF ofrece información a usuarios internos y externos, a través de la página web: www.sispro.gov.co sección "consultas RUAF". La información disponible facilita el cumplimiento de los objetivos del RUAF que definió la Ley 797 del 2003, a saber:

- Facilitar los procesos automatizados de afiliación y movilidad entre administradoras y subsistemas de la Protección Social.
- Cumplir con la disposición consignada en el numeral a) del artículo 15 de la Ley 797 de 2003, es decir, permitir el acceso a los subsidios y servicios financiados con recursos públicos.

Igualmente se ha expedido la reglamentación para su operación: el Decreto 1637 de mayo de 2006, mediante el cual se dictan disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social; la Resolución 2358 de junio de 2006, en la que se determinan las especificaciones técnicas para el cumplimiento de la obligación por parte de las administradoras de reportar la información al Registro Único de Afiliados RUAF y se fijan los plazos para su entrega; la Resolución 2947 de agosto de 2006, Resoluciones 4168 y 4316 de noviembre de 2006 y Aclaración a la Resolución 4316 de diciembre de 2006. Adicionalmente se dispone de un minisitio del RUAF, incorporado a la página web del Ministerio.

Con corte a 31 de Marzo de 2010, el RUAF contiene la siguiente información:

COMPONENTE	REGIMEN	TOTAL REG. ACTIVOS
SALUD (*)	Contributivo	17.842.662
	Subsidiado	20.792.503
AFILIACION CAJAS (***)		12.454.889
AFILIACION PENSIONES		15.644.867
CESANTIAS		2.745.853
RIESGOS PROFESIONALES		7.496.654
PENSIONADOS		1.294.450
ASISTENCIA SOCIAL		41.358.811
TOTALES		119.630.689

Fuente: RUAF, 2010

E- Modulo de Nacimientos y Defunciones- RUAF ND

El Ministerio de la Protección Social, de manera conjunta con el DANE y el SENA, viene adelantando el mejoramiento tecnológico del Registro de Nacimientos y Defunciones en el marco del RUAF, que consiste en la

automatización del sistema de captura para los Certificados de Nacido Vivo y Defunción desde el generador del dato, a través de la Web, contando con un contingente para aquellas instituciones en las que su Internet es esporádico o nulo; a fin de desmontar de manera gradual los formularios en papel que actualmente se utilizan en el país. El país cuenta a partir del 2008 con un excelente instrumento de análisis con respecto al comportamiento de los hechos de Estadísticas Vitales. Con este instrumento se logra recoger y sistematizar información relacionada con los hechos vitales en principio con el número de Nacimientos y Defunciones ocurridos día a día y toda la información relacionada con cada evento.

De igual manera, permite organizar, estandarizar y tabular toda aquella información relacionada con las Estadística Vitales del país. Adicionalmente, el módulo ND facilita la información necesaria para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud.

El proyecto inicia su Fase I denominada FASE DE PRUEBA en el año 2006 a 2007 en la cual se ensayó el aplicativo en todas sus funcionalidades, se instaló en el centro de datos del estado y se realizaron las pruebas de consistencia y concurrencia. De marzo de 2008 a octubre de 2008 se involucraron 11 IPS del país y se continuó trabajando con la Secretaría Distrital de Bogotá y se diseñaron e implementaron nuevos instrumentos los cuales fueron probados y ajustados.

A la fecha se han involucrado en la implantación masiva los siguientes registros por departamento:

Cuadro No. 152 Registro de Defunciones

Registro de Defunciones por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			
	2008	2009	2010	Total
Antioquia	118	868	388	1.374
Atlántico		15	271	286
Bogotá	1336	4.976	4.728	11.040
Bolívar		12	132	144
Boyacá		23	192	215
Caldas		227	13	240
Córdoba		237	651	888
Cundinamarca	434	2.209	910	3.553
Huila		193	602	795
Magdalena		9	220	229
Nariño		1	72	73
Norte de Santander			19	19
Quindío		20	87	107
Risaralda		23	547	570
Tolima		42	189	231
Valle	3	97	600	700
Total General	1.891	8.952	9.621	20.464

Fuente: RUAUF, 2010

Cuadro No. 152 Registro de Nacimiento

Registro de Nacimientos por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			Total general
Rótulos de fila	2008	2009	2010	
Antioquia	457	3.287	912	4.656
Atlántico		212	1.402	1.614
Bogotá	5.543	20.760	22.199	48.502
Bolívar		288	1.240	1.528
Boyacá		66	1.045	1.111
Caldas		673	6	679
Córdoba		887	2.287	3.174
Cundinamarca	1.317	6.317	2.033	9.667
Huila		599	2.400	2.999
Magdalena		100	1.535	1.635
Nariño		7	163	170
Norte de Santander		1	1.272	1.273
Quindío		50	183	233
Risaralda		102	2.075	2.177
Tolima		78	670	748
Valle	930	4.488	2.681	8.099
Total general	8.247	37.915	42.103	88.265

Fuente: RUAf, 2010

F- SISSUB Fase 1- Sistema de Información para la Operación del Régimen Subsidiado

Desde finales del 2008 se definió una estrategia de implantación piloto en los municipios de Cundinamarca, con el liderazgo del MPS pero involucrando a la Gobernación de Cundinamarca, para que se probaran además del software todos los procesos de implantación masiva, para lo cual inicialmente se capacitó a varios funcionarios de la Gobernación de Cundinamarca en el uso del aplicativo SISSUB Básico.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca convocó y dictó una capacitación a los municipios de Cundinamarca, la cual re realizó el día 8 de julio de 2009 en el CTE del Ministerio de la Protección Social, con el apoyo y participación de los consultores del MPS - Herly Suárez y Asdrúbal Llano; asistieron 33 personas de los siguientes municipios: Facatativa, Funza, Fusagasugá, Soacha, Tocaima, Sasaima, Arbelaez, Bojaca, Silvania, Tocancipá, Villeta, Chocontá, La Calera, Fomeque, Girardot, Cáqueza, El Colegio, Nilo, Cogua, Guaduas.

A los municipios que participaron en la capacitación de julio 8 antes mencionada, se les motivo a participar en el piloto, preparando y enviado a través de PISIS sus archivos de Maestro de Afiliados. En agosto 5 de 2009 se

realizó reunión de seguimiento en el CTE, convocada por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, en la cual los municipios manifestaron que tenían dudas sobre el procedimiento para transmitir con PISIS y preparación de los archivos a transmitir. El ingeniero Edwin Zapata les reforzó estos temas para que pudieran transmitir sus archivos durante el mes de agosto y les solicitó que los enviaran con corte a julio 31 de 2009. A partir de Septiembre algunas entidades empezaron a enviar los archivos maestro de afiliados con corte a agosto 31 de 2009.

Conclusiones Generales:

Logros:

El sector de la Protección Social cuenta actualmente con un sólido sistema de información con los siguientes logros principales:

- Un Sistema De Información Integrado Para La Toma De Decisiones - SISPRO
- Mas Información Oportuna Y De Calidad Sobre Aseguramiento En Salud Y En Protección Social - RUAF
- Mas Información Oportuna Y De Calidad Sobre Aportes En Salud Y En Protección Social - PILA
- Reducción de Tramites a los Ciudadanos en Pago de Aportes - PILA
- Mas Información sobre el Mercado de Precios de Medicamentos - SISMED
- Información en Línea sobre Nacimientos y Defunciones - NDE RUAF
- Información Oportuna sobre Cuentas en Salud de los Territorios - Cuentas Maestras por PISIS

Caprecom

Cuadro No. 155 Sistema de Información Financiero (SEVEN ERP)
2006 - 2010

AÑO	GESTION
2006	La plataforma Servidora Básica de Producción estaba conformada de la siguiente forma: (3 servidores; 1 Aplicación, 1 Reportes, 1 base de datos) Adicionalmente se creó un ambiente de Pruebas idéntico al de producción en el cual los usuarios líderes de cada uno de los módulos validaban las nuevas versiones de los programas antes de implementarlas en producción. Durante el transcurso de este año el Software fue implementado adicionalmente en 8 Regionales más para un total de 22 y lo operaban aproximadamente 250 usuarios a nivel nacional.
2007	Este año logramos un mayor afinamiento del Producto al Migrar a la Versión 12.2 de SEVEN – ERP y Actualizar a la Versión 2005 de SQLServer Enterprise. Actualización de toda la plataforma servidora del Aplicativo.
2008	En el transcurso de este año se realizaron varias actividades tendientes a lograr afinamiento de la Base de datos, Mejoras en las funcionalidades de programas, ajustes a la medida de algunos programas y reportes; se implementó el software en 5 Territoriales más para un total de 27, el software era operado por 450 usuarios aproximadamente.
2009	En el transcurso de este año se realizó una nueva actualización del Software Versión 12.2 "LINEA BASE" y se ajustaron a la medida reportes y programas, el sistema permaneció relativamente estable. Adicionalmente se incluyeron 2 Territoriales más para un total de 29, quedando pendiente solo

	las tres más pequeñas. También se incluyeron la información financiera de aproximadamente la 85 IPS a Nivel nacional, incluidas las del INPEC, por lo tanto el Software pasó a ser operado por 850 usuarios aproximadamente.
2010	Adicionalmente para este año se asignó un Servidor Backup para el Software Administrativo y Financiero Seven, el cual estará disponible y actualizado con las versiones de programas, reportes y Base de datos de Producción para el caso en que unos de los tres Servidores. También se asignó un Servidor que servirá para migrar de la versión 8 a la versión 2008 de Crystal report. Actualmente el Servidor está disponible y se está definiendo cronograma con el Proveedor del Software ERP y el Proveedor del Software manejador de Reportes, para su instalación, pruebas, ajustes e implementación en producción del manejador de reportes.

Fuente: Oficina de Gestión Tecnológica e Informática

Cuadro No. 156 Sistema de información para EPSS (Integr@ars)
2006-2010

AÑO	GESTION
2006	Definición de procesos para la contratación del software ARS.
2007	Adjudicación de la contratación del software ARS.
2008	Puesta en producción de los módulos: Contratación de Red, Aseguramiento, Afiliación y Registro, Autorizaciones, PyP 7 Regionales implementadas con el aplicativo
2009	Puesta en producción de los módulos: Recobros, Servicio al Cliente, CTC, Garantía de la calidad 25 Regionales implementadas con el aplicativo
2010	Proyecto de implementación de la regionales faltantes. 27 Regionales implementadas con el aplicativo

Fuente: Oficina de Gestión Tecnológica e Informática y EPSS

Cuadro No. 157 Evolución del Portal en Internet
2006-2010

AÑO	GESTION
2006	Página web institucional.
2007	Primera fase de análisis y aprobación de nuevos diseños y organizaciones de la página web institucional de Caprecom.
2008	Segunda fase y puesta en producción el nuevo diseño de página web con un 80% de nivel administrable y contenidos mas actualizados. Inicio al cumplimiento de las metas trazadas por gobierno en línea con el cumplimiento parcial de las primeras dos etapas definidas en el decreto 1151 de 2008.
2009	Inclusión de los servicios para el ciudadano, desprendible de pago, certificado foncap. Procesos de actualización de información general y específica más periódica, de acuerdo a las necesidades de la entidad. Consulta y verificación de derechos de afiliados a régimen subsidiado afiliados a Caprecom. Rediseño web 2009 Cumplimiento al 92% de la fase de gobierno en línea ocupando el 2 puesto a nivel de sector (protección social). Inclusión de los servicios al ciudadano, certificado de ingresos y retenciones. Redefinición del sistema 3047 acorde a las nuevas exigencias. Realización de actividades en línea con los ciudadanos (chat-foro).
2010	Mantenimiento de la calificación obtenida, y actualización permanente de las bases de datos de los aplicativos actuales relacionados con EPS y Prestaciones económicas. Realización de actividades en línea con los ciudadanos (chat-foro).

Fuente: Oficina de Gestión Tecnológica e Informática

Caprecom pasó en el periodo del 2006 al 2010 de ser el número 26 en la calificación dada por gobierno en línea en el 2006 a ser número 2 en el año 2010, dando cumplimiento a las tres fases de la política de estado en promedio del 98%.

Apoyando el proceso de implementación de gobierno en línea caprecom ha venido desarrollado servicios en línea, pasando de 0 en el año 2006 a 20 en el presente año.

8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano

8.2. Apoyo Territorial

8.2.1. Asistencia técnica para la descentralización

8.2.2. Participación y Control Social

8.3 Investigación, ciencia y tecnología en el sector

8.4 Cooperación y Relaciones internacionales

Relaciones Multilaterales:

Organización Internacional del Trabajo – OIT.

98ª. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo del 3 de junio al 19 de junio de 2009 en Ginebra-Suiza, se integró una delegación tripartita. El Gobierno Nacional presenta un informe relacionado con sindicalistas y líderes sindicales, sobre avance de las investigaciones en los casos priorizados, sentencias condenatorias y móviles de homicidios; el Programa de Protección a Sindicalistas, y el nuevo Plan Especial de Recompensas, que ha permitido esclarecer homicidios contra líderes sindicales y sindicalistas.

En el orden del día de la Conferencia se debaten temas sociolaborales. La Oficina de Cooperación preparó el material de apoyo para la participación de la señora Viceministra (E) Ana Lucía Noguera y el señor Ministro, Diego Palacio Betancourt, quienes asistieron en representación del Gobierno, en las diferentes comisiones de la Conferencia.

Colombia en su calidad de Estado Miembro de la Organización Internacional del Trabajo- OIT- y conforme al artículo 22 de su Constitución, debe presentar una memoria anual sobre las medidas que haya adoptado para poner en ejecución los convenios a los cuales se haya adherido. Estas Memorias serán redactadas en la forma que indique el Consejo de Administración y deberán contener los datos que se soliciten. En cumplimiento del mandato constitucional la Oficina de Cooperación coordinó y presentó 19 memorias de convenios ratificados. Igualmente, conforme al artículo 19 de la citada Constitución, se presentó una memoria de convenio no ratificado. Así mismo, se coordinó y se presentaron 9 respuestas por denuncias por faltas de aplicación de convenios ratificados y 55

respuestas a los casos de denuncias por presuntas violaciones a la libertad sindical ante la OIT.

Desde 1985 a la fecha, se ha citado a Colombia en la Comisión de Aplicación de Normas de la Conferencia Internacional del Trabajo, en 18 oportunidades, por los Convenios No. 87, sobre libertad sindical y derecho de sindicación y No. 98, sobre derecho de sindicación y negociación colectiva.

Se ha señalado en el seno de la Comisión “...la persistencia de un número de importantes y profundas discrepancias entre la ley y la práctica, por una parte, y las exigencias del Convenio núm. 87, por la otra....”.

En tres oportunidades (años 1989,1990 y 2001) la Comisión decidió mencionar a Colombia en un Párrafo Especial de su Informe por violaciones o desconocimiento de los citados convenios.

A partir de 2002, no obstante haber sido citado en cinco oportunidades, la Comisión de Normas de la Conferencia no ha proferido párrafos especiales, por el contrario, se señaló a Colombia como un caso en progreso, en donde los índices de violencia contra sindicalistas y líderes sindicales han disminuido significativamente y se han proferido importantes modificaciones que adecuan la legislación interna a los convenios en materia de libertad sindical, conforme a las reiteradas Observaciones de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones.

En el Informe publicado en febrero de 2010, la Comisión señaló: La Comisión reconoce todas las medidas -de carácter práctico y legislativo- que el Gobierno ha venido adoptando en el último período en la lucha contra la violencia en general y contra el movimiento sindical, y comprueba una disminución de los asesinatos de sindicalistas de 2008 a 2009, así como de la violencia en general”.

Así mismo señaló: “La Comisión valora los compromisos concretos del Gobierno expresados en una comunicación que el Gobierno entregó a la misión que visitó el país en octubre de 2009”.

Comisión Especial de Tratamiento de Conflictos ante la OIT, CETCOIT

La Comisión Especial de Tratamiento de Conflictos CETCOIT, fue creada en el año 2000 a través de Acuerdo en la Comisión de Concertación Permanente de Políticas Salariales y Laborales. La CETCOIT se encarga de atender los conflictos suscitados en las materias reguladas por los convenios de la OIT ratificados por Colombia, en relación a los temas de libertad Sindical y está integrada por nueve miembros, representantes, del sector de empleadores, organizaciones sindicales y Gobierno.

Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria

En noviembre de 2008, en el marco de Ronda 8, el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria, aprobó el proyecto denominado “Uso de la inteligencia epidemiológica con participación social, para fortalecer la gestión del programa, mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y ejecutar intervenciones eficaces para la prevención y control de la malaria” por un valor de 30 millones de euros.

Organización Mundial de la Salud – OMS

Del 18 al 27 de mayo de 2008, se llevó a cabo en Ginebra Suiza, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, evento en el cual el Ministerio de la Protección Social estuvo representado por el Señor Embajador Angelino Garzón, Jefe de la Misión Permanente de Colombia ante la Oficina de Naciones Unidas y Organismos Internacionales. El tema central de la Asamblea de la Salud fue: “El impacto de la crisis financiera y económica en la salud”. De igual manera, se revisaron los avances en la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y se realizó un monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la situación mundial referente a la Pandemia de Influenza.

Organización Panamericana de la Salud – OPS.

El 13 de junio de 2008 se suscribió el Acta de Acuerdo sobre el Plan de Trabajo 2008 – 2009, el cual se enmarca de una parte en el Acta de Acuerdo de la Estrategia de Cooperación y Portafolio de la Cooperación Social para Colombia, suscrita en septiembre de 2006 y el adendum suscrito en octubre de 2007. Mediante este se adicionó una línea de trabajo para desarrollar acciones en el marco de la Seguridad Alimentaria y de otra en el Plan Operativo Anual del Ministerio y el Plan Nacional de Salud Pública.

Colombia participó en la III Reunión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración del Comité Ejecutivo de la OPS, llevada a cabo del 11 al 13 de Marzo de 2009, en Washington DC, en la cual se aprobó el Plan estratégico 2009 – 2013 de la OPS y el presupuesto anual 2009 de la misma Organización.

Comunidad Andina de Naciones - CAN.

Durante los días 12 y 13 de marzo del presente año en el marco del Plan Integrado de Desarrollo Social PIDS de la CAN, se realizó en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, un taller presencial para la evaluación y aprobación de los tres proyectos sociolaborales: Red Andina de Oficinas de Empleo; Certificación de Competencias y Homologación de Titulaciones Técnicas; y Formación de recursos humanos en MYPES y PYMES.

En el área de la salud el ente coordinador es el Organismo Andino de Salud el cual hace parte del Sistema de Integración Andina.

En la Cumbre de Brasilia, en mayo de 2008, nació la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y se aprobó el documento: “Lineamientos para el Plan de Acción 2008 – 2009, que comprende las futuras líneas de acción de los países de la región, así: **Escudo Epidemiológico Sudamericano. Desarrollo de Sistemas Universales de Salud Acceso Universal a Medicamentos; Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales; Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos** Los Ministros y Ministras de Salud de los países de UNASUR, reunidos el 28 de Noviembre de 2008 en Río de Janeiro, resolvieron aprobar la propuesta para el establecimiento del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR SALUD) y el Plan de Trabajo de la Agenda Suramericana de Salud, con los temas antes mencionados.

En concordancia con lo anterior, los países andinos, incluidos Colombia, coordinados por el Organismo Andino de Salud han contemplado dentro del **Plan Estratégico 2009 – 2012** y el Plan Operativo Anual 2009, las líneas de trabajo antes mencionadas.

Reunión de Ministros del Área Andina - REMSAA.

La XXX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina- “REMSAA”, se celebró en Lima, los días 26 y 27 de marzo de 2009.

Durante la XXIX REMSAA se aprobaron Resoluciones, relacionadas con las áreas temáticas que viene trabajando el Organismo Andino de Salud- ORAS- CONHU, entre las cuales se destacan: la aprobación de la Política Andina de Medicamentos, temas relacionados con algunos Determinantes Sociales y Promoción de la Salud, se continúa con el trabajo del Plan Andino de Salud en las Fronteras, Articulación de los Sistemas de Vigilancia y Respuesta, Implementación de la Red Andina de Institutos de Salud Pública o sus Homólogos a Nivel Nacional, Desarrollo y Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnología Sanitaria en la Subregión Andina, Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, Plan Andino de Salud y Economía 2008 – 2009.

Colombia propuso y se aprobó la inclusión del tema de discapacidad como línea de trabajo para los países del Área Andina con el lema: “Discapacidad: Inclusión y compromiso de todos.”

Eurososial Salud y Empleo

EUROSOCIAL es un programa de cooperación técnica de la Unión Europea que intenta contribuir a la promoción de la cohesión social en América Latina a través del fortalecimiento de políticas públicas y de la capacidad institucional para gestionarlas. Su método principal de trabajo es el intercambio de experiencias, conocimientos y buenas prácticas entre administraciones públicas europeas y latinoamericanas en cinco sectores prioritarios: justicia, educación, salud, fiscalidad y empleo.

Así mismo, se realizó en Colombia, el Seminario Internacional sobre medidas regulatorias para garantizar el acceso equitativo y sostenible a los medicamentos esenciales, con la participación de Argentina, Uruguay, Perú, Honduras, Guatemala, Panamá, Chile, Colombia, México y ORA.

Relaciones Bilaterales:

Convenios Suscritos Ministerio de la Protección Social 2008 - 2009

Cuadro No. 156 Convenios en Salud

PAIS COOPERANTE	INSTRUMENTO DE COOPERACION	OBJETO/FINALIDAD	FECHA
Organismo Andino de Salud	Convenio suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Proyecto PAMAFRO.	Con el objeto de combatir la Malaria en zona de frontera.	Suscrito el 10 de julio de 2008.
NICE Inglaterra	Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido – NICE.	Colaborar con temas de evaluación de tecnologías sanitarias, economía de la salud, construcción de prácticas medicas entre otros.	Suscrito el 31 de enero de 2009.
Republica Popular de China	Convenio Interinstitucional de Cooperación entre la administración Estatal de Medicina Tradicional de la Republica Popular de China y el Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia.	Intercambio de experiencias Medicina Tradicional	16 de febrero de 2009

Fuente: MPS – Oficina Asesora de Cooperación y Asuntos Internacionales

Acciones Adelantadas en Zonas Fronterizas

Frontera Colombia – Perú.

Mayo 11 de 2007 Leticia – Amazonas: Con la participación del Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Cultura, Ministerio de Comercio, DIAN, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaria de Salud Departamental Amazonas, Cuerpo diplomático del Perú, Secretaria de Salud del Perú (Loreto), delegación de Cámara de Comercio Perú y Colombia, Autoridades Locales, se realizó una reunión de especial importancia para el país, por cuanto en ella se definió las acciones que en materia de salud, desarrollarían las secretarías de salud departamentales del Amazonas, Putumayo y Secretarías de Salud de Perú en zona de frontera, en el corto y mediano plazo. El Ministerio de la Protección Social, presentó un acuerdo donde aprueban los criterios de distribución de los recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito –ECAT– asignados para el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en la

vigencia 2007. El acuerdo cubre los departamentos de Amazonas, Putumayo entre otros.

Frontera Colombia – Panamá.

Con Panamá, en octubre de 2006, se realizó Reunión de la Comisión Técnica Binacional de Salud en Medellín, con el fin de definir y establecer estrategias para la puesta en marcha del Acuerdo de Cooperación Técnica y la propuesta del Plan de Trabajo 2005 – 2007, en los temas de Análisis situación de salud- ASIS- en frontera, reforzar programas PAI, fortalecimiento de red de servicios de salud locales, mejoramiento de infraestructura y capacitación; así como el fortalecimiento de la red de comunicaciones de frontera.

En el mes de mayo del 2007 dentro del marco del TCC – Colombia – Panamá, denominado “Prevención de la Violencia en Entornos Urbanos” , se realizó la visita de funcionarios panameños (Ministerio de Desarrollo y Salud), a Colombia para observar la experiencia en el desarrollo de políticas y planes locales para prevenir y reducir la violencia en sus diferentes formas, en especial en la ciudad de Bogotá, experiencias adelantadas por el Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo de Bienestar Social DABS y Secretaria Distrital de salud del Distrito.

Frontera Colombia – Ecuador.

Los compromisos pactados en la XV Reunión plenaria de la Comisión de Vecindad celebrada en abril de 2006, en Quito, hacen referencia a los proyectos que conformarán el Plan de Desarrollo de la Zona de Integración fronteriza, que en el área de la salud corresponden a: 1.- Vigilancia y prevención de eventos de interés en Salud Pública (Proyecto de cooperación técnica entre Ecuador y Colombia para fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, plaguicidas y calidad de agua). Este TCC fue financiado por los Gobiernos de los dos países y las Representaciones de las OPS de Ecuador y Colombia y se encuentra en ejecución. Finaliza el 31 de diciembre de 2007. 2.- Proyecto de fortalecimiento del sector salud ante emergencias y atención a población desplazada – refugiada. Este proyecto se encuentra formulado a nivel de perfil, y en proceso de concertación con los departamentos de Nariño y Putumayo. 3.- Gestión Proyecto de fortalecimiento de vigilancia de la calidad del agua en los sistemas de agua del cordón fronterizo

Frontera Colombia – Brasil.

Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

Se realizaron gestiones de coordinación para la participación de la Secretaria de Salud del Amazonas en el Proyecto Gestión en salud y ambiente: un abordaje ecosistémico para el enfrentamiento de la malaria en la amazonia. La Unidad ejecutora es la fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz – Brasilia, el objetivo

del proyecto fue la generación de gestión sobre problemas incluyendo una experiencia demostrativa, teniendo como propuesta un abordaje ecosistémico y la participación institucional de Colombia en el desarrollo operativo del proyecto apoyando al equipo de investigadores del Brasil durante el trabajo de campo, además de brindar apoyo logístico para el desplazamiento a las comunidades.

TCC Tripartito

En desarrollo del TCC Colombia – Brasil – Perú, a finales del 2008, se desarrollaron dos talleres, uno para la implementación de la Metodología MOPECE ((Módulos de Principios de epidemiología para el Control de Enfermedades) de la OPS, y el segundo para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

A finales del 2009 y ante la necesidad de generar iniciativas conducentes a la aplicación del Reglamento Sanitario, se realizó un taller en Santa Marta, relativo a inspección de buques y navíos dirigido a inspectores sanitarios, con la participación de expertos de Brasil y Perú.

Con relación al área de VIH/Sida, en 2007-2008 se presentó un proyecto de **prevención en VIH en la frontera Leticia-Tabatinga-Santa Rosa con una inversión de R\$ 22.500,00.**

“Apoyo técnico para implantación/implementación de Bancos de Leche Humana en Colombia”

Se firmó entre los países un proyecto incluye la creación de tres bancos de leche Humana para Colombia ubicados en las ciudades de Medellín, departamento de Antioquia, Bogotá, D.C. en la Localidad de Kennedy y en la ciudad de Ibagué departamento del Tolima

“Proyecto para el Fortalecimiento de Oficinas de Cooperación Internacional entre los Ministerios de Salud de Brasil y Ministerio de la Protección Social de Colombia

Dentro del fortalecimiento institucional y con el ánimo de mejorar las acciones de las Oficinas internacionales de los Ministerios de Salud de Brasil y de la Protección Social de Colombia, se acordó el intercambio de experiencias entre los funcionarios de ambos ministerios, para lo cual se realizó una visita de un funcionario de Colombia a Brasil, donde se intercambiaron experiencias

Visita Técnica de Leishmaniasis en el marco de la Comisión Mixta de Cooperación Técnica y Científica.

Se realizó la visita programada por parte de técnicos colombianos del Instituto Nacional de Salud y de las Fuerzas Militares de Colombia a Brasil, con el ánimo de realizar un convenio de apoyo técnico entre los dos países.

En el 2009, se realiza una segunda visita por parte de funcionarios del Instituto Nacional de Salud y conjuntamente con el Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz –

plantean un convenio para el apoyo a la parte colombiana en el diagnóstico prematuro de la Leishmania, en este momento a sido firmado por el Ministro de Salud de Brasil y se adelanta la gestión correspondiente para la firma por parte del Ministro de la Protección Social de Colombia

Reino de España

Con la Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI- en el año 2006, se presentaron a consideración del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de España y se aprobaron dos proyectos a saber: "Diseño de sistemas de productividad y promoción de derechos fundamentales en el trabajo para poblaciones trabajadoras vulnerables" y " Fortalecimiento e Implementación de programas de generación de empleo, formas asociativas de trabajo y economía solidarias para la población en situación y condición de desplazamiento forzoso". Durante el último trimestre del año 2006, recibimos la visita de dos expertos españoles, los doctores Cristina Vivanco y Pablo Sevilla, quienes desarrollaron dichos proyectos, con las Direcciones Generales de Protección Laboral y Promoción Social del Ministerio de Protección Social de Colombia.

Para el Primer Trimestre del año 2007, se aprobaron los siguientes proyectos:

- “Cooperación y asesoría técnica para elaboración de una guía metodológica para la implementación del programa de empleo protegido en población en situación de discapacidad en Colombia”
- “Actualización y Modificación del Manual Único de Calificación de Invalidez Decreto 917 de 1999”.
- “Diseño de un Sistema de inspección de trabajo Inteligente”.

Estos proyectos se ejecutaron en el segundo semestre del 2007, una vez seleccionados y asignados los expertos para el desarrollo de los temas por parte del gobierno español.

Durante el año 2008, se recibió apoyo por parte del Gobierno de España, en el desarrollo de dos proyectos:

- “Asistencia técnica y capacitación para el fortalecimiento de mecanismos o espacios de diálogo social, que contribuyan a la solución de conflictos colectivos de trabajo, la concertación de políticas laborales y el mejoramiento de las relaciones laborales.”.
- "Construcción de un Modelo con servicios de protección e intervención psicosocial para la mujer y la familia víctima de violencia intrafamiliar y violencia sexual con un componente para la atención integral de los agresores".

Japón.

El Gobierno de Japón ha venido apoyando a Colombia, a través de la Cooperación Técnica no reembolsable, mediante la financiación de proyectos de aproximadamente \$US80.000 cada uno. La aprobación de los proyectos depende de la voluntad del donante.

Para el año 2006, se aprobaron por parte de la Embajada dos (2) proyectos por una cuantía total de \$ 397.5 millones de pesos y en el año 2007, un proyecto por valor de 204.7 millones de pesos. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud beneficiadas con e estos recursos fueron: FUNDACIÓN ABOUT SHAIQ, con donación de tecnología de apoyo para el diagnóstico cardiovascular en la población infantil marginada del Programa "Corazón Colombia", la Fundación AMIGOS HOSPITALES INFANTILES PARA INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT Bogotá - D. C. con la Dotación de equipos en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal y el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, con la Dotación de equipos biomédicos para el servicio de recién nacidos. todas instituciones ubicadas en Bogotá, D. C.

Adicional a lo anterior, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA, se financia el Curso de Coordinación Médica en desastres en HYOGO JAPON, mediante el cual se han capacitado en cuatro años 18 funcionarios de diferentes Instituciones de Salud, la Cruz Roja y la Defensa Civil colombiana.

Para el año 2009, la Embajada del Japón, mediante la modalidad de Cooperación Financiera no reembolsable, suscribió 5 Convenios de Donación de Equipos Hospitalarios a las Empresas Sociales del Estado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SINCELEJO, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE IBAGUE y la Institución Privada HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN, por un valor de USD 625.000

Por conducto de la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa JICA en Colombia, se financió la capacitación de 3 profesionales colombianos en Japón durante 2 meses en el Curso sobre Administración de Servicios Médicos de Emergencia en Tiempo de Gran Desastre Natural.

Así mismo, se encuentra en ejecución el proyecto "Fortalecimiento Sistema de Rehabilitación integral para las personas en situación de discapacidad, especialmente víctimas de Accidentes con minas antipersonales", en los Departamentos de Antioquia (Hospital San Vicente de Paúl de Medellín y Fundación "Alas de Nuevo") y Valle del Cauca (Hospital Universitario del Valle y Fundación IDEAL), por un valor de USD 2 millones, para una duración de 4 años de 2009 a 2012. En el marco de este proyecto, se realizará a partir del segundo semestre de 2009 un proyecto mediante Cooperación Triangular con Chile, para el desarrollo de uno de los resultados esperados del Proyecto con

Japón. En desarrollo de este proyecto se capacitaron en Japón por el término de 22 días 8 profesionales colombianos quienes conocieron en terreno la experiencia japonesa sobre el manejo de la atención de la discapacidad en ese país.

Corea

El 17 de abril de 2007 se recibió en el despacho de la Viceministro de Salud y Bienestar la visita del Director de la Agencia Coreana de Cooperación KOICA, quien ofreció cooperación para la construcción y dotación de hospitales para veteranos de guerra y capacitación de recurso humano. Se convino presentar una propuesta por parte de Colombia así:

- Tres proyectos para construcción y dotación de Hospitales de hospitales para Chocó: Los municipios seleccionados para ser beneficiados con los proyectos fueron: Unión Panamericana, Rio Iro y Medio Baudó. Cada uno por \$US 550.000, para un total de US\$ 1.650.000
- Un proyecto sobre capacitación de recursos humanos: Este proyecto pretende solicitar la capacitación para un grupo de colombianos del Ministerio y de las entidades territoriales, en Gerencia en Salud. Por un valor de \$US 3.000.000
- Dos proyectos para construcción y dotación de Unidad de Trauma y Rehabilitación, como anexos al Hospital Militar de Bogotá y Hospital Naval de Cartagena. Estos proyectos se coordinarán desde el Viceministerio de Salud y Bienestar por conducto de la Dirección General de Calidad con Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Defensa.

Para el año 2009, el Gobierno de Corea a través de su Agencia Coreana de Cooperación Internacional KOICA, aprobó mediante memorando de entendimiento la financiación del Proyecto: "Programa para el mejoramiento red pública hospitalaria en el Municipio de Quibdó y el Departamento de Chocó", por un valor de USD 2 millones, con los cuales se verán beneficiados los Hospitales San Francisco de Asís de II nivel de atención y la ESE Ismael Roldán Valencia de I nivel de atención, en un término de 2 años. Este proyecto inicia su ejecución en el segundo semestre de 2009.

India.

La Cooperación ofrecida por India es en el área de medicamentos se relaciona con la oferta de medicamentos de muy buena calidad y bajo costo. En el mes de agosto, se realizó en Bogotá un evento de la industria farmacéutica india, para explorar las perspectivas de negocios en esta materia con Colombia.

En enero de 2010 el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la República de la India y el Ministerio de la Protección Social de Colombia firmaron un Convenio Complementario de Cooperación en Salud.

México

En desarrollo de la Cátedra Juan Luis Londoño, se realizaron conjuntamente con el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior ICETEX, las convocatorias No. 2171007 en el 2007 la No. 2171008 en el 2008 y la No. 2171009 en el 2009. en donde se preseleccionaron cuatro candidatos para someterlos a selección ante el Comité de beneficiarios de la beca ofrecida por el Instituto de Nacional de Salud de éste país.

Guatemala.

En la IV Reunión de Trabajo de Cooperación Técnica entre Colombia y Guatemala, se acordó recibir por parte de nuestro Ministerio a representantes del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala, con el ánimo de desarrollar una pasantía en la Dirección General de Protección Laboral, encaminada a conocer nuestra experiencia relacionada con la Formulación del Plan Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil, para que conozcan la experiencia Colombiana en el marco de la Política Nacional, y poder establecer un modelo del Plan en su país; esta pasantía se desarrolló durante el mes de octubre de 2006

Honduras.

En relación con el préstamo de la vacuna Pentavalente solicitada por la Señora Ministra de Salud de la República de Honduras, Dra. Jenny Mercedes Meza, por medio del oficio No. 2700-SS-2006 del 16 de Agosto del 2006, dirigida al Señor Ministro de la Protección Social de Colombia Dr. Diego Palacio Betancourt, se atendió por parte de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales de este ministerio la solicitud, y el día 25 de septiembre, se realizó la entrega de 540.000 dosis a FMA, por un valor de \$445'.265.856.00 pesos.

Convenio en Salud Pública con Cuba.

En visita realizada por parte de nuestro Ministro de la Protección Social, Doctor Diego Palacio Betancourt, en compañía del Director General de Salud Pública y del Director del INVIMA, del 17 al 21 de junio de 2006, surgió la idea de buscar acercamientos en temas de salud, para lo cual se invitaron a Colombia a representantes del Gobierno Cubano visita que fue realizada por parte de representantes del Polo Científico Cubano, durante los días 26 y 27 de julio del 2006, desprendiéndose de ésta, un convenio, donde las partes desarrollarán y ampliarán la cooperación, durante cuatro años con prioridad en las siguientes áreas:

- Programas de promoción de la salud, detección precoz, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública;

- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de población con discapacidad
- Fortalecimiento de los servicios de salud;
- Investigación e intercambio científico y tecnológico en salud pública.
- Medicina tradicional y natural.
- Y aquellas otras que, de común acuerdo, definan las Partes.

Operación Bendición Internacional

El operador OBI (operación bendición internacional), a través de Acción Social, dono medicamentos al Ministerio para ser distribuidos en las poblaciones mas vulnerables de las zonas fronterizas, con el fin de fortalecer los programas de salud, por un valor aproximado de U\$5'000.000 dólares.

Fondo de Cooperación de la Red Interamericana para la Administración Laboral – RIAL

La red Interamericana para la Administración Laboral RIAL, es el mecanismo de cooperación y asistencia técnica de la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo CIMT de la OEA, en este marco fue aprobado un proyecto de cooperación entre Colombia y Brasil sobre Dialogo Social y Libertad Sindical.

Para el año 2010 se aprobó el desarrollo del Proyecto sobre el Sistema de Inspección Vigilancia y Control a realizarse entre Colombia y Brasil; igualmente se ha aprobado por parte de la Rial el apoyo a dos proyectos de cooperación solicitados por Argentina: Gestión – Gobierno Electrónico. “Sistemas de Gestión de la Información. Antecedentes del Programa Gobierno en Línea en el Ministerio de la Protección Social”, y, a República Dominicana, en donde este ministerio prestará apoyo técnico en el tema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos.

8.5 Comunicaciones

Durante los últimos cuatro años, la Oficina Asesora de Comunicaciones del Ministerio de la Protección Social, ha perfeccionado a nivel tecnológico e informativo la Gestión de Comunicaciones al interior y al exterior de la entidad, como base de la función para la cual fue diseñada esta dependencia y ciñéndose a un plan de acción basado en el fortalecimiento institucional.

La cohesión del sistema de la protección social con el sistema de la seguridad social ha tenido como soporte durante los últimos cuatro años, una estrategia comunicacional compuesta por diversos productos como boletines de prensa, ruedas de prensa, diseño y desarrollo de campañas informativas y preventivas y, la optimización de las redes de internet a nivel interno y externo entre otras; todas ellas orientadas a la atención integral del usuario y columna vertebral del informe que desde el año 2006 hasta el año 2009 desgranamos a continuación.

No en vano, la historia deberá reconocer el reto asumido por esta oficina para responder con profesionalismo a la alta demanda informativa de dos áreas cruciales para el desarrollo social colombiano: la salud y el trabajo.

Grandes cambios en la estructura básica de procesos como la afiliación a pensión y salud en Colombia (PILA), una pandemia (AH1N1) y la propuesta de una reforma estructural al sistema de salud, son parte de los retos comunicacionales asumidos con responsabilidad durante este cuatrienio, además de los procesos inherentes a la salud pública colombiana como son Riesgos Profesionales, Implementación de la política de salud sexual y reproductiva, Servicios Farmacéuticos, Bancos de Sangre y Componentes Sanguíneos, Suministro de Insumos y Componentes Anatómicos, Protección a la Salud Pública, Protección Social y Poblaciones Vulnerables, Dirección General de Salud Pública y Apoyo a Territoriales entre otros.

8.5.2 Salud Pública

En cumplimiento de las metas definidas para mejorar la detección temprana y atención en los componentes de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Oficina Asesora de Comunicaciones logró fortalecer las acciones individuales y colectivas para la prevención y el control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad de 20 municipios priorizados por su mayor riesgo.

A través del diseño, desarrollo y seguimiento de la campaña “Derechos convertidos en hechos” en todos los municipios, departamentos, EPS y ARS del país.

La oficina Asesora de Comunicaciones se dedicó a diseñar y desarrollar una estrategia integral de movilización social en medios de comunicación, orientada a propiciar la adopción de hábitos y conductas sexuales responsables e inducir la demanda temprana de servicios de salud sexual y reproductiva.

La campaña estuvo dirigida a la población en general, especialmente a los grupos de mayor vulnerabilidad, y a la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sobre sus deberes y derechos sexuales y reproductivos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

La Oficina Asesora de Comunicaciones desarrolló actividades de difusión y comunicación para la aplicación de las normas técnicas que reglamentan la oferta de servicios integrales en los aspectos normativos, técnicos, éticos y legales relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Durante el año 2008, 2009 y 2010, se han desarrollado importantes campañas informativas tendientes a disminuir en la población colombiana, el impacto negativo de el virus pandémico AH1N1 entre ellas y que puso en alerta a la

población colombiana sobre la importancia de realizar una reforma estructural al Sistema de Salud en Colombia a través de la Emergencia Social.

Los colombianos aprendimos a pagar la Planilla Integrada de Liquidación PILA gracias a las teleconferencias y a las campañas informativas a nivel nacional (Radio, prensa y TV).

Cuadro No. 158 Actividades de Comunicaciones

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
2006	Campaña de prevención para la reducción de la mortalidad materna y control de embarazo, mensajes para televisión y radio.	Difundir de manera pedagógica las diversas formas de prevenir la mortalidad materna mediante la divulgación de información precisa en medios de comunicación masivos.
	Campaña para Reducción Trabajo Infantil Doméstico	Reducción Trabajo Infantil Doméstico. Campaña dirigida a la deslegitimación del trabajo infantil doméstico y dignificación del trabajo doméstico adulto con enfoque de género. Divulgación de mensajes a través de radio.
	Campañas de comunicación social en áreas prioritarias de salud pública.	Pauta en radio de las piezas que forman parte de campañas de comunicación social en áreas prioritarias de salud pública, producidas previamente por el Ministerio de la Protección Social
	Conformación de un archivo en DVD sobre campañas y programas de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social	Contratación de una firma que elabore la conformación de un archivo en DVD de campañas y programas de salud pública del Ministerio de la Protección Social.
2007	Programa de Atención a Desplazados y Grupos Vulnerables	Campaña de comunicación social con mensajes radiales, escritos, impresos y audiovisuales dirigidos a la comunidad para el Programa de Atención a Desplazados y Grupos Vulnerables teniendo en cuenta particularidades territoriales. "Ejercicio del Derecho a la Salud de 100.000 familias desplazadas y vulnerables y acceso a la Atención Integral en Salud como Servicio Público a cargo del Estado en 111 municipios de los Departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima y Valle del Cauca"
2007		Estrategia de divulgación a través de la radio, con cubrimiento nacional y local, dirigida al desestímulo del trabajo infantil doméstico. Dignificación del trabajo doméstico adulto, con enfoque de género, como mecanismo de sensibilización y compromiso familiar, social y comunitario frente a los derechos de los niños.
	Inocuidad de Alimentos	Estrategia de comunicación del riesgo relacionado con la inocuidad de alimentos.
	Información enviada de la oficina asesora de Comunicaciones a más 500 contactos de prensa externa.	40.000 boletines de la "Protección Social" publicados y distribuidos en todo el país y un banco de imágenes para las publicaciones del Fondo de Riesgos Profesionales.
	Apoyo a la prevención de sustancias psicoactivas en Colombia.	La Oficina Asesora de Comunicaciones apoyo la difusión nacional de 3 campañas ejecutadas: Alto riesgo, Evasión y Elusión y Prevención de sustancias psicoactivas en el trabajo. Cobertura poblacional estimada en medios de comunicación; publicidad empleada para todas las campañas.
	Comunicación Nacional a través de la seguridad y la salud en el trabajo.	Un (1) programa de televisión para la promoción y difusión de los derechos y deberes de los integrantes del Sistema General de Riesgos Profesionales para fomentar la seguridad y la

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
		salud en el trabajo.
2008	Planilla Integrada de Liquidación PILA	Atención personalizada a través del correo electrónico sobre inquietudes de la gente para acceder a esta novedosa forma de pago y generando la información pertinente para resaltar en medios de comunicación la importancia de la PILA para lograr un control a la evasión y la elusión en los pagos al sistema de seguridad social, y su efecto negativo para el normal desarrollo del sistema de salud en Colombia. Las teleconferencias y el sistema de comunicación con regiones apartadas del país a través de la radio, fueron fundamentales para la difusión del mensaje.
	Traducción del lenguaje técnico al lenguaje común para informar de manera correcta a la ciudadanía sobre los temas en salud, trabajo y seguridad social.	- La Oficina Asesora de Comunicaciones acompañó los procesos de Diseño, diagramación, impresión y distribución de información técnica del Ministerio de la Protección Social.
	Plan estratégico de comunicación para Salud Pública.	- Diseñar, desarrollar y evaluar la estrategia de comunicación y plan de medios del Plan Nacional de Salud Pública.
	Licitación Pública 01 2009	- Licitación pública para diseñar, producir y pautar mensajes institucionales en medios masivos y medios alternativos e implementar estrategias de comunicación y movilización social de las distintas áreas del ministerio de la protección social. Se desarrollaron campañas para Salud Pública. Riesgos Profesionales.
2009	AH1N1	La oficina Asesora de Comunicaciones diseño e implemento un portal denominado www.podersobrelaah1n1.com que se encargó de informar sobre: Reporte de emergencias sanitarias nacionales e internacionales, reportes de casos sobre el virus pandémico AH1N1, el ABC del AH1N1, guía para viajeros internacionales, cómo cuidar una persona enferma en casa el virus H1N1 y la lactancia materna, información orientada a cuidadores de niños, Items para prevenir la infección en la comunidad, información para padres de familia, identificación de signos y síntomas y cuándo consultar a un profesional de la salud. El diseño de la campaña se extendió a: Divulgación en prensa, radio, TV a través de campañas publicitarias tendientes a prevenir el contagio, volanteo en sitios de alto tráfico, vallas informativas en todo el país, la creación de la tropa Ah1n1 que viajo por todo el país educando personalmente a la gente) como aspectos destacados.
2009	Emergencia Social	Cerca de 31.000 visitas recibió el especial de Emergencia Social del Ministerio, emitido en la pagina WEB lo que después de ser diagnosticado obligo a crear un portal especializado www.emergenciasocialcolombia.com diseñado por una agencia asesora bajo la coordinación de la oficina Asesora de Comunicaciones. El objetivo primordial fue crear un espacio para el diálogo directo con la ciudadanía y rescatar sus impresiones para retroalimentar con los técnicos del Ministerio un proceso informativo. El paquete informativo se extendió a: Divulgación en prensa, radio, TV a través de campañas publicitarias a nivel nacional tendientes a prevenir el contagio, Volanteo en sitios de alto tráfico en Bogotá, vallas informativas en todo el país, divulgación en medios de comunicación.
2009	Boletines de prensa emitidos	

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
	por la Oficina Asesora de Comunicaciones	
	(89) Boletines de prensa emitidos de parte de la Oficina Asesora de Comunicaciones a más de 500 contactos a través de correo electrónico actualizados de manera permanente.	La información emitida por el La Oficina Asesora de Comunicaciones proviene de un procedimiento establecido que corrobora con la fuente interna del Ministerio la veracidad de la misma, así como la prioridad de los temas a tratar de acuerdo al impacto que puedan tener en la comunidad. Algunos ejemplos de los temas tratados son: Consejo Sectorial de Salud (15-01-09) Se abren inscripciones para sorteo del Servicio Social Obligatorio (19-01-09) Viceministro de Salud hará pedagogía sobre espacios 100% libres de humo (21-01-09) MPS refuerza acciones de promoción, prevención, control y atención contra la Fiebre amarilla (22-01-09) MPS ordena dar respuesta oportuna a exigencia de carné de vacunación contra fiebre amarilla para ingreso a Ecuador (23-01-09)
1 - 01 2010 A 30-04- 2010	Campaña de Vacunación de las Américas.	Realización de las actividades de difusión con ruedas de prensa, en radio y televisión destacando de manera especial la importancia de esta actividad para la protección de salud infantil en Colombia. "Semana de Vacunación en las Américas", con el objeto de incrementar las coberturas de vacunación y completar los esquemas.
	Campaña para prevención del Dengue. "Al dengue dile detente".	Generar acciones inmediatas en los ciudadanos y entidades de salud. Esta acción es la de detener la enfermedad, dando a conocer los síntomas a las personas y además, que los profesionales de la salud traten y le atiendan el problema. A través de cuñas radiales en lugares apartados del país

Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones MPS

Fondo de Previsión Social del Congreso Fonprecon

Hechos fundamentales de índole diversa caracterizaron los resultados de la gestión del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República en estos cuatro años.

Los esfuerzos se canalizaron hacia la razonabilidad de los estados financieros, la depuración de las cuentas y la aplicación de la ley de saneamiento contable, la organización de grupos internos de trabajo que enfrentaron tareas cruciales como la recuperación de cartera y los procesos de afiliación, recaudo e historia laboral, la unificación de la plataforma tecnológica y la modernización de la Entidad en máquinas y herramientas de cómputo, la modificación de la estructura administrativa y la planta de personal y la aprobación del cálculo actuarial por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Amén de estas actividades, FONPRECON enfrentó con suficiencia la defensa de los intereses del Estado, aún a riesgo de la propia integridad personal, pues quien antecedió al actual Director, hubo de ser detenida por negarse a conceder una pensión que no correspondía en términos de Ley y que sin embargo era ordenada por un juez de la República.

Los procesos de contratación fueron abiertos y públicos, la comunidad fue informada por la Entidad sobre la gestión adelantada en audiencias de rendición de cuentas, en donde se expusieron los diferentes temas y se sometió a la consideración de la ciudadanía sus resultados.

Fueron sustanciales los avances en la conformación de la información tanto misional como de apoyo que permite al Fondo reportar oportunamente y con calidad los requerimientos de los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Financiera de Colombia, DNP, DAFP, DIAN y la Contaduría General de la Nación.

La capacitación del talento humano, otrora casi nula, hoy responde a un plan elaborado bajo análisis de competencias y siguiendo las necesidades funcionales de la Entidad que actúa por procesos, consecuente con los ordenamientos de la norma de Calidad, bajo la cual FONPRECON está certificada y que es consecuencia de casi tres años de serios esfuerzos colectivos.

Estos han sido sintéticamente los alcances de la gestión en los cuatro años precedentes y, también de manera resumida, se desarrollan a continuación:

Fenecimiento Cuenta Fiscal por la Contraloría General de la República

En primer lugar, y por primera vez, la Contraloría General de la República feneció la cuenta fiscal de FONPRECON por la vigencia 2008, hecho que evidencia el cumplimiento cabal de las actividades referidas a la gestión misional, contractual, presupuestal, a la razonabilidad de los estados financieros, a la evaluación del sistema de control interno y al cumplimiento de los compromisos consignados en el plan de mejoramiento que FONPRECON suscribió con ese ente de control.

Por estos resultados, la Contraloría clasifica a la Entidad en el cuadrante D 22 que corresponde a una opinión Favorable con Observaciones, según la matriz que el órgano de control dispuso para la evaluación de las entidades auditadas y que se convierte en el primer fenecimiento de cuenta en la historia de la Entidad.

Certificación en Calidad por parte de Icontec en Cumplimiento de la Norma NTCGP 1000:2004.

El segundo hecho trascendente, lo reviste la certificación de calidad que el Instituto Colombiano de Normas Técnicas – ICONTEC emitió a nombre de FONPRECON, luego de haber superado las condiciones relativas a la Preauditoría y a la Auditoría de Calidad, que dicha entidad practicó entre octubre y diciembre de 2009. La certificación de Calidad es el resultado de más

de dos años de preparación de FONPRECON en cada uno de los requisitos contenidos en las normas NTCGP 1000:2004 e ISO 9001:2008.

Como resultado de estas Auditorias, el ente certificador expidió oficio de fecha 30 de diciembre de 2009, con el cual señala "... concepto favorable por parte del equipo auditor" sobre la certificación de calidad de FONPRECON.

El 9 de marzo de 2010, en sesión realizada con la presencia de todos los servidores de la Entidad, el ICONTEC en cabeza su Director Ejecutivo doctor Fabio Tobón Londoño, hizo entrega a FONPRECON de las certificaciones que la acreditan como Entidad que cumple los términos de las normas de Calidad ya mencionadas.

Modificación de la Estructura Administrativa de la Entidad

Luego de cumplir los trámites normativos ante el Ministerio de la Protección Social, el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, el Programa de Renovación de la Administración Pública - PRAP, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría Jurídica de la Presidencia, el Gobierno Nacional ordenó la modificación de la estructura del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, al expedir el Decreto 3992 del 16 de octubre de 2008, publicado en el Diario Oficial 47145 del 17 del mismo mes y año.

Este decreto establece la siguiente estructura para FONPRECON

1. Consejo Directivo
2. Dirección General
 - 2.1. Oficina Asesora Jurídica
 - 2.2. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
3. Subdirección de Prestaciones Económicas
4. Subdirección Administrativa y Financiera
5. Órganos de Asesoría y Coordinación
 - 5.1. Comisión de Personal
 - 5.2. Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno

Con la misma fecha del decreto de modificación de la estructura, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 3993, "por el cual se aprueba la modificación de la Planta de Personal del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República", compuesta por tres cargos en el despacho del Director General y cincuenta cargos de la Planta Global.

Los cambios en el número de cargos y su clasificación de acuerdo con los niveles jerárquicos, se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 160 Comparación Planta de Personal Anterior Vs Aprobada

NIVELES	PLANTA VIGENTE		PLANTA PROPUESTA		Variación Porcentual por niveles
	No. cargos	%	No. cargos	%	
Directivo	2	3,6	3	5,7	50,0
Asesor	2	3,6	3	5,7	50,0
Ejecutivo	7	12,5	0	0,0	- 100,0
Profesional	11	19,6	18	34,0	63,6
Técnico	9	16,1	11	20,8	22,2
Asistencial	25	44,6	18	34,0	- 40,0
TOTAL	56	100,0	53	100,0	- 5,4

Fuente: Grupo Interno de Talento Humano

De acuerdo con los datos del cuadro anterior, se deduce:

La disminución total en el número de cargos, al pasar de 56 a 53, equivale al 5.4%.

Los empleos del nivel ejecutivo desaparecen en su totalidad y en el nivel asistencial se disminuyen en el 40%. En los demás niveles hay aumentos en el número de cargos que van del 50% en el Directivo y Asesor, 22.2% en el Técnico y 63.6% en el Profesional.

El nivel profesional pasa de una participación del 19.6% al 34.0%. El nivel técnico también incrementa su participación del 16.1% al 20.8% y en cuanto al nivel asistencial, disminuye del 44.6% al 34.0%.

Esta nueva composición de la planta, aun cuando no es la ideal, refleja una mejoría en cuanto a que, al reducirse la participación del nivel asistencial, se posibilita la oportunidad de mejores perfiles en los cargos, aprovechando las competencias del talento humano disponible.

Con el propósito de organizar el trabajo en la Entidad, se crearon los grupos internos de cartera y afiliación e historia laboral cuya función es trascendente para el cumplimiento de los procesos misionales y de apoyo, además de la conformación de aquellos referidos a Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Talento Humano y Bienes y Servicios.

Mejoramiento en los resultados del Índice Transparencia

En cuarto lugar, progresiva y decididamente, la Entidad avanza de manera favorable en la medición del Índice de Transparencia Nacional que realiza la Corporación Transparencia por Colombia.

En efecto, mientras que en 2002, la Entidad registró una calificación de 40.37 que la ubicó en el nivel de riesgo denominado "Muy Alto" y en 2003 la calificación de 49.43 la dejó en el mismo nivel, en 2004 y 2005 se ascendió al nivel de riesgo "Medio" con 65.93 y 64.53 respectivamente.

La medición del ITN 2007 - 2008, fue de 70.4 perteneciente al riesgo Medio muy cerca del nivel Moderado de riesgo.

La Corporación medirá el índice 2009, para lo cual el Fondo diligenció completamente y transmitió en abril de 2010, el formulario diseñado por esa Entidad, con lo cual espera mejorar el resultado anterior que lo ubique en riesgo Bajo.

Modernización Tecnológica

En 2005 el Fondo elaboró el diagnóstico referido al ámbito tecnológico, el cual permitió identificar las condiciones de hardware, software, mantenimientos y proyecciones hacia la modernización tecnológica.

Dicho documento permitió acometer acciones inmediatas conducentes a la reposición de equipos de cómputo de funcionarios y contratistas, actualizar y mejorar la condición de los aplicativos disponibles y unificar la plataforma tecnológica hacia un motor de base de datos único que permita consistencia en la información y seguridad en las operaciones de la Entidad.

A mediano plazo, el Fondo preparó y presentó a consideración del Ministerio de la Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda, un proyecto de inversión conducente al análisis, diseño, desarrollo e implementación del sistema integral de información, el cual fue aprobado en todas las instancias requeridas y asignados los recursos para su ejecución, sin conseguir su contratación, dado que las firmas participantes en la licitación no cumplieron las condiciones previstas en los pliegos de condiciones.

Paralelamente, la Entidad realizó las siguientes actividades:

- Adquirió dos servidores que cumplen la condición de equipos principales y los anteriores se dispusieron como máquinas de respaldo.
- Dotó de equipos nuevos al 90% de los funcionarios de la Entidad
- Adecuó las instalaciones del centro de cómputo y reemplazó en el rack la tecnología hub por tecnología switch.
- Adquirió un firewall para implementar mecanismos de seguridad informática
- Contrató servicios de custodia externa de información relevante
- Diseñó y desarrolló el módulo de afiliación e historia laboral
- Contrató nuevas funcionalidades al aplicativo de nómina de pensionados

Historia Laboral

La construcción de la historia laboral de los afiliados en pensión a FONPRECON, base de datos que no existía en la Entidad, registra la depuración y cargue de la información correspondiente a los años 1999 – 2010. La historia laboral debe ser el instrumento fundamental para definir el reconocimiento de las pensiones.

Estrategia GEL

La calificación que realiza el Ministerio de las TIC y el Ministerio de la Protección Social, sobre el avance de la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea a Diciembre de 2009, ubica a FONPRECON con el 100% en las fases de Información, Interacción y Democracia; las fases de Transacción y Transformación se encuentran en 92% y 28% respectivamente, con lo cual se alcanza un consolidado del 76%. El consolidado del sector de la Protección Social llegó al 65%, es decir, FONPRECON está 9 puntos porcentuales por encima de la media del sector, mostrando un avance y compromiso con el tema que lo han puesto en los primeros lugares, en un lapso de dos años.

Comprometida con un eficaz, eficiente y oportuno servicio, la Entidad desarrolló y puso en marcha 4 servicios en línea dirigidos a los usuarios del Fondo, relacionados con la entrega de certificados de pensión, de ingresos y retenciones, de semanas cotizadas y desprendibles de pago; con lo anterior, los usuarios pueden acceder, mediante el uso del internet, desde cualquier lugar del país o fuera de el, en cualquier hora a estas certificaciones que son de permanente demanda por parte de ellos. En el primer bimestre de 2010, FONPRECON puso en marcha del servicio de mensajes de texto a teléfonos celulares, para acercar a los usuarios a una comunicación efectiva e inmediata.

Resultados de la Gestión de los Procesos de FONPRECON

Se destaca en el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, la consolidación de procesos internos, cuyos resultados se enuncian a continuación:

A partir de la creación de la jurisdicción coactiva (Resolución 1540 de 2004) y por el fortalecimiento de la vía persuasiva, el recaudo consolidado de cartera presentó los siguientes resultados:

Cuadro No. 160 Recuperación de Cartera \$ Millones

AÑO	VALOR
2006	20.876.2
2007	32.803.3
2008	56.823.7
2009	47.614.9
2010 Abril	8.049
TOTAL	166.167.1

Fuente: Grupo Interno de Tesorería

Con anterioridad a estas actuaciones, el Fondo había recuperado \$ 1.750 millones en 2004 y \$ 8.369 millones en 2005.

Las reservas pensionales de invalidez, vejez y sobrevivencia se triplicaron entre 2006 y abril 13 de 2010; las cifras correspondientes a este período, se indican a continuación:

Cuadro No. 161 Reservas Pensionales
\$Millones

AÑO	VALOR
2006	86.261
2007	129.913
2008	197.824
2009	278.719
2010 (Abril 13)	285.037

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Medición del Sistema de Control Interno por la Contraloría General de la República - 2006 - 2009

Los siguientes son los resultados de la medición del sistema de control interno realizados por el ente de control para las vigencias 2006 a 2009.

Cuadro No. 162 Informe Contraloría
2006-2010

COMPONENTE	2005	2006	2007	2008
Ambiente de Control	0,44	0,04	0,72	0,14
Valoración de Riesgos	0,73	0,36	0,21	0,13
Actividades de Control	0,24	0,24	0,40	0,29
Monitoreo	0,46	0,00	0,69	0,10
Información y Comunicación	1,10	1,28	1,14	0,10
Resultados	0,64	0,38	0,63	0,78
Evaluación Cualitativa	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO

Fuente: Informes Contraloría General de la República

En conclusión, durante estos cuatro años, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, consolidó sus procesos internos, mejoró sustancialmente la conformación de sus bases de información y con ellas la reportabilidad a los entes externos; estos resultados le permitieron solidez en sus estados financieros, mejoramiento y efectividad en su capacidad de cobro, en las mediciones de control interno y de Transparencia y un crecimiento importante en sus reservas pensionales, hechos que le permitieron el logro del feneamiento de la cuenta fiscal y la acreditación como ente certificado en Calidad, bastión de una Entidad pensada hacia la eficiencia, la transparencia y la efectividad de sus procesos.

Supersubsidio

8.1.1 Sistemas de información y estadísticas.

La Superintendencia del Subsidio Familiar está desarrollando desde la vigencia 2007 el proyecto “Mejoramiento del sistema de información de la Superintendencia del Subsidio Familiar para efectuar la inspección, vigilancia y control hacia los entes vigilados a nivel nacional”.

El sistema de información se encuentra soportado por la herramienta de trabajo colaborativo Microsoft Office SharePoint, que a su vez funciona sobre una plataforma de alta disponibilidad y redundancia fabricada por Microsoft y HP.

Los datos son almacenados en bases de datos Microsoft SQL Server.

Adicionalmente se han adquirido algunos sistemas ya desarrollados y maduros en el mercado como lo son:

- Aplicativo de Contratación NEON. Desarrollado por la empresa MEGASOFT LTDA.
- Aplicativo de Gestión de Calidad ISOLUCION. Desarrollado por la empresa LEGIS S. A.
- AVANCE JURÍDICO (publicaciones en medio electromagnético sobre legislación y jurisprudencia colombiana). Desarrollado por la empresa AVANCE JURÍDICO CASA EDITORIAL LTDA.

8.1.2 Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

La Superintendencia del Subsidio Familiar viene desarrollando acciones encaminadas al cumplimiento de la normatividad vigente para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno. A continuación los logros obtenidos a la fecha en ese sentido:

- Diagnostico, diseño, planeación, implementación, verificación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.
- Documentación y modificaciones generando nuevas versiones del Manual de Calidad, Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Indicadores y Mapa de Riesgos, como documentos base del Sistema Integrado de Gestión.
- Ajuste de los formatos a fin de lograr unos mejorados y más completos.
- Fusión del MECI y el SGC como un Sistema Integrado de Gestión.
- Adquisición, cargue y capacitación del software ISOLución como herramienta integral para la administración, gestión y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma NTCGP 1000:2004 y apoyo para la implementación del MECI.
- Realización de auditorías internas de calidad y de gestión a la totalidad de los procesos de la entidad y activación de la mejora correspondiente.

- Normalización de la Administración del Riesgo de la entidad y gestión del Mapa de Riesgos en los módulos Mejoramiento (Acciones Preventivas) y Riesgos de ISOLución.
- Medición y análisis de los indicadores de las familias riesgos y procesos y activación de la mejora correspondiente.

1.1.3 Sistemas de Atención al Ciudadano

Existe en La Superintendencia del Subsidio Familiar el Grupo de Atención e Interacción con el Ciudadano como un grupo de apoyo de la Secretaría General, que atiende las peticiones, quejas, reclamos y consultas de los ciudadanos a través de los diferentes canales establecidos para ese propósito.

Adicionalmente cuentan con una oficina de atención personalizada ubicada en la calle 45 A No. 9-46 en donde los ciudadanos pueden acudir y presentar sus peticiones, quejas, reclamos y consultas de una manera eficiente y eficaz a los ciudadanos, cuenta con un aplicativo en Lotus Notes en ambiente web interactivo, que permite disponer de toda la trazabilidad de las peticiones así como las estadísticas al segundo de las mismas. Una de las metas principales es cero tutelas por términos, para las cuatro vigencias dicha meta ha sido cumplida cabalmente y no se ha presentado ninguna tutela que tuviera su origen en incumplimiento de los términos de ley en la respuesta a las peticiones. En desarrollo de los criterios establecidos para el cumplimiento a cabalidad de la estrategia Gobierno en Línea, particularmente el señalado en la fase de transformación en línea “ORIENTACIÓN AL CIUDADANO.

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

Desde al año 2006 y después de identificar pérdida de vocación en el servicio (barreras de acceso, ausencia del servicio de farmacia e inexistencia de tecnología para brindar servicios de salud seguros), la entidad inicia un proceso de mejora continua y de acuerdo al Artículo 32 de la Ley 1151 de 2007 “Plan Nacional de Desarrollo” la Junta Directiva del Centro Dermatológico aprobó el Plan de Gestión “Apertura y Vitalidad Institucional” 2009-2010, donde se contempla, entre otros, el “Maximizar el Servicio Farmacéutico”, y dentro de las estrategias por desarrollar se establecen: (i) la aplicación de procesos de precalificación de laboratorios farmacéuticos, y hasta de productos, para garantizar la calidad de los medicamentos y afines que se dispensan, y (ii) la selección de opciones comerciales mediante subasta inversa electrónica, que garantice no solo los principios de la función administrativa sino la obtención del mejor precio²⁰.

²⁰ Con la promulgación del Decreto 147 de 1999 se genera la liberación de precios para los productos farmacéuticos, y debe ser el mismo mercado farmacéutico quién se auto regule

En consecuencia el Centro Dermatológico realizó el 18 de septiembre de 2009, la primera subasta inversa electrónica, obteniendo resultados favorables para la adquisición de productos y medicamentos con un valor inferior al 40% en relación a los precios de compra del año inmediatamente anterior. De esta manera, se empieza a materializar la Estrategia Integral de Medicamentos en el marco del Sistema de Garantía de la Calidad y los precios de lista al público están el 5% por debajo del mercado, para favorecer a los usuarios en general.

Respecto al sistema de seguridad y acto médico y paramédico, se desarrollo una cultura de seguridad y minimización del riesgo para usuarios internos y externos, con el mejoramiento continuo de los resultados clínicos, desarrollándose 20 guías de medicina basada en la evidencia, manual de bioseguridad, plan de gestión integral de residuos hospitalarios, gestión de tecnología biomédica, sistema de calidad interno y externo del laboratorio clínico y de dermatología, sistemas de vigilancia de eventos adversos, de farmacovigilancia y tencovigilancia.

En relación con la GESTIÓN AMBIENTAL, Conscientes de la necesidad de cuidar el medio ambiente, la entidad dio continuidad al proyecto, priorizando la identificación de aspectos e impactos ambientales significativos, resultados de las actividades que realiza en general y para ello, suscribió un contrato con la empresa CONTROL AMBIENTAL, quienes efectuaron el análisis isocinético de la planta eléctrica, balance de agua y uso eficiente del recurso hídrico. Igualmente la compañía CODIAGUAS, diseño la separación de redes (sanitarias, lluvias y residuales) de las instalaciones.

Para dar cumplimiento a la norma internacional ISO 14001:2004, el Centro Dermatológico suscribió el contrato con la firma SOL & SER, quienes desarrollaron la planificación que contiene definición de aspecto e impacto ambiental; metodologías de identificación de aspectos e impactos ambientales, manejo de sustancias químicas y la asesoría para la elaboración del plan de manejo ante emergencias. De esta manera, el Centro Dermatológico logra avanzar y cumplir con el primer módulo tendiente a obtener la certificación en Gestión Ambiental.

Respecto al Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios, la Dirección General y el equipo directivo, han demostrado su compromiso frente al adecuado manejo de los residuos y la sensibilización a todo el personal tendiente a reducir tanto como sea posible los riesgos que para la salud de los usuarios internos, usuarios externos, la comunidad y el medio ambiente, que se derivan del inadecuado manejo de los diferentes tipos de residuos que aquí se generan, en especial de aquellos residuos que por su carácter infeccioso, propiedades químicas o físicas presentan un alto riesgo.

El Centro ha sido clasificado por la empresa recolectora de residuos infecciosos ECOCAPITAL INTERNACIONAL S. A. ESP como pequeño generador de

residuos contaminados con un promedio diario de 8 Kilogramos. Los residuos no peligrosos están en promedio en 42 Kilos día.

En lo que respecta a emisiones atmosféricas, estas no se generan en nuestra institución, ya que no se cuenta con incineradores, ni con tecnologías que generen este tipo de residuos.

Finalmente, y atendiendo el contenido del artículo 28° del Decreto 4741 de 2005, se realizó la solicitud de inscripción en el registro de generadores de residuos peligrosos ante el IDEAM en aspectos relacionados con residuos (biosanitarios, anatópatológicos, cortopunzantes, lámparas, raee`s, ctts, residuos químicos, medicamentos vencidos baterías, etc.)

8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano

La experiencia registrada en el Banco de Éxitos del DAFP y vigente a la fecha, permite conformar el sistema de información y atención al usuario –SIAU para desarrollar diferentes mecanismos de escucha de la voz del usuario: a) Centro de Contactos (encuestas de satisfacción y seguimiento-adherencia), b) sistemas de quejas y sugerencias, c) grupos focales, d) sala interactiva, e) asociación de usuarios, entre otros. Dos módulos de información, página web, cartelera, parrilla de televisión en salas de espera, folletos informativos y educativos, periódico – TEGUMENTUM, etc. Otro aspecto relevante ha sido la eliminación de barreras de acceso (cita telefónica y vía internet), y la reducción de tiempos de espera en los distintos momentos de verdad como la atención en cajas en menos de 10 minutos.

Mediante el programa ESCRITO EN LA PIEL, que emite el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta los domingos a las 11 a.m., en el canal uno, ha logrando una mayor afluencia de pacientes y personas interesadas en el cuidado de su piel. Así mismo, ha contribuido al fortalecimiento de la imagen institucional consolidándolo como un ente científico responsable, confiable y comprometido con la salud cutánea de los colombianos.

Las investigaciones que se realizan al interior de la entidad también han sido puestas en conocimiento del público a través de Escrito en La Piel. El programa ha facilitado la divulgación de estudios realizados en enfermedades como Leishmaniasis y Hansen y otros avances científicos, en los cuales la entidad es pionera, logrando un gran impacto social.

El programa Escrito en La Piel también se ha convertido en una fuerte estrategia de promoción y prevención en salud, el cual ha logrado un rating entre las 350.000 y 400.000 personas por emisión.

8.3 Investigación, ciencia y tecnología en el sector

El modelo pedagógico del Centro Dermatológico, se basa en la autoconstrucción del individuo como fuente de desarrollo. Durante los últimos años se han formado 60 Dermatólogos, que corresponde al 21% de los egresados en el país.

COLCIENCIAS ha reconocido dos grupos de investigación en categoría C y D, los cuales están estructurados específicamente en dos líneas así:

Cuadro No. 163 Líneas de Investigación

LÍNEA DERMATOLOGÍA TRÓPICAL	
Clasificación D por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS:	
•	Enfermedad de Hansen
•	Leishmaniasis
•	Micosis
LÍNEA DERMATOLOGÍA GENERAL	
Clasificación C por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS	
•	Cáncer de Piel
•	Fotobiología
•	Fármaco-epidemiología
•	Acné

El 87% de los proyectos de investigación han tenido impacto social (mejora de procesos, guías de medicina basada en evidencia, transferencia de tecnología, calidad de vida de la población) y se han establecido algunos convenios de cooperación con centros de investigación a nivel nacional e internacional.

El Centro Dermatológico cuenta con el campo de práctica para el Postgrado en Dermatología suscrito con la universidad CES, allí también rotan los residentes de dermatología de la Universidad Nacional y Universidad Militar Nueva Granada; los residentes en otras especialidades médicas de la Universidad Nacional, Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Universitaria Ciencias de la Salud; estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario y estudiantes de bacteriología de la Pontificia Universidad Javeriana y Colegio Mayor de Cundinamarca.

Dentro de los proyectos que se desarrollaron en el último año, se destaca el Fellow de dermatopatología con el CES, y el Campo de práctica para Postgrado en Dermatología UNISANITAS, radicado en Octubre/09 al Ministerio de Educación Nacional.

De acuerdo al artículo 8 de la Resolución 2378 de 2008, emitida por el Ministerio de la Protección Social se realizó la verificación al plan gradual para dar cumplimiento a las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos, y se atendió la visita por parte del INVIMA obteniendo algunas observaciones que quedaron subsanadas en el comité científico.

Instituto Nacional de Salud

Durante el periodo comprendido entre los años 2006 -2010, se ha venido implementando el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), con actividades de capacitación en Sistemas de Gestión, Auditorías Internas de Calidad y en MECI. Se definió la política de calidad, los objetivos, y se realizó la documentación de los procesos estratégicos, misionales, de soporte y los de medición.

8.1.3 Sistema de atención al ciudadano

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de marzo de 2010, el Sistema de Atención al Ciudadano, a través de la página web del INS, atendió y orientó las preguntas realizadas por los usuarios dando respuesta al 100% de las solicitudes.

8.3 Investigación, Ciencia y Tecnología en el Sector

En el Cuadro No. se presenta la investigación científica en salud y biomedicina que se realizó a partir de la formulación, evaluación por pares y ejecución de proyectos de investigación. En promedio desde el año 2006 hasta el mes de marzo de 2010 se han ejecutado 44 proyectos de investigación interdisciplinarios y en cooperación con entidades nacionales e internacionales y proyectos de investigación en los que solo participa el INS.

Cuadro No. 164 Investigación, Ciencia y Tecnología
2006-2010

PROYECTOS EN EJECUCIÓN	2006	2007	2008	2009	2010
Total en ejecución	37	44	45	52	44
Entidades Nacionales	24	25	29	32	29
Entidades Internacionales	11	13	7	13	7
Instituto Nacional de Salud	2	6	9	7	8

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Cuadro No. 165 Publicaciones Científico-Técnicas
Julio 2006 a marzo 2010

PUBLICACIONES CIENTÍFICO – TÉCNICAS	2006	2007	2008	2009	2010
Protocolos de Investigación enviados a convocatorias	20	8	26	12	4
Publicaciones en revistas indexadas nacionales	22	27	28	21	8
Otras Publicaciones y documentos técnicos (IQUEN, Libros, Manuales)	12	19	36	45	14

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro anterior detalla el número de publicaciones científico-técnicas presentadas entre julio 2006 a marzo 2010.

8.4 Cooperación y Relaciones Interinstitucionales

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2009, el Instituto Nacional de Salud suscribió aproximadamente 80 convenios de cooperación científica y tecnológica con entidades Nacionales e Internacionales, entre ellos:

- Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas, CIDEIM
- Universidad Nacional de Colombia
- Universidad Distrital “Francisco José de Caldas”
- Universidad Juan N. Corpas
- Instituto Carlos III de España
- Departamento Nacional de Planeación (DNP)
- Universidad de los Andes
- Marina de los Estados Unidos
- Renal Therapy Services (RTS)
- INVIMA

ICBF

En el marco del fortalecimiento institucional, el ICBF durante el cuatrienio ha diseñado, implementado y certificado el **Sistema de Gestión de la Calidad** para la totalidad de procesos y puntos de atención del ICBF. En 2006 se recibe la primera certificación de calidad bajo la norma NTC ISO 9001:2000, para el proceso Administrativo de Protección y Adopciones en 4 Regionales (2006). Posteriormente, en diciembre 19 de 2008 se obtuvo a través de ICONTEC el Certificado de Calidad bajo la norma técnica ISO 9001:2000 en la Dirección Nacional y 13 Regionales. Finalmente, en marzo 11 de 2009, se amplió la certificación bajo la norma NTCGP 1000: 2004 para las mismas 13 regionales y la Dirección Nacional y el 21 de octubre de 2009 se otorgó la ampliación a la certificación bajo la norma ISO 9001:2000 y NTCGP 1000:2004 por el ICONTEC a las 20 regionales restantes, con lo cual todo el ICBF queda certificado.

El ICBF con la convicción de la importancia que conlleva evaluar su accionar, ha promovido y apoyado financiera y técnicamente el desarrollo de evaluaciones e investigaciones sobre los resultados de sus programas. Entre estas cabe resaltar la evaluación de impacto del programa de formación y atención a la primera infancia realizada por la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes; la Evaluación de resultados del programa “Ayatajirawa” realizada por la Universidad del Cauca; la evaluación de impacto del programa de mejoramiento de vivienda de hogares comunitarios en Cartagena, Bolívar realizada entre el Instituto de Estudios Fiscales de Londres y

Sistemas Especializados de Información y finalmente, se destaca la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN, que se encuentra en curso.

Finalmente y en búsqueda del fortalecimiento institucional, el ICBF efectuó una reorganización mediante el Decreto 117 de 2010. Este proceso es un claro ejemplo del compromiso del Gobierno y del ICBF frente al futuro del País, ya que estos cambios institucionales permiten a la entidad enfrentar los grandes retos que tiene con una mayor capacidad de planeación, acción, articulación, evaluación y mejoramiento continuo.

Superintendencia Nacional de Salud

Desarrollo informático y tecnológico

La Superintendencia realizó el Desarrollo e Implementación del proyecto Sistema de Control del Juego de Apuestas Permanentes en Línea y Tiempo Real; esta herramienta permite conocer el valor de las apuestas de chance en el momento en que se realizan y ejercer un mejor control a las transferencias para salud por parte de los concesionarios que tienen a su cargo la operación del juego, en los diferentes departamentos del país.

Adicionalmente, se consolidó la modernización de la plataforma e infraestructura tecnológica de la Superintendencia en su nueva sede, garantizando el cubrimiento de las necesidades de redes de datos, equipos para usuario final, dispositivos de digitalización e impresión, así como, equipos de alta disponibilidad para el procesamiento, almacenamiento y aseguramiento de datos.

8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

Sistema de Gestión de Calidad y MECI

La Superintendencia Nacional de Salud, una vez implementado del Sistema de Gestión de Calidad; contrató con la firma SGS Colombia, la auditoría del Sistema, una vez realizada dicha auditoría, la mencionada entidad certificadora, otorgó la Certificación de la Superintendencia Nacional de Salud en la Norma Técnica de Calidad NTC-GP 1000:2004 y en la Norma Técnica ISO 9000 versión 2000.

Adicionalmente, se adquirió el aplicativo MEJORAMISO, el cual permite realizar la administración del Sistema de Gestión de Calidad y MECI de la entidad.

Igualmente se diseñó e implementó un Sistema de Mando Integral, que permite administrar el sistema de Planeación de la Superintendencia, incluyendo: el Plan Estratégico, los Proyectos de Inversión, El Plan Anual de Gestión y la Cuenta de que se presenta a la Contraloría General de la Nación.

Con la expedición de la Norma Técnica NTC-GP 1000:2009, la Superintendencia está realizando los ajustes y actualizaciones necesarias al Sistema de Gestión de calidad, a sus procesos y procedimientos y demás instrumentos técnicos, para obtener en el presente año la Recertificación de su sistema.

8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano

En desarrollo de la política de racionalización de trámites y procedimientos administrativos, se expidió la Resolución No. 831 de 2009, "Por medio de la cual se ordena la creación del Comité Antitrámites y de Gobierno en Línea de la Superintendencia Nacional de Salud", con el objeto de dar un manejo a la estrategia Antitrámites y de Atención Efectiva al Ciudadano, en conjunto con el liderazgo, la planeación e impulso a la Estrategia de Gobierno en Línea.

INVIMA

El modelo de gestión adoptado por el INVIMA, permitió la acreditación de los laboratorios de Alimentos bajo la norma ISO 17025/2005, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio acreditación que valida las técnicas aplicadas en el instituto, bajo un sistema de gestión de calidad con reconocimiento internacional.

El INVIMA fue auditado por la Organización Panamericana de la Salud obteniendo una calificación Nivel III en escala de I a IV, logrando afianzar no solo el posicionamiento en el ámbito sanitario de la región sino el reconocimiento internacional del estatus sanitario de Colombia, factor clave para la competitividad.

Dentro del Índice de Transparencia Nacional, el INVIMA ocupa el primer lugar en la clasificación dentro de las de las instituciones del sector de la Protección Social con un cumplimiento del 81%.

8.1.1. Sistemas de información y estadísticas

En el cuatrienio 2006-2010 con el propósito de fortalecer los controles, obtener una información actualizada de los medicamentos que contienen sustancias de control especial que son distribuidos a nivel nacional, se suscribió un convenio interadministrativo entre INVIMA y Fondo Nacional de Estupefacientes para el diseño y desarrollo de un servicio Web que el Fondo tenga acceso directo a la base de datos de registros sanitarios, certificados de buenas prácticas de manufactura e información de Farmacovigilancia que posee el Invima.

De otra parte, se dio prioridad a los siguientes desarrollos tecnológicos: adecuación del aplicativo "Automatización de Registros Sanitarios" para la implementación de la firma digital en la expedición y notificación de algunos trámites; desarrollo del aplicativo "Inspección Sanitaria en Puertos" para la

solicitud, pago y generación de certificados en los pasos de primera barrera; adquisición y puesta en marcha del aplicativo de gestión documental para la digitalización de documentos asociados a trámites sanitarios para operación y consulta a través de la red; actualización del aplicativo de registros, correspondencia y peticiones, quejas y reclamos; desarrollo del aplicativo para remisión de archivos electrónicos de trámites generados por el INVIMA con destino a la Cancillería para agilizar el trámite de consularización (Apostillé). Finalmente, se desarrollaron las fases 1 y 2 del “Proyecto de desarrollo y puesta en marcha del Sistema de Información de apoyo a las actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), con el fin de contar con una herramienta que permita la toma de decisiones de manera oportuna para quienes ejercen estas funciones en el INVIMA y otras entidades del Estado Colombiano.

8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano

En el periodo objeto de análisis, el Instituto desarrolló el servicio de Internet WEB SERVICE con el fin de dar información detallada de acuerdo con los requerimientos de cada entidad, facilitando la consulta de información en tiempo real las 24 horas del día durante todo el año. De igual forma ejecutó el proyecto para dotar a la entidad de un sitio Web renovado, que permita el contacto permanente y acceso de la información al ciudadano con la posibilidad de interactuar con de los diferentes trámites y servicios que se ofrecen a través del sitio Web.

Con el fin de reconocer la percepción del ciudadano y los usuarios vigilados sobre las acciones del INVIMA, se aplicó una encuesta por parte de la firma IPSOS - NAPOLEON FRANCO a 401 ciudadanos y 201 vigilados. Los resultados indican que la satisfacción del usuario es alta (74%). Para la población en general, prima las recomendaciones en materia de vigilancia y control sobre los productos objeto de la acción por parte del Instituto; para las empresas vigiladas, son las medidas que se deben tomar para mejorar las actividades asociadas con la cadena productiva.

En cuanto a la Estrategia de Gobierno en Línea, el INVIMA obtuvo un puntaje de 100/100 en las fases de Información, Interacción y Transacción, ocupando el segundo lugar entre 17 Entidades del Sector de la Protección Social. La gestión del INVIMA en conectividad y optimización de trámites, aportó al reconocimiento de la ONU a Colombia: primer lugar en Latinoamérica en el ranking de Gobierno Electrónico.

8.2.2. Participación y Control Social

Durante este periodo se crearon los Comités de Participación del Sector Productivo, con el fin de lograr una interacción como órganos de participación y socialización entre el INVIMA y el sector productivo en la implementación, ejecución de las políticas y regulación sanitaria establecida por el Gobierno

Nacional. Los Comités representan los productos que a la fecha son objeto de vigilancia.

8.3 Investigación, ciencia y tecnología en el sector

En desarrollo del proceso de Farmacovigilancia se elaboró el Manual de Vigilancia y Control de Productos Farmacéuticos para las entidades territoriales, y se actualizó el Vademécum Colombiano de Plantas Medicinales que incluye 130 plantas con actividad farmacológica de uso en Colombia. De manera conjunta con el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial se expidió la Resolución sobre uso de los Clorofluorocarbonados –CFC como propelentes en la industria farmacéutica. De otra parte, el Invima adelantó acciones de coordinación y monitoreo del Programa Interlaboratorios de Control de Calidad de Agua Potable – PICCAP - con el fin de asegurar la idoneidad y fiabilidad de los laboratorios que efectúan este tipo de análisis.

8.4 Cooperación y Relaciones internacionales

Durante este periodo se realizó el Convenio marco inter-administrativo de cooperación celebrado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que tiene por objeto crear y desarrollar un sistema articulado de coordinación, cooperación y colaboración interinstitucional entre las Entidades, para optimizar procesos administrativos y técnicos, con el fin de facilitar la expedición de los Registros Sanitarios, los conceptos de Condiciones Sanitarias y Permisos Sanitarios de comercialización y demás trámites que correspondan para los productos elaborados tanto por el SENA, a través de sus centros de formación, como para los pequeños empresarios y los microempresarios, en el territorio nacional, de igual forma brindar asesoría, capacitación y asistencia técnica a los entes territoriales en estos temas.

Anexo No. 01. Distribución de Recursos para concurrir a la Financiación de la Atención de Poblaciones Vulnerables, por tipo de población 2006 a 2010

ENTIDAD TERRITORIAL	DESPLAZADOS	INMPUTABLES	PSICOSOCIAL	DISCAPACIDAD	GRUPOS ÉTNICOS	CICLO DE VIDA	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA	TOTAL
Amazonas	58,888,669	0	0	226,500,999	0	19,700,000	440,691,457	745,781,125
Antioquia	19,578,693,155	6,371,096,200	450,840,000	1,517,034,973	30,000,000	70,652,000	0	28,018,316,328
Arauca	1,641,597,589	0	0	122,023,013	40,000,000	32,100,000	343,331,516	2,179,052,118
Atlántico	1,323,175,754	0	0	394,041,452	0	40,232,000	0	1,757,449,206
Barranquilla	1,995,743,673	2,473,750,350	0	0	0	0	0	4,469,494,023
Bogotá	11,133,608,358	9,222,456,550	0	948,790,000	5,000,000	59,523,000	470,502,696	21,839,880,604
Bolívar	3,893,192,099	0	0	445,008,008	5,000,000	65,258,000	0	4,408,458,107
Bucaramanga							0	0
Cartagena	5,840,768,230	0	0	0	5,000,000	0	56,323,522	5,902,091,752
Boyacá	1,492,040,666	838,958,300	0	266,947,140	0	73,330,000	253,800,000	2,925,076,106
Caldas	654,407,854	1,886,716,300	0	192,428,293	10,000,000	28,300,000	0	2,771,852,447
Cali				0				0
Caquetá	1,484,061,051	0	0	324,690,044	50,000,000	50,368,200	0	1,909,119,295
Casanare	166,950,533	0	0	124,078,802	0	24,800,000	501,800,000	817,629,335
Cauca	4,210,618,356	0	0	345,832,649	310,000,000	80,280,000	0	4,946,731,005
Cesar	8,561,922,249	0	273,360,000	279,802,347	135,000,000	26,278,000	0	9,276,362,596
Choco	4,186,683,672	0	267,240,000	599,965,215	60,000,000	43,400,000	305,000,000	5,462,288,887
Córdoba	6,330,257,514	0	0	392,599,233	35,000,000	63,465,000	0	6,821,321,747
Cundinamarca	2,820,300,420	0	0	413,069,614	45,000,000	82,454,000	0	3,360,824,034
Florencia		0		0	0	0	61,017,283	61,017,283
Guainía	183,998,145	0	0	265,858,616	0	28,810,000	253,800,000	732,466,761
Guajira	2,931,030,122	0	0	245,878,798	10,000,000	0	0	3,186,908,920
Guaviare	1,200,507,927	0	0	144,542,000	30,000,000	25,756,000	253,800,000	1,654,605,927

ENTIDAD TERRITORIAL	DESPLAZADOS	INMPUTABLES	PSICOSOCIAL	DISCAPACIDAD	GRUPOS ÉTNICOS	CICLO DE VIDA	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA	TOTAL
Huila	3,243,715,286	0	0	367,939,265	30,000,000	90,759,000	260,000,000	3,992,413,551
Magdalena	1,323,305,944	4,803,848,500	0	893,608,620	20,000,000	30,764,000	119,245,938	7,190,773,002
Manizales		0		40,104,000	0	16,716,000	0	56,820,000
Medellín		0		230,361,000	0	42,991,000	0	273,352,000
Meta	3,892,048,402	0	157,080,000	551,798,811	30,000,000	29,700,000	360,577,104	5,021,204,317
Nariño	4,346,589,119	2,964,534,900	0	399,922,343	55,000,000	56,862,000	81,552,509	7,904,460,871
Norte Santander	5,636,671,973	801,504,050	0	844,631,727	0	30,332,000	241,800,000	7,554,939,750
Pasto						22,093,000	0	22,093,000
Putumayo	6,878,858,569	0	246,840,000	421,416,067	70,000,000	54,782,000	45,000,000	7,716,896,636
Quindío	3,340,176,950	2,927,065,300	150,960,000	371,727,881	10,000,000	33,582,000	260,000,000	7,093,512,131
Risaralda	1,176,139,585	1,407,389,006	112,200,000	524,823,289	10,000,000	26,900,000	260,000,000	3,517,451,880
San Andrés	1,860,175,016	0	0	172,843,173	0	10,200,000	241,800,000	2,285,018,189
San José Del Guaviare		0		0	0	0	45,000,000	45,000,000
Santa Marta	13,000,000	0	0	0	0	0	0	13,000,000
Santander	4,976,326,020	5,658,648,500	0	1,101,451,217	0	53,149,000	47,282,079	11,836,856,816
Sucre	6,547,758,828	0	0	281,973,987	15,000,000	67,211,000	76,868,006	6,988,811,821
Tolima	3,552,963,444	2,033,141,300	0	306,130,938	20,000,000	94,519,000	47,906,902	6,054,661,584
Valle	8,352,143,645	4,700,061,900	259,080,000	525,773,760	30,000,000	122,401,000	50,900,988	14,040,361,293
Vaupés	73,591,064	0	0	258,161,570	0	28,908,000	0	360,660,634
Vichada	467,670,719	0	0	305,841,156	0	25,922,000	0	799,433,875
Contrato Pastoral Social			13,169,051,723					13,169,051,723
TOTAL	135,369,580,600	46,089,171,156	15,086,651,723	14,847,600,000	1,060,000,000	1,652,497,200	5,078,000,000	219,183,500,679