



Agosto de 2020.

Mensaje editorial

En este número

Mensaje editorial

- 2 Noticias de la Universidad
- 3 Noticias del programa
- 4 Noticias del sector salud

En un informe conjunto: “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el Covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe” de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la secretaria ejecutiva de la CEPAL, Alicia Bárcena, afirma que “no hay dilema entre economía y salud, la salud es primero”, y destaca que la salud es un derecho humano, y también un pilar económico de las sociedades. La CEPAL – OPS, señalan que: “No hay apertura económica posible sin que previamente se haya controlado la curva de contagio. Es primordial aplanar la curva y controlar la enfermedad mediante medidas de salud pública tales como la detección de casos, el distanciamiento físico, la trazabilidad y aislamiento de los casos y contactos, y la intensificación de los testeos. Esta última medida es crucial para lograr el equilibrio óptimo entre la prevención y las condiciones económicas” situación que Colombia está lejos de cumplir. La pandemia se ha convertido en una inédita crisis económica y social que podría transformarse en una crisis alimentaria, humanitaria y política, al irrumpir en un escenario económico, social y político complejo, en un contexto de bajo crecimiento y elevados niveles de informalidad laboral. El desempleo aumenta, al igual que la tasa de pobreza. Los desafíos estructurales de la pobreza, la desigualdad y la debilidad de los sistemas de protección social y de salud han exacerbado la vulnerabilidad de la región ante la pandemia. Las medidas de distanciamiento físico necesarias para controlar la transmisión, que incluyen la suspensión de actividades no esenciales y cuarentenas, tienen consecuencias en términos de pérdida de empleos y de ingresos. Un grupo particularmente vulnerable son los trabajadores informales en su mayoría mujeres, los pueblos indígenas y los afrodescendientes y exacerbará la vulnerabilidad de los migrantes y los refugiados. Representa también, un mayor riesgo para las personas mayores de 60 años y las personas en situación de discapacidad. La propagación del virus puede dificultar el tratamiento de las enfermedades crónicas más frecuentes en estos grupos, exponiéndolos a una muerte anticipada.

El sistema de salud evidencia debilidades, insuficiente capacidad instalada, subfinanciación, segmentación y fragmentación, con barreras de acceso, han producido un efecto de desplazamiento de la atención de enfermedades distintas del COVID-19, posponiéndose o interrumpiéndose especialmente la atención de morbilidad y la actividad programática y de control de las enfermedades no transmisibles y crónicas.

Sin controlar la pandemia es imposible pensar en la reactivación económica. Para enfrentar la pandemia las políticas de salud, sociales y económicas deben ser integradas, coordinadas, participativas y adaptadas al contexto nacional y subnacional y estar guiadas por principios fundamentales. La vida, la salud y el bienestar son primordiales y constituyen prerrequisitos para reactivar la economía, de modo que las políticas de control y mitigación en materia de salud y la política económica estén alineadas. La reducción de las desigualdades, permitirán la construcción de sociedades más igualitarias, inclusivas y resilientes. La protección social es una herramienta central para enfrentar la pandemia, de manera que la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión debe ser una pieza fundamental.

Debemos consolidar un plan nacional y un consenso intersectorial, estructurado en tres fases no lineales e interrelacionadas —de control, reactivación y reconstrucción—, considerando la participación de actores técnicos y representativos del campo de la salud y de diversos ámbitos sociales y económicos.

2. Fase de control de la epidemia

No debería haber apertura económica sin que la curva de contagios haya sido controlada a través de medidas de salud pública como la suspensión de actividades no esenciales y otras medidas de distanciamiento social, la trazabilidad de los casos y su aislamiento, el monitoreo de los contactos y la intensificación de las pruebas de

trazabilidad de los casos y su aislamiento, el monitoreo de los contactos y la intensificación de las pruebas de diagnóstico. Las medidas de salud pública dirigidas a aplanar la curva de contagios deben ir de la mano de medidas de protección social. Generar espacio fiscal para reforzar las acciones de los sectores de la salud y la protección social, y preservar la capacidad productiva de la economía. Financiar servicios de salud, con sistemas de información y transformación digital, en el marco de modelos de atención basados en la comunidad y su territorio, eliminar barreras de acceso, incluidos los copagos para el diagnóstico y el tratamiento del COVID-19 y las comorbilidades, proteger a los trabajadores de la salud, implementar un ingreso básico de emergencia, que permitiría sostener el consumo y satisfacer necesidades básicas, favoreciendo la adhesión a las medidas de distanciamiento físico. Asegurar el funcionamiento de la cadena de suministro de alimentos y proporcionar un bono contra el hambre, mediante modalidades como transferencias monetarias, canastas de alimentos o cupones de alimentos. En Colombia la cuarentena inició el martes 24 de marzo a la media noche, pero el Decreto 531 del 8 de abril, solo 15 días después, ya le daba vía libre a 35 excepciones y anunciaba el reinicio de dos sectores productivos que movilizan a millones de personas, y mostraba en su texto que la finalidad era rescatar la economía: el sector de la construcción y el de la industria de manufactura.”. Para el 1 de junio ya eran 43 las excepciones (decreto 749 de 2020) y aunque la “cuarentena” se sigue extendiendo, y adicionamos el nivel de disciplina social su efecto parece más simbólico que práctico y real.

4. Fase de reactivación de la economía

Se da en el marco de un escenario de elevada incertidumbre, alejada de una concepción de recuperación lineal, y con altas probabilidades de rebotes de la pandemia. Se hace necesario considerar una transmisión comunitaria controlada y contar con una capacidad efectiva de vigilancia de nuevos casos, disponibilidad de pruebas, seguimiento de contactos y monitoreo continuo. debe ser gradual y basarse en protocolos sanitarios que permitan contener la propagación del virus. Para garantizar una reactivación segura es necesario definir estándares y procedimientos que minimicen los riesgos de contagio, considerando la especificidad de los sectores productivos y territorios, y que prioricen la protección de los trabajadores y los consumidores.

A fin de enfrentar el impacto sobre las condiciones de pobreza y desigualdad, se recomienda que continúen las transferencias monetarias y que lleguen a amplios estratos de la población, incluidos aquellos que son vulnerables a caer en condiciones de pobreza. Se debe avanzar hacia un pacto social entre múltiples actores, ya que la crisis puede profundizar expresiones de malestar, desconfianza y desafección respecto de la democracia, lo que constituye un riesgo importante para la cohesión social y el desarrollo sostenible. Un nuevo pacto social para la sostenibilidad que contemple la esfera de la salud y las áreas social, fiscal, productiva y ambiental puede sentar las bases para construir un estado de bienestar apoyado por las tecnologías digitales que favorezca una reactivación con igualdad y sostenibilidad. Es necesario apoyar a las empresas que van a cerrar debido a la crisis mediante subsidios a las microempresas afectadas. El rescate de las grandes empresas debe condicionarse a que se mantengan los contratos de trabajo, no se invierta en paraísos fiscales y no se redistribuyan las ganancias entre los socios.

3. Fase de reconstrucción: reconstruir mejor y con más equidad

Se requiere una concepción de la salud como un derecho humano y un bien público garantizado por el Estado, con el debido esfuerzo fiscal para su financiamiento. Se debe ampliar el acceso universal a la salud y fortalecer los sistemas de salud con un enfoque basado en la atención primaria de salud, priorizando a las poblaciones particularmente vulnerables. Concebir al sector como un sector económico dinámico que tiene un efecto expansivo sobre el resto de la economía.

Las reformas a los sistemas de salud deben contribuir a robustecer el ejercicio de las funciones de salud pública. La agenda renovada de la OPS sobre funciones esenciales de salud pública permite interpretar los actuales desafíos de la salud pública, considerando los determinantes sociales de la salud, la equidad y un abordaje integrado de servicios individuales y servicios colectivos de salud pública. Es necesario fortalecer los sistemas de información y transformación digital de apoyo en salud para mejorar el acceso, la calidad y la capacidad resolutoria, así como la vigilancia de enfermedades y la respuesta a brotes. Consolidar sistemas de protección social universales e integrales, incluidas políticas de salud y de cuidados, basados en un enfoque de derechos y de género y sensibles a las diferencias, con mecanismos dirigidos a abordar las barreras y necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales. La política económica debe contribuir a la reconstrucción a través de una política fiscal progresiva y un gasto público suficiente, eficiente, efectivo y equitativo, abordando las debilidades estructurales de los sistemas fiscales, como la baja carga tributaria, su estructura regresiva y la evasión fiscal. Se debe reducir su dependencia de productos médicos importados, y fortalecer sus capacidades productivas en las industrias farmacéutica y de insumos y aparatos médicos. Se requiere reconstruir con mayor sostenibilidad ambiental y combatir el cambio climático, tomando en cuenta la fragilidad del ecosistema, para prevenir futuras enfermedades zoonóticas.



informe-congreso-2
019-2020Vfinal (2).p

Noticias de la Universidad



**Universidad
de Santander**
Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
VIGILADA MINEDUCACIÓN

SUBSIDIOS, APOYOS Y BECAS EN MATRÍCULAS A ESTUDIANTES UDES EN
TIEMPOS DE COVID-19

Para el segundo semestre de 2020, la Universidad de Santander ha tomado la decisión de incrementar el monto de subsidios, apoyos y becas, destinando una partida adicional de seis mil novecientos setenta millones de pesos (\$6.970.000.000.oo), para un total de doce mil millones de pesos (\$12.000.000.000.oo) en beneficio de nuestros estudiantes. Estos subsidios, apoyos y becas adicionales se aplican y ven reflejados directamente en los recibos de pago de matrícula, donde además de los anteriores apoyos económicos descritos, se incluye un descuento del 10% en el valor de la matrícula por el concepto de la situación financiera originada por la pandemia del COVID-19.

La Universidad de Santander ofrece 20 tipos de subsidios, apoyos, becas y estímulos favoreciendo a su Comunidad Universitaria; estos descuentos se seguirán otorgando, para lo cual el estudiante hace la solicitud en la plataforma GÉNESIS.

La Universidad de Santander tiene convenios con diferentes entidades (Cajasan, Mindefensa, Coinversiones, Inpec, Sena, y Alianzas con colegios) que benefician a nuestros estudiantes con subsidios y descuentos para el pago de sus matrículas, otorgándose entre el 10% y el 20% de descuento en el valor de la matrícula; estos descuentos serán acumulados en el periodo B-2020 con el descuento por contingencia COVID-19, hasta en un 30%.



**Universidad
de Santander**
Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
VIGILADA MINEDUCACIÓN

PRIMER DOCTORADO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PAÍS

El Ministerio de Educación Nacional otorgó el registró calificado por 7 años al primer programa de doctorado de la Universidad de Santander, UDES, en Enfermedades Infecciosas, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud y único en su tipo en el país, con el que se busca contribuir al análisis y resolución de los problemas de salud pública regionales y nacionales. El doctorado, que está dirigido a los profesionales de las áreas de medicina, bacteriología, microbiología, enfermería, odontología, medicina veterinaria y carreras afines con las ciencias de la salud y ciencias biológicas, responde “de manera pertinente a las necesidades del entorno social, teniendo en cuenta que en los últimos 20 años los agentes emergentes y reemergentes de enfermedades como el SARS, el MERS, el ébola, el dengue, el zika, el chikungunya, la influenza A(H1N1) y el reciente COVID-19 han evidenciado más que nunca, que las infecciones continúan siendo una amenaza y un marcador disruptivo de la vida humana”, explicó Liliana Torcoroma García Sánchez, directora del doctorado en Enfermedades Infecciosas.

Noticias del Programa



Vicerrectoría

Maestría en Gestión de

PBX: 6516500



**Universidad
de Santander**

Noticias del Sector salud



INFORME AL CONGRESO DE LA REPUBLICA. 2019-2020

Tomado de Ministerio de Salud y Protección social

[file:///C:/Users/usuario/Desktop/informe-congreso-2019-2020Vfinal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/informe-congreso-2019-2020Vfinal%20(1).pdf)



AVANCES Y RESULTADOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP

Los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, se centran en: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; y 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. En el marco de estos objetivos, a continuación, se presentan parte de los logros y resultados obtenidos en el PDSP 2012-2021. El PDSP 2012-2021 contiene 209 metas, de las cuales 134 son de gestión y 75 de resultado. De acuerdo con el informe de seguimiento a las metas del Plan para el periodo 2012-2018, se encuentran los siguientes resultados:

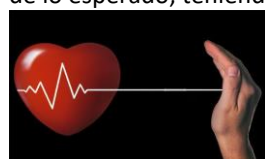
- El 49% (103) de las metas se ubican en un rango muy bueno, por encima del 75% del cumplimiento.
- El 53% (71) de las metas de gestión se ubican en un rango de cumplimiento de muy bueno (34) y (37) en el rango de bueno, con un 25% de cumplimiento.
- El 50% (37) de las metas de resultado se ubican en un rango muy bueno y bueno.



VACUNACIÓN: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI

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

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores a diciembre de 2019 quedaron en 93,5% para pentavalente (3 dosis) para población menor de un año, triple viral (al año de edad) en 94,5%, respectivamente, encontrándose levemente por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta que la cobertura esperada para los biológicos del esquema es del 95%



INSTRUMENTOS NORMATIVOS SOBRE MUERTE DIGNA

Obedeciendo las órdenes de la Corte Constitucional: Sentencia T-423 de 2017, Sentencia T-544/17 y Sentencia T-423 de 2017, se proyectó la Ley sobre Muerte Digna, la Resolución de Derechos del Paciente y la Resolución para el sistema de reporte de solicitudes de Eutanasia, respectivamente. Se espera tramitar el proyecto de ley y consultar formas de modificación a Resolución 1216 de 2015, en torno al consentimiento sustituto (Sentencia T-721 de 2017).



SALUD AMBIENTAL

Seguridad Vial

Se dio la suscripción de dos pactos intersectoriales: “Por la Seguridad Vial en Colombia” por parte del Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) y el Comité Empresarial de Seguridad; y el “Pacto por la seguridad vial de los niños, las niñas y los adolescentes en las vías de nuestro país”, por parte de Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social y DNP.

Mercurio

Se realizó la consolidación del documento de instrucciones para la participación de la Delegación Nacional en la Reunión Regional Preparatoria y la Tercera Conferencia de las Partes (COP3) del Convenio de Minamata sobre mercurio

Glifosato

En el marco de la Sentencia T-236 de 2017, la Corte Constitucional analizó el Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos por Aspersión Aérea con Glifosato- PECIG y se desarrolla lo siguiente: Revisión y entrega al Instituto Nacional de Salud-INS del proceso de análisis de riesgos, con énfasis en la evaluación que permita definir el nivel de riesgo que para la salud humana representa el uso de una sustancia para los cultivos de uso ilícito. Así mismo, se realizó la planeación y gestión de recursos para segunda fase del proceso en la vigencia 2020.

Prohibición del uso del asbesto (Ley 1968 de 2019):

Se realizó la gestión para la promulgación de la Ley 1968 de 2019 “Por la cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos”; participando activamente en las reuniones de la mesa de trabajo para adelantar la Política Pública para Sustitución de Asbesto Instalado (Art.3) Ley 1968 de 2019.

Aire y Salud

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), desarrolla la hoja de ruta del Programa de Calidad del Aire, la cual busca “reducir los efectos adversos a la salud por la contaminación del aire en las Américas” e incidir así en doble vía al incluir la calidad del aire en los programas de salud y salud en la gestión de la calidad del aire, a partir de líneas de acción correspondientes a: a) ampliar la base de conocimiento, b) apoyar el seguimiento y presentación de informes, c) reforzar el liderazgo y coordinación, y d) fortalecer capacidades institucionales.

Agua

Desde la mesa de agua de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental-CONASA como el espacio permanente de articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Minas y Energía, el Instituto Nacional de Salud-INS, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales-IDEAM, Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, y la Superintendencia de Servicios Públicos, se realizan acciones coordinadas en los territorios que presentan mayores niveles de riesgo de la 74 calidad del agua, teniendo en cuenta las acciones que benefician la Disponibilidad, Acceso y Calidad del Agua.

Yacimientos No Convencionales-YNC

Se efectuó la participación del Ministerio de Salud y Protección Social en la socialización del informe denominado “Informe sobre efectos ambientales (bióticos, físicos y sociales) y económicos de la exploración de hidrocarburos en áreas con posible despliegue de técnicas de fracturamiento hidráulico de roca generadora mediante perforación horizontal”, elaborado por la Comisión Interdisciplinaria Independiente, conformada por un grupo de académicos y expertos en varias áreas relevantes del conocimiento, la cual fue convocada por el gobierno nacional y cuyas recomendaciones han sido tenidas en cuenta para tomar decisiones políticas referidas al aprovechamiento del potencial geológico de recursos no convencionales.



GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

A través de la Resolución 3513 de 2019 se fijó la cobertura en la implementación de las Intervenciones en progresividad de la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 0276 de 2019 que deben alcanzar las EAPB en su población afiliada²⁵. La última autoevaluación sobre la implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud se realizó en febrero de 2019 y fue reportada por 24 entidades territoriales y por 27 EAPB. Los resultados fueron los siguientes: entre las EPS con avance superior al 50% fueron Alianza, Comfamiliar Nariño, Capital Salud, Nueva EPS, Comfenalco Valle, Capresoca, Sura, Savia Salud, Cajacopi y las EPS con avance entre el 36% y 49% fueron Asmet Salud, Ambuq, Ecoopsos, Comfamiliar La Guajira, Emsanar, Coosalud, Cruz Blanca, Medimas, Salud Total, Compensar, Comfamiliar Cartagena-Bolívar, Comfaorient, Sanitas, EPM, Coomeva, Comparta, Comfamiliar Huila, Comfacundi. Entre las Entidades Territoriales con desempeño superior al 50% han avanzado en la socialización de las RIAS a todos los actores del territorio; el análisis de barreras y facilitadores; los acuerdos para la gestión de las barreras identificadas y el plan de acción territorial para la implementación de las RIAS.

CALIDAD Y GESTIÓN EN SALUD



CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La habilitación es el componente de entrada al Sistema que define las condiciones mínimas esenciales obligatorias para la prestación de servicios de 106 salud en el país, en el marco del cual se continuó con la implementación de la habilitación de servicios de salud y de formas funcionales de su organización, como las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer; Centros de Referencia para la Atención de Enfermedades Huérfanas y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

Habilitación de servicios de salud

Teniendo en cuenta lo definido en el Decreto 780 de 2016 sobre el ajuste periódico y progresivo de los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y teniendo en cuenta lo establecido en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022 acerca de la articulación de todos los agentes del sector salud en torno a la calidad, robusteciendo los sistemas de habilitación y acreditación, se llevó a cabo un proceso participativo para la expedición de la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, con la actualización y modernización de las condiciones de habilitación y la armonización normativa, en la búsqueda de mayor calidad, efectividad y eficiencia en su prestación, incluyendo criterios específicos para zonas dispersas. En la actualidad se continúa con la socialización de la norma con entidades territoriales y prestadores, así como el proceso de alistamiento en el marco de la transitoriedad establecida en dicha resolución. De otra parte, conforme lo señalado en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el Artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio realizó visitas previas de verificación de servicios nuevos de oncología registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, en todo el país. Dichas visitas fueron suspendidas a partir del 22 de noviembre de 2019, según lo establecido en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” que modificó las normas anteriores, señalando que toda nueva institución prestadora de servicios de salud, los nuevos servicios de urgencias, alta complejidad y oncología, para iniciar actividades deben contar con la verificación previa del cumplimiento de las condiciones de habilitación expedida por las secretarías de salud departamental o distrital. En consecuencia, en el período junio 1–22 de noviembre de 2019, se gestionaron 124 visitas previas a los proponentes de nuevos servicios de oncología, con resultado de 80 servicios habilitados, 24 no 107 habilitados y 20 visitas fallidas. Los departamentos y distritos en los cuales se presentaron el mayor número de solicitudes fueron Atlántico, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Cesar. Así mismo, la Oficina de Calidad del MSPS preside el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación, a través del cual se revisaron y recomendaron los Manuales de Estándares de Acreditación de Imagenología y el Manual de Estándares de Laboratorios Clínicos, siendo expedida la actualización del Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos de Colombia V 2.0, mediante la Resolución 207 del 17 de febrero de 2020. Del periodo de junio del 2019 a la fecha, fue otorgada la acreditación, por el ente acreditador en salud ICONTEC, a 5 nuevas IPS: Corporación Juan Ciudad (Hospital Universitario Mayor Mederi-Hospital Universitario Barrios Unidos), Empresa Social del Estado Salud del Tundama, Clínica de la Mujer SAS, Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE y Hospital San Vicente de Paul de Nemocón ESE. Adicionalmente, le fue otorgada la categoría de excelencia al Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.

Habilitación de Unidades Funcionales de Atención de Cáncer de Adultos e Infantil

Durante el período se continuó con la implementación de la Resolución 1477 de 2016 sobre habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto-UFCA y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil UACAI, mediante el apoyo a las Entidades Territoriales de Salud para el fortalecimiento de sus capacidades para la asistencia técnica a los prestadores de su jurisdicción y de verificación de las condiciones de habilitación. A la fecha se cuenta con una UACAI habilitada, que corresponde a la IPS Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto y están en proceso de postulación las IPS: Fundación Valle de Lili de Cali, Clínica Materno Infantil San Luis de Bucaramanga y una Red Integral de Prestación de Servicios de Salud conformada por la EPS Sanitas en el Departamento de Santander. Con respecto a las UFCA, se 108 encuentran dos habilitadas: la IPS Fundación Hospital San Pedro de Pasto y la IPS Sociedad Médica Rionegro–SOMER S.A. de Rionegro; en tanto están en proceso de postulación las IPS: Clínica Colsanitas S.A. de Bogotá, Clínica la Estancia S.A. de Popayán, Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de Medellín, Clínica Oncológica Aurora SAS de Pasto, y Fundación Valle de Lili de Cali.

Habilitación de Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas

Se prosiguió con la implementación de la Resolución 651 de 2018 “Por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención”, con el propósito de garantizar la atención integral a las personas que padecen tales enfermedades.

2.11.4 Habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud Se continuó con la implementación de la Resolución 1441 de 2016 por la cual se “establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS”, modificada por las Resoluciones 5401 de 2018 y 1344 de 2019 con relación al plazo para la realización de la solicitud de habilitación por parte de las EPS, y del plazo y posterior revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las RIPSS constituyen un instrumento para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud, bajo atributos de integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con acceso adecuado y pertinente para la población, optimización de los recursos humanos, de infraestructura, de tecnología, así como la sostenibilidad financiera. Para su especificación, la regulación expedida determinó que el Departamento o Distrito donde está autorizado para operar la EPS o la Superintendencia Nacional de Salud habilita la RIPSS, si se verifica el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación de acuerdo con lo definido, incluyendo los análisis de suficiencia de red. Con base en lo anterior, estas instituciones en 2019 dieron concepto respecto a la habilitación de las RIPSS, en los cuales, de las 323 solicitudes de habilitación de redes de las EPS en los departamentos y distritos, a la fecha se encuentran 179 habilitadas (55,4%), 106 no habilitadas (32,8%) y 38 territorios con revocatoria de operación (11,8%). 109

Fortalecimiento de la Acreditación en Salud

Con el fin de lograr niveles superiores de calidad en la prestación de servicios a los exigidos en la habilitación, se expidió la Resolución 207 del 17 de febrero de 2020 que adoptó el Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos, Versión 2.0, producto de la revisión de las innovaciones del sector, evolución de las mejores prácticas y metodologías basadas en la

evidencia científica, la evaluación de los estándares aplicables y su articulación con la Política de Calidad en Salud, observaciones de expertos y del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación, y en cumplimiento de los principios de la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud – ISQUA. De forma complementaria, se avanza en la elaboración de la propuesta de Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de baja complejidad Versión 1.0, tomando en consideración insumos trabajados con el ICONTEC, bajo un enfoque de atención con calidad y centrado en el paciente, la promoción y mantenimiento de la salud, estándares y criterios basados en la atención primaria de salud, salud familiar y comunitaria, y teniendo en cuenta la diversidad territorial y poblacional. Así mismo, para apoyar la acreditación de Empresas Sociales del Estado, se les brinda asistencia técnica para dicho proceso, como el Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche de Santa Marta y Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al igual que al Hospital Fray Luís León de Plato–Magdalena, entre otros.



NUEVO MARCO REGLAMENTARIO PARA TELESALUD Y TELEMEDICINA

Se expidió la Resolución 2654 del 3 de octubre de 2019, por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, que contiene estándares modernos y cumplibles, a la par que favorece la organización de redes con resolutivez, accesibilidad, calidad y eficiencia; para cuya implementación se presta asistencia técnica a entidades y prestadores. De igual modo, se cuenta con propuesta del Plan Nacional de Telesalud, que tiene como objetivo mejorar el acceso, continuidad, oportunidad y calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones. 110 En el marco de la pandemia por COVID-19, se promueve la telesalud y las modalidades de atención como la domiciliaria y la telemedicina para el seguimiento o atención de las personas en aislamiento o con infección confirmada, como alternativa para frenar la propagación de este virus de gran transmisibilidad. En este sentido, la Resolución 521 de 2020 “Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento durante la emergencia sanitaria por COVID 19”, establece para cada uno de los grupos poblacionales para la atención domiciliaria en salud, medios como los telefónicos, virtuales y la telesalud. La Resolución 536 de 2020 “Por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (COVID 19)”, estipula como responsabilidad de las DTS, EAPB y prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento y uso de la modalidad de telemedicina como una medida para fortalecer el aislamiento social, garantizar el acceso, mitigar las posibles saturaciones de la capacidad instalada e insuficiencia de talento humano, proteger grupos de mayor riesgo, y prevenir la transmisión del virus. De igual modo, el Decreto Legislativo 538 de 2020 “Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, señala la implementación de modelos de atención que incluyan la telesalud y la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina, a la par que determina algunas medidas respecto de la habilitación de servicios y modalidades, mediante la autorización transitoria para su prestación por las secretarías de salud departamentales o distritales, y establece condiciones temporales para la implementación de plataformas tecnológicas para la telesalud.



INTEROPERABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Se definió y avanzó en el desarrollo del modelo operativo para la Interoperabilidad de la Historia Clínica-IHC con 7 ejes:

- **Planeación estratégica.** Se adelantaron mesas técnicas con actores en las cuales se concertaron 57 variables para los datos vitales para iniciar la interoperabilidad, y se realiza la revisión de los contenidos, parámetros y catálogos del conjunto de datos clínicos relevantes para la IHC. 111
- **Diseño operacional.** Se ejecutó un contrato con la Agencia Nacional DigitalAND, con el que se realizó el diseño de la arquitectura del mecanismo de interoperabilidad, se construyeron y se pilotearon 2 servicios web (identificación y resumen de atención) entre el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital Méderi. Con la finalización del diseño se inició la planeación del desarrollo de la arquitectura de IHC.
- **Códigos y estándares.** Se estableció el protocolo metodológico para los estándares (variables, terminología, formato, estructura, documentación, transporte de datos, seguridad y servicios), se realizaron mesas de trabajo entre MSPS-MinTic para la priorización y toma de decisiones sobre estándares, se estableció el modelo de evaluación de estándares de mensajería, y se construyó el proyecto de resolución de las 57 variables.
- **Tecnología.** Se construyó el Modelo de Madurez Tecnológica para la interoperabilidad de los datos de la historia clínica en los prestadores y se realizaron 2 pilotos, con una aplicación del modelo con respuesta de 1.400 IPS. Se inició la coordinación MSPS, MinTic y AND para implementación de XRoad como plataforma de interoperabilidad y se diseñó la arquitectura del mecanismo de IHC.
- **Talento humano.** Se identificaron las competencias digitales para la implementación de la IHC y se avanzó en la concertación para su adopción. Se adelantó en la inclusión de currículos de competencias digitales en la formación del personal de salud, se

identificaron cursos gratuitos y se dispusieron para su inclusión en el micro sitio de Transformación Digital del MSPS. Así mismo, se publicó el documento de perfiles de competencias digitales en el repositorio del MSPS y se comenzó el trabajo con el SENA para el desarrollo del programa virtual para competencias digitales del sector salud.

- Marco legal. Se acompañó la expedición de la Ley 2015 del 31 de enero de 2020 y se avanzó en la construcción del proyecto de decreto por el cual se adiciona el Capítulo 11 al Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la interoperabilidad de datos de la historia clínica, el cual se encuentra en revisión. Se adelanta la formulación del proyecto decreto sobre protección de datos y se cuenta con primer borrador de la resolución sobre el conjunto de elementos de datos para la IHC. 112
- Financiamiento y sostenibilidad: se finalizó la primera versión del modelo de inversión y se está trabajando en la formulación del proyecto tipo/oferta como opción para instituciones públicas.



IMPLEMENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN EL SECTOR

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales–DIAN y con los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud ha desarrollado acciones para la implementación de la factura electrónica en el sector salud no sólo para los obligados por la DIAN, sino para que todos los prestadores de servicios de salud puedan expedir la factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Es así como en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 “Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, acerca de la factura electrónica en salud, el Ministerio elaboró y publicó en el mes de marzo de 2020 el proyecto de decreto mediante el cual se fijan los lineamientos para la factura electrónica en el sector salud, el cual se encuentra en revisión de comentarios y ajuste, en el marco de los procedimientos para su expedición.



BANCO MUNDIAL

EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Este análisis cubre la provisión de servicios, tanto público como privado. Evalúa el estado de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, valiéndose de comparaciones internacionales. Evalúa las estrategias, políticas, regulaciones y capacidad del sector para mejorar la calidad de la atención. Su metodología se vale de las buenas prácticas internacionales y la evidencia científica respecto de los determinantes de sistemas de salud de alto desempeño. Los resultados, conclusiones y recomendaciones de esta evaluación (y sobre las cuales el Ministerio y el Gobierno Nacional, está avanzando) se encuentran disponibles en <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/externalassessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>, entre los cuales se resalta mejoras sobresalientes en la cobertura de la atención en salud, siendo la calidad de la atención un reto clave para la sostenibilidad del sector, especialmente en áreas remotas y rurales y para las poblaciones más vulnerables. En noviembre de 2019 se llevó a cabo la socialización de los resultados del estudio en el marco del III Foro Nacional de Calidad del Sector Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, presentando los principales hallazgos y recomendaciones con medidas orientadas hacia la promoción de la excelencia y la atención en salud de alta calidad en Colombia, tales como “Desarrollar e implementar un modelo de atención integrado focalizado en la atención primaria en salud, Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad y Fortalecer la capacidad para la mejora continua de calidad en el sector salud”.



CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

En virtud de la orden vigésimo octava de la Sentencia T-760 proferida por la Corte Constitucional, la cual se refiere a la falta de información de los usuarios frente a sus derechos y deberes en el sistema y frente al desempeño de sus 116 EPS, el Ministerio ha adelantado las siguientes acciones:

- Se expidió la Resolución 229 del 20 de febrero de 2020 “por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud–EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”, la cual deroga la Resolución 4343 de 2012 para ajustar o modificar su contenido en lo relativo a temas de: entrega de las cartas; conceptos como la movilidad y portabilidad en el Sistema de Salud y muerte digna, entre otros.
- Se ha verificado de manera constante la entrega y el contenido de las Cartas de Derechos y Deberes y de Desempeño de las EPS; en tal sentido se realizó una verificación detallada, que se informó a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que realice su labor de inspección, vigilancia y control. Es así como para el periodo de reporte de este documento, se han elaborado y enviado

a dicha entidad, tres (3) informes relativos al cumplimiento en los contenidos de las cartas y tres (3) informes relativos a la verificación de su entrega efectiva a los usuarios.

- Se enviaron a todas las EPS del país las estadísticas de los últimos dos años sobre el cumplimiento frente al contenido de la Carta de Derechos y Deberes y Carta de Desempeño, con su respectivo análisis, con el fin de que detecten las fallas en que han venido incurriendo y procedan a subsanarlas con miras a que sus afiliados dispongan de una información completa y actualizada.



DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR

Reglamentación De La Ley De Residentes Y Sistema De Residencias Médicas

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1917 de julio de 2018, el Ministerio reglamentó varios aspectos del Sistema Nacional de Residencias Médicas SNRM, mediante la Resolución 1872 de julio de 2019, entre ellos, las obligaciones del Ministerio, las Instituciones de Educación Superior–IES, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS, las condiciones del contrato especial de práctica formativa a suscribirse entre el residente, estudiantes de especialidades médico quirúrgicas, la IES e IPS, la administración de los recursos y giro del apoyo de sostenimiento educativo (3 SMMLV) por parte de la ADRES a la IPS y de esta al residente, el mecanismo para el reporte de información a través del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud–ReTHUS, el pago de la cotización a seguridad social (salud, riesgos laborales y pensión), el traslado de los residentes del programa de becas crédito Minsalud–ICETEX al SNRM y finalmente estableció que el SNRM entrará en operación a partir del segundo semestre de 2020. En noviembre de 2019 con la expedición del Decreto Ley 2106, Ley Antitrámites, se modificaron los artículos sexto y séptimo de la Ley 1917/2018, en los artículos 96 y 97, indicando que para la administración de los recursos del SNRM, la ADRES podría celebrar convenio con el ICETEX o contrato con una entidad fiduciaria, además que el giro a los residentes se hará directamente desde la ADRES o el conveniente o contratante; también la ley indicó que el Ministerio haría la supervisión del convenio o contrato, y por otra parte señala que el aporte a seguridad social para los residentes se hará en salud y riesgos laborales. Mediante la Resolución 059 del 22 de enero de 2020, se reglamentaron aspectos técnicos del SNRM, relacionados con el flujo de información del residente y el contrato especial de práctica formativa, que se realizará a través de un módulo 124 de residencias médicas en el ReTHUS, el cual se encuentra actualmente en desarrollo tecnológico. Se avanza en la expedición de nueva resolución reglamentaria modificando la Resolución 1872 que se incorporó en los artículos 96 y 97 el Decreto Ley 2106; y se está avanzando en la generación de un manual operativo de guía para los actores del SNRM. Con el fin de garantizar los recursos para la ayuda económica a 4.800 residentes, el Congreso de la República aprobó en el Presupuesto General de la Nación, para 2020, recursos por \$125 mil millones, de los cuales \$55 mil millones corresponden a recursos de inversión y \$70 mil millones a funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social; estos recursos se transferirán a la ADRES para su administración y giro a residentes beneficiarios del SNRM.

Proyecto De Ley Para Un Nuevo Estatuto Laboral Para Los Trabajadores De Las ESE

En un trabajo articulado entre el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Trabajo y de Salud y Protección Social, en desarrollo de las mesas de concertación laboral realizadas entre las centrales sindicales y el gobierno central, se está tramitando un proyecto de ley mediante el cual se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República para establecer un sistema laboral especial para el talento humano en salud de las Empresas Sociales del Estado. Actualmente el proyecto de ley se encuentra en trámite para ser presentado al legislativo para su estudio y decisión. Dicho régimen laboral pretende ajustarse mejor a las condiciones del personal encargado de atender tal prestación, pues la particularidad de las condiciones que los rigen hace necesario disponer de un régimen diferencial con el que aún no se cuenta.

Propuestas Para El Plan Nacional De Enfermería 2020-2030

En el interés de lograr un posicionamiento de la enfermería en Colombia, con el fin de lograr un mayor reconocimiento a la labor del Enfermero (a), el fortalecimiento de la formación, perfil y ejercicio, y contribuir al robustecimiento de los equipos de salud, el MSPS, como integrante del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, trabajó conjuntamente con las organizaciones de Enfermería (ANEC, ACOFAEN, CTNE, TNEE, ACOEEN, OCE) en la construcción del documento denominado “Plan Nacional de Enfermería (PNE) 2020–2030”. Durante el segundo semestre del 2019 y primer semestre del 2020 se realizaron seis (6) encuentros en todo el país, donde participaron alrededor de 400 profesionales de enfermería para aportar con sus comentarios a los ajustes del documento. Así mismo, 60 profesionales hicieron aportes por medios virtuales. Dichos aportes se integraron al documento y actualmente se encuentra el PNE en la etapa de validación al interior de este Ministerio, para ser socializada posteriormente con otros Ministerios, y con otros actores relevantes del sector salud.

Proyecto De Ley Para El Fortalecimiento Del Servicio Social Obligatorio

En cuanto al Servicio Social Obligatorio–SSO, se realizaron cuatro procesos de asignación de plazas para profesionales de Medicina, Enfermería, Bacteriología y Odontología, en las plazas disponibles en los diferentes municipios del país. Se asignaron un total de 4021 plazas, de las cuales el 72% correspondieron a médicos, 13% a enfermeras, 9% a odontólogos y 5% a bacteriólogos. En estos procesos por insuficiencia de plazas se exoneraron 3.228 médicos, 4.085 enfermeras, 2.204 odontólogos y 658 bacteriólogos, quienes podrán iniciar el trámite correspondiente de inscripción en el ReTHUS y emisión de la tarjeta única de identificación para laborar en el territorio nacional en el colegio profesional correspondiente. Hoy estos profesionales se vinculan a cada IPS o ESE mediante contrato formal de trabajo, por lo cual se les garantiza todas las prestaciones sociales y los beneficios que podrá generar su trabajo nocturno, dominical o festivo de acuerdo a las normas laborales actuales. Se ha continuado el trabajo de optimización del aplicativo de asignación de plazas, con el fin de hacerlo más preciso para atender situaciones de prioridad y preferencia de los

inscritos. Se emitió concepto respecto al Proyecto de Ley 237 de 2019, con el fin de fortalecer el mismo, con el fin de favorecer mejores condiciones para el ejercicio de los profesionales durante el tiempo de SSO, generar mayor gobernabilidad para la disposición de plazas en lugares que requieren éste tipo de profesional y la habilitación de plazas para egresados de especializaciones médico-quirúrgicas, como estrategia para dotar con éste tipo de especialistas a zonas con alta demanda de dichos perfiles.

Lineamientos Para Equipos Multidisciplinarios, Atención Primaria, Medicina Familiar

Para avanzar en la organización del talento humano en salud en equipos, el Ministerio de Salud y Protección Social generó el documento denominado “Lineamientos técnicos–Organización y funcionamiento de Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) como estrategia para el fortalecimiento del Talento Humano en Salud. Están dirigidos a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) a cargo de las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios en Salud (EAPB). Pretende aportar a la garantía del derecho, la cobertura universal y al cuidado integral a la salud de las personas, familias y comunidades que habitan el territorio colombiano, a través de la atención integral que brinda el personal de salud disponible, organizado en EMS. Se encuentran en fase de revisión final interna por parte de las dependencias del Ministerio.

Medición De Desempeño De La Atención Primaria En Salud Liderada Por El Banco Mundial

En el segundo semestre de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió hacer parte de la iniciativa denominada “Medición del Desempeño de la Atención Primaria en Salud-APS” (PHCPI, por sus siglas en Inglés), liderada por el Banco Mundial y la DDTHS por parte del Ministerio, con el fin de efectuar una primera medición de línea de base, sobre cómo se viene desempeñando la APS en el país, haciendo uso de la metodología propuesta por el comité directivo de la iniciativa a nivel internacional, lo que permitirá que Colombia pueda compararse en indicadores con cerca de 30 países que ya hacen parte de la misma, de los 5 continentes, y pueda compartir experiencias y aprendizajes con dichos países, además de recibir apoyo técnico de la iniciativa y del Banco Mundial, para el fortalecimiento de la APS en Colombia. El Ministerio creó un Comité Directivo de PHCPI para Colombia y conformó un equipo de trabajo interno con el apoyo del Banco Mundial, realizándose la evaluación de línea de base incorporando una serie de indicadores cuantitativos y cualitativos, que fueron construidos a partir de las fuentes de información disponibles en el SISPRO, Observatorio de Calidad y Estadísticas Vitales del DANE, entre otros, así como a partir de información suministrada por líderes nacionales expertos de opinión, secretarías de salud, directivos de las diferentes dependencias del Ministerio y una reunión de discusión y consenso que tuvo lugar durante septiembre de 2019, con participación de líderes de opinión. Los indicadores se materializaron en una ficha de “perfil de signos vitales” de la APS en Colombia, documento que es utilizado para informar sobre el desempeño de la APS en los países, y se utilizará para efectos de comparaciones internacionales, la cual fue presentada ante el Comité Directivo de PHCPI en enero de 2020 y presidido por el Ministro de Salud (anterior, encargado). El Banco Mundial se encuentra preparando un reporte ejecutivo con los resultados de la medición y recomendaciones para el fortalecimiento de la APS en Colombia, para luego definir acciones futuras y se acordó programar eventos de socialización al respecto del trabajo realizado y presentación de la experiencia en el marco de una próxima reunión de la OMS.



ASEGURAMIENTO

La afiliación al SGSSS en el 2020 cierra un periodo de quince años de crecimiento hacia el cumplimiento de la meta de universalidad en el aseguramiento. Desde los niveles de 29% de cobertura en 1995 hasta los actuales, en el orden del 95%-96%, se ha observado un incremento en el total de los afiliados en cada uno de los regímenes de afiliación que ofrece el Sistema de Salud.

Con cierre a mayo de 2020 y excluyendo los regímenes especiales y de excepción, el total de los afiliados subsidiados representan el 52,2% de población afiliada y el contributivo, el restante 47,8%.

La dinámica del régimen contributivo se enmarcó en un crecimiento general del número de cotizantes hasta 2019 y una reducción en 2020. El número de beneficiarios se mantuvo relativamente estable durante los últimos seis años, lo que implica una mejora de sostenibilidad financiera del SGSSS. La reducción de los últimos meses en el régimen contributivo se puede relacionar con el final de la época decembrina y el efecto económico del COVID-19

Afiliaciones De Oficio

En lo corrido del año, crece rápidamente el número de personas ingresadas al SGSSS por el instrumento de la afiliación de oficio, desde la entrada en vigencia del Decreto 064 del 20 de enero de 2020, que incluyó normatividad al respecto. Las afiliaciones, discriminadas por el actor que realiza la inscripción en el SGSSS (entidad territorial o Institución Prestadora de Servicio-IPS). Este crecimiento se comporta según lo esperado a la emisión de la normatividad al respecto del ingreso al SGSSS.



AVANCES EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL-

El Decreto 2353 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, incluyó un avance tecnológico hacia un sistema transaccional que permite directamente al afiliado efectuar el reporte de las novedades de afiliación, quienes antes debían realizar 144 su trámite directamente en las oficinas de las EPS o a través de un formulario físico, adjuntando los documentos soporte de la respectiva novedad. Según establece la Resolución 768 de 2018, a partir de 15 de marzo de 2018 los afiliados al SGSSS cuentan con un

instrumento adicional, gratuito y voluntario que le permitirá realizar el traslado de EPS y reporte de otras novedades directamente a través del portal www.miseguridadsocial.gov.co. Cuando las personas no puedan acceder a la plataforma para realizar los trámites en el SAT, lo podrán hacer con el diligenciamiento del formulario físico, sin que bajo ninguna circunstancia se pueda afectar el acceso a los servicios de salud. La utilización de este instrumento tiene un carácter voluntario y para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud, se mantiene la Base de Datos Única de Afiliados–BDUA del SGSSS que permite el giro de los recursos a las EPS que financian el aseguramiento de la población. Al SAT se accede a través del registro e identificación de la persona en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, al cierre de mayo de 2020 existían 2.278.504 ciudadanos registrados de los cuales cerca del 93,6% pertenecen al régimen contributivo y el restante al subsidiado. A nivel territorial, Bogotá dispone del 20,8% de los registros, Antioquia el 18%, Valle del Cauca el 8,7% y Atlántico el 7,8%, entre los más sobresalientes. El cambio de EPS entró en operación desde marzo 15 de 2018, durante el año 2018: 353.153 personas registraron el traslado por el SAT, para el año 2019: 1.383.858 personas y a mayo de 2020: 541.734 personas. De la totalidad de los traslados que se efectúan en el SGSSS, en promedio cerca del 54% se vienen efectuando directamente por el SAT. Durante el año 2019 se incluyeron un total de 58.301 beneficiarios en los grupos familiares, 6.337 han efectuado reinscripción y 1.766 afiliación en una EPS. A diciembre de 2019 se encontraban en operación cerca de 11 funcionalidades relacionadas con:

- Traslado de EPS.
- Inclusión de beneficiarios.
- Actualización datos complementarios.
- Inicio o confirmación de una relación laboral.
- Actualización del documento de identidad.
- Exclusión de beneficiarios.
- Solicitar exclusión como cónyuge/compañero permanente.
- Reinscripción a EPS.
- Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Reporte masivo de inicio de una relación laboral.
- Movilidad a régimen subsidiado.

De forma gradual y desde su inicio se ha buscado la estabilización del sistema de información y la implementación gradual de nuevas funcionalidades. En lo transcurrido del año 2020 se colocaron en operación tres (3) nuevas funcionalidades relacionadas con: • Afiliación de oficina (Decreto 064 de 2020). • Adquisición de condiciones para cotizar. • Pérdida de condiciones para cotizar.



RIESGOS LABORALES

Trabajadores afiliados En el período comprendido entre junio de 2019 a mayo de 2020, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) pasó de 10.915.138, a 10.211.541.



PENSIONES

El 7 de octubre de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 1818 de 2019 modificando la aplicación del SAT-para el Sistema General de Pensiones y el Sistema de Subsidio Familiar, esto con el fin de contribuir a la materialización de la política de formalización empresarial; se incluye como parte del SAT, al Sistema de Seguridad Social Integral en su totalidad y no solo al Sistema de Seguridad Social en Salud. Por su parte, la Resolución 1740 de 2019 modificó los anexos técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, ajustando al uso del tipo de planilla el cumplimiento de sentencias judiciales y determinando coincidencias en los datos de PILA y la BDUA. Por último, la Resolución 2515 del 16 de septiembre de 2019 modificó la Planilla “O” para las obligaciones determinadas por la UGPP y, la Resolución 454 del 18 de marzo de 2020, modificó los anexos técnicos 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 2388 de 2016.

