







UNIÓN EUROPEA

REVISIÓN DE GASTO
SECTOR SALUD

Julio, 2017

Jairo Núñez
Cindy Cárdenas
Juan Pablo Toro

FEDESARROLLO
Centro de Investigación Económica y Social

DNP Departamento Nacional de Planeación

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

UNIÓN EUROPEA

Contenido

1. Introducción 3
2. Panorama y tendencias de gasto en el sector 4
a. Comportamiento presupuestal del sector 4
b. Contexto presupuestal vigencia 2016 9
c. Contexto presupuestal vigencia 2017 10
3. Implementación de fases y actividades de la revisión de gasto 13
a. Fases 1 y 2: Generando el marco y la base de información, y definiendo los parámetros para la revisión 13
b. Fase 3: Desarrollando las opciones 20
4. Resultados finales de la revisión de gasto 52
a. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) INS 52
b. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) INVIMA 53
c. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) SUPERSALUD 55
d. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL 57
5. Revisión de gasto proyectos de salud del Sistema General de Regalías (SGR) 60
6. Resumen de lecciones aprendidas y recomendaciones 67
a. Lecciones y recomendaciones generales para las fases 1 y 2 67
b. Lecciones y recomendaciones generales para la fase 3 68
c. Lecciones y recomendaciones para el SECTOR - (RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS) 70
7. Bibliografía 73

1. Introducción

El presente documento pertenece a una serie de esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional desde el 2015 por incorporar las Revisiones de Gasto como parte integral del proceso presupuestal. Esta herramienta busca lograr, a través de una metodología ordenada y sistemática, una mejor distribución de los recursos escasos, de forma que el gasto nacional se oriente hacia proyectos y programas de mayor impacto y que atienden necesidades más urgentes.

Con la Revisión de Gasto del sector salud, se busca llegar a recomendaciones prácticas para la preparación del presupuesto y establecer lineamientos para lograr un proceso institucionalizado y comprensivo de planeación de gasto en el futuro. La metodología que aquí se presenta parte de aquella establecida por Banco Mundial en el 2016, la cual fue discutida, ajustada y acordada con el Departamento Nacional de Planeación, sin embargo la metodología no se aplicó para los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP. En su implementación se contó con la participación del DNP, y las diferentes entidades del sector como son el Ministerio de Salud y Protección Social, INS, INVIMA y la Superintendencia Nacional de Salud.

De esta manera, se buscó crear un proceso participativo que contribuya a identificar de manera consensuada y organizada posibilidades específicas de ahorro y de reasignación de recursos dentro del sector, que se ajusten a las necesidades fiscales del Gobierno Nacional y a la coyuntura económica que han ocasionado recortes en los últimos años.

De otra parte, se ha incluido una sección adicional enfocada al Sistema General de Participaciones, en consideración a la relevancia estratégica del mismo a nivel territorial y por el volumen de recursos involucrados.

También se analizaron los proyectos correspondientes a salud del Sistema General de Regalías, aplicando la metodología con alguna variación de acuerdo con las características de los mismos y la información disponible.

2. Panorama y tendencias de gasto en el sector

a. Comportamiento presupuestal del sector

En los últimos años, las necesidades fiscales del Gobierno Nacional y a la coyuntura económica del país se han traducido en medidas de austeridad en el funcionamiento y focalización de los recursos de los diferentes sectores. El presupuesto del sector salud ha visto una caída consistente desde el 2013, en particular en el presupuesto de inversión. La Tabla 1 y el

Gráfico 1 muestran la evolución del presupuesto de inversión para diferentes entidades del sector salud como son el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el INVIMA.

Tabla 1. Presupuesto histórico de inversión

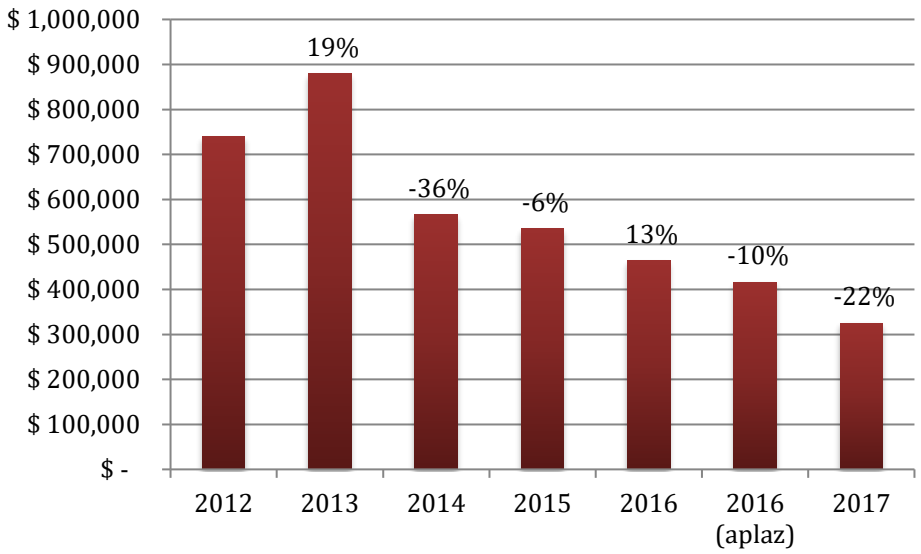
Entidad	2012	2013	2014	2015	2016	2016 (aplaz)	2017
MSPS-Gestión general	$ 534.479,49	$ 728.709,56	$ 448.835,65	$ 412.916,12	$ 347.870,00	$ 319.174,00	$ 217.386,00
INS	$ 55.937,69	$ 43.766,51	$ 29.747,22	$ 21.026,81	$ 20.076,00	$ 17.561,00	$ 13.767,00
Supersalud	$ 50.459,28	$ 37.011,23	$ 37.869,65	$ 47.639,21	$ 53.240,00	$ 44.313,00	$ 51.984,00
INVIMA	$ 98.048,13	$ 70.210,63	$ 50.027,32	$ 53.587,50	$ 42.000,00	$ 34.990,00	$ 42.000,00
Total sector	$ 738.924,60	$ 879.697,92	$ 566.479,84	$ 535.169,64	$ 463.186,00	$ 416.038,00	$ 325.137,00

Fuente: Ministerio de Salud
Cifras en millones de pesos constantes (2016)

De las 4 entidades consideradas en nuestro estudio, observamos que el INS ha perdido una considerable proporción de su presupuesto de inversión, con una pérdida del 75% del mismo entre 2017 y 2012. En esta misma línea, observamos que tanto el Ministerio de Salud como el INVIMA han

experimentado disminuciones, si bien más moderadas que las del INS, igualmente consistentes en el periodo analizado. En términos generales, observamos que el presupuesto de inversión del sector salud representa hoy en día un 36% de lo que era en 2013.

Gráfico 1. Presupuesto histórico de inversión



Con este panorama en consideración, presentamos a continuación los principales rubros de gasto del sector desagregados por Funcionamiento, Inversión, Sistema General de Regalías y Sistema General de Participaciones. En la Tabla 2 encontramos las asignaciones presupuestales para el periodo 2014-2017 para cada uno de estos rubros. Observamos que el funcionamiento, que ha representado entre el 42% y 61% del gasto total del sector a través de los años, se divide en Gastos de Comercialización y Producción, Gastos de personal, Gastos generales y Transferencias. De estos cuatro rubros, la mayor parte del gasto se destina a transferencias, presentando una proporción de más del 95% en los cuatro años analizados. El gasto de funcionamiento que venía presentando incrementos hasta el 2016, ve una caída del 0.03% para el 2017.

Por su parte, el gasto de inversión representaba hasta el 2015 alrededor del 22% del gasto total del sector. En el 2016 experimentó una caída, en parte por la decisión bilateral entre el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud de cambiar los recursos para el régimen subsidiado y ECAT a transferencias (por este motivo, entre el 2016 y 2017 se ve una fuerte redistribución del gasto en inversión y funcionamiento como porcentaje del gasto total). La Tabla 2 clasifica los proyectos de inversión salud en 14 grandes programas, entre los cuales se destaca el gasto en Protección en Salud Pública, Vacunación y Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos.

En tercer lugar encontramos el SGP, que representa alrededor de 35% del gasto total en el periodo estudiado y se ha mantenido relativamente estable a través de los años. El SGP experimentó aumentos anuales del 6.7% y 9.6% en el 2015 y 2016 respectivamente y una disminución en el 2017 del 1.7%. Se observa en la Tabla 2 que el gasto en Régimen Subsidiado es el rubro más importante de esta categoría, representando el 80% del gasto. El 20% restante se divide en Prestación de Servicios y en Salud Pública.

Por último, tenemos el Sistema General de Regalías (SGR), organizado para los diferentes años según la fecha de aprobación de los proyectos. Este rubro es relativamente bajo, representando entre el 1% y 2% de gasto total, y se agrupa en Dotación, adquisición o reposición de equipos, Prestación de servicios de salud y Vigilancia en salud. El rubro más importante es el de Prestación de servicios de salud que representa entre un 66% y un 76% del gasto en SGR, seguido de la Dotación, adquisición o reposición de equipos.

Tabla 2. Principales rubros de gasto del sector

	2014	2015	2016	2017
Funcionamiento	**$ 8.155.525.389.393**	**$ 8.709.386.838.405**	**$ 13.527.443.932.728**	**$ 13.189.210.615.208**
Gastos de Comercialización y Producción	$ 13.264.600.064	$ 14.347.853.824	$ 13.686.060.032	$ 18.200.000.512
Gastos de personal	$ 297.273.638.924	$ 292.879.890.834	$ 316.630.458.485	$ 324.258.104.568
Gastos generales	$ 63.605.083.501	$ 55.955.297.739	$ 73.851.336.601	$ 56.902.635.016
Transferencias	$ 7.781.382.066.904	$ 8.346.203.796.008	$ 13.123.276.077.610	$ 12.789.849.875.112
Inversión	**$ 4.316.936.183.584**	**$ 4.668.579.401.152**	**$ 426.820.718.496**	**$ 424.390.937.584**
Asistencia promoción social	$ 5.000.000.000	$ 3.500.000.000	$ 5.249.999.872	$ 3.280.999.936
Eficiencia gubernamental	$ 4.933.264.288	$ 4.812.329.088	$ 4.112.388.000	$ 2.844.828.672
Eventos catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT	$ 213.999.992.832	$ 220.419.997.696		$ 1.226.406.528
Fortalecimiento institucional	$ 18.347.573.760	$ 20.766.874.304	$ 19.998.931.904	$ 20.234.811.000
Fortalecimiento institucional y buen gobierno	$ 15.309.000.448	$ 12.509.531.648	$ 12.146.570.496	$ 13.691.752.448
Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos	$ 77.317.033.024	$ 79.549.319.872	$ 70.443.659.584	$ 76.215.711.888
Prestación de servicios de salud	$ 71.447.997.120	$ 119.494.369.280	$ 24.744.142.336	$ 12.787.217.824
Prevención, mitigación, atención de desastres	$ 700.000.000	$ 700.000.000	$ 2.454.290.176	$ 1.000.000.000
Protección salud pública	$ 124.212.236.928	$ 100.888.722.944	$ 130.534.937.856	$ 89.786.206.920
Salud – APD	$ 8.780.180.992	$ 8.361.999.872	$ 11.374.273.024	$ 8.291.999.744
Salud – Discapacidad	$ 0	$ 615.256.000		
Unificación y universalización del régimen subsidiado	$ 3.592.388.900.096	$ 3.939.511.004.672	$ 3.992.999.936	$ 4.000.000.000
Vacunación	$ 184.000.004.096	$ 156.849.995.776	$ 141.168.525.312	$ 190.431.002.624
Vocación para el servicio público	$ 500.000.000	$ 600.000.000	$ 600.000.000	$ 600.000.000

SGP	**$ 6.686.764.308.224**	**$ 7.140.808.604.627**	**$ 7.828.909.255.800**	**$ 7.690.671.204.951**
Oferta	$ 1.636.251.226.223	$ 713.210.281.115	$ 782.890.925.580	$ 769.067.120.495
Régimen Subsidiado	$ 4.381.836.651.179	$ 5.714.388.042.397	$ 6.263.127.404.640	$ 6.152.536.963.961
Salud Pública	$ 668.676.430.822	$ 713.210.281.115	$ 782.890.925.580	$ 769.067.120.495
SGR	**$ 107.150.509.376**	**$ 313.613.158.575**	**$ 58.850.376.501**	
Dotación, adquisición o reposición de equipos	$ 22.164.858.028	$ 97.903.782.177	$ 16.344.495.659	
Prestación de servicios de salud	$ 81.803.932.101	$ 209.148.334.165	$ 42.505.880.842	
Vigilancia en salud	$ 3.181.719.247	$ 6.561.042.233		
Total general	**$ 19.266.376.390.577**	**$ 20.832.388.002.759**	**$ 21.842.024.283.525**	**$ 21.304.272.757.743**

b. Contexto presupuestal vigencia 2016

En la Tabla 3 podemos apreciar las asignaciones y ejecuciones del Sistema de Salud en el 2016, desagregadas por Funcionamiento, Inversión, Sistema General de Participaciones y Sistema General de Regalías. En esta ocasión, encontramos los rubros de funcionamiento y de Inversión desagregados en las 4 entidades consideradas en nuestro estudio, en lugar de componentes como se presentó anteriormente.

Tabla 3. Ejecución presupuestal 2016

	Asignación	Obligación	Ejecución Financiera
Funcionamiento	**$ 13.527.443.932.728**	**$ 13.437.957.463.643**	**99%**
Instituto Nacional de Salud (INS)	$ 31.344.965.752	$ 29.511.090.036	94%
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA	$ 100.646.411.864	$ 96.641.683.792	96%
Ministerio de Salud y Protección Social	$ 484.573.892.768	$ 475.064.290.688	98%
Superintendencia Nacional de Salud	$ 87.775.272.321	$ 80.983.634.177	92%
Otras entidades	$ 12.823.103.390.023	$ 12.755.756.764.950	99%
Inversión	**$ 426.820.718.496**	**$ 378.548.734.104**	**89%**
Instituto Nacional de Salud (INS)	$ 18.560.776.448	$ 17.660.915.360	95%
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA	$ 34.989.995.456	$ 31.407.339.744	90%
Ministerio de Salud y Protección Social	$ 324.520.143.072	$ 296.510.603.896	91%
Superintendencia Nacional de Salud	$ 44.312.988.032	$ 29.691.006.432	67%
Otras entidades	$ 4.436.815.488	$ 3.278.868.672	74%
SGP	**$ 7.828.909.255.800**	**$ 6.943.088.458.484**	**89%**
Oferta	$ 782.890.925.580	$ 485.529.374.940	62%
Régimen Subsidiado	$ 6.263.127.404.640	$ 5.977.574.095.825	95%
Salud Pública	$ 782.890.925.580	$ 479.984.987.719	61%
SGR	**$ 58.850.376.501**	**$ 34.721.722.135,59[2]**	**59%[1]**
Dotación, adquisición o reposición de equipos	$ 16.344.495.659		
Prestación de servicios de salud	$ 42.505.880.842		
Vigilancia en salud			
Total general	**$ 21.842.024.283.525**	**$ 20.759.594.656.231**	

Nota: Esta información fue recopilada a partir del SIIF, del DNP SICODIS y del Sistema de Información del Formulario Único Territorial FUT.

[1] La ejecución financiera del SGR se obtuvo del avance financiero reportado a GESPROY-SGR.
[2] Cifra calculada a partir de la asignación presupuestal de 2016 y el avance financiero reportado a GESPROY-SGR.

Se aprecia en la Tabla 3 que el Ministerio de Salud cuenta con un peso importante dentro de los rubros de funcionamiento y de inversión. En el primer caso, el Ministerio cuenta con una participación de 3.6%, cifra considerable cuando se pone en relación a las otras entidades: el INS le corresponde una proporción del 0.23%, al INVIMA del 0.74% y a la Superintendencia del 0.65% del presupuesto de funcionamiento. En el presupuesto de inversión el Ministerio de Salud le corresponde el 76.03% del total, haciendo su participación 3.3 veces más grandes que la del INS, el INVIMA y la Superintendencia.

De manera generalizada, se observan altos indicadores de ejecución presupuestal en el 2016. En el rubro de funcionamiento, todas las entidades tuvieron una ejecución de más del 90%, medida por las obligaciones sobre las apropiaciones finales. En cuanto a inversión, se percibe una particularidad en la ejecución de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta cifra se puede atribuir a dos proyectos en particular, que evidenciaron bajos niveles de ejecución financiera en 2016 a saber: i) Control y evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad en el sistema general de seguridad social en salud, que fue suspendido para el 2017 y ii) Análisis seguimiento y evaluación de la estabilidad financiera, económica y social del sistema general de seguridad social en salud. La baja ejecución de estos proyectos acarreo la disminución del indicador de la entidad.

En lo que concierne al SGP, el gasto en Régimen Subsidiado, que representa el 80% del gasto, tiene un alto nivel de ejecución con un 95% de la asignación presupuestada. En el gasto en Oferta y Salud Pública por el contrario, solo se ejecutó un poco más del 60% del presupuesto asignado. Por último, se cuenta con muy poca información de la ejecución del SGR desagregada por proyectos. En el sistema GESPROY-SGR se reportaron indicadores de Avance Financiero que se agregaron para construir una proxy de la ejecución presupuestal, encontrando un avance de 59%; con esta cifra se realizó un cálculo para estimar la cifra aproximada de gasto en SGR en 2016.

c. Contexto presupuestal vigencia 2017

En esta sección se presenta el presupuesto asignado para el 2017 desagregado en Funcionamiento, Inversión, Sistema General de Participaciones y Sistema General de Regalías, tal y como se expone en la Tabla 4 y la proyección para el 2017 de los usos del sistema de salud calculada por el DNP.

Tabla 4. Ejecución presupuestal 2017

	Asignación
Funcionamiento	**$ 13.189.210.615.208**
Instituto Nacional de Salud (INS)	$ 32.095.897.368
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA	$ 115.377.217.480
Ministerio de Salud y Protección Social	$ 452.366.375.896

Superintendencia Nacional de Salud	$ 84.889.273.024
Otras entidades	$ 12.504.481.851.440
Inversión	**$ 424.390.937.584**
Instituto Nacional de Salud (INS)	$ 13.766.699.408
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA	$ 41.999.999.936
Ministerio de Salud y Protección Social	$ 311.386.042.272
Superintendencia Nacional de Salud	$ 51.983.451.456
Otras entidades	$ 5.254.744.512
SGP	**$ 7.690.671.204.951**
Oferta	$ 769.067.120.495
Régimen Subsidiado	$ 6.152.536.963.961
Salud Pública	$ 769.067.120.495
SGR	
Dotación, adquisición o reposición de equipos	
Prestación de servicios de salud	
Vigilancia en salud	
Total general	
Esta información fue recopilada a partir del decreto de liquidación 2017, del DNP, SICODIS, y del documento de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones SGP-17-2017.	

Se observa que el presupuesto de funcionamiento del INS y del INVIMA aumentó con respecto al 2016 mientras que el del Ministerio y de la Superintendencia sufrieron una ligera disminución. La distribución del presupuesto total de funcionamiento se mantiene similar en el 2017, el Ministerio de Salud liderando la participación con 3.43% de los recursos. En el rubro de inversión, el INS vio una fuerte reducción de su presupuesto, perdiendo el 25.83% de los recursos en comparación al 2016 mientras que el Ministerio de Salud y la Superintendencia recibieron un incremento de 20,03% y 17,31% respectivamente.

Por otro lado, la Tabla 5 ilustra los usos del sistema de salud en el tema de aseguramiento, salud pública, prestación de servicios y proyectos de inversión. Aquí se observa que el aseguramiento representa aproximadamente el 95% del gasto en el Sector Salud. Este mismo rubro cuenta con la mayor diversidad en las fuentes de financiación, que se realiza mediante una mezcla pública y privada: el régimen contributivo se financia en su totalidad con recursos de la subcuenta de compensación del FOSYGA, provenientes de las contribuciones a la seguridad social, mientras que el régimen subsidiado lo hace en su mayoría con recursos fiscales, donde el rubro más importante ha sido el correspondiente al SGP, seguido de la cuenta de solidaridad del FOSYGA, las rentas cedidas departamentales - recaudos por impuestos a licores, cervezas y loterías – entre otras.

Tabla 5. Usos del Sistema de Salud en Colombia

Usos Sistema de Salud				Proyección 2017	%
Aseguramiento	Contributivo	UPC	19.240.929	23.102.450	53%
		Licencias de maternidad	688.341		
		Incapacidades por enfermedad general	692.733		
		Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria	72.079		
		Madres sustitutas	8.368		
		Recobros corrientes prestaciones no incluidas en el POS	2.400.000		
	Subsidiado	UPC	17.948.187	18.203.929	42%
		Costo Plan Piloto de Unificación	170.772		
		Recobros Régimen Subsidiado FOSYGA	13.177		
		Costo auditoría, apoyo técnico y remuneración financiera	71.793		
	Promoción y prevención	Programas de promoción y prevención ejecución directa. Proceso de compensación	350.202	511.922	1%
		Programas de promoción y prevención EPS déficit proceso de compensación-FOSYGA	115.447		
		Programas nacionales de promoción y prevención	44.308		
		Déficit de madres comunitarias- rendimientos financieros	146		
		Apoyo técnico, auditoria y remuneración fiduciaria	1.820		
Salud pública SGP				769.067	2%
Oferta	FONSAET		76.907	769.067	2%
	PPNA-NO POS y Aportes Patronales		692.160		
Inversión PGN	Proyectos de Inversión (56)			424.391	1%

Cifras en millones de pesos

La destinación de los recursos del régimen contributivo son la distribución de la UPC, el pago de licencias de maternidad, el pago de incapacidades por enfermedad general, el apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria, las madres sustitutas y los recobros corrientes prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Por su parte, el régimen subsidiado se destina a la distribución de la UPC, al costo Plan Piloto de Unificación, a los recobros Régimen Subsidiado FOSYGA y al costo auditoría, apoyo técnico y remuneración financiera. Finalmente, el componente de aseguramiento contempla el bloque de Promoción y Prevención en salud con los programas de promoción y prevención ejecución directa, programas de promoción y prevención de EPS, programas nacionales de promoción y prevención, el cubrimiento del déficit de madres comunitarias y el apoyo técnico, auditoria y remuneración fiduciaria.

Los componentes de Salud Pública y Prestación de servicios (oferta) se financian en su totalidad con los recursos del SGP y representan el 4% del gasto en el Sector Salud. A su vez, el componente de prestación de servicios está dividido en los aportes a FONSAET, la prestación de servicios a la Población Pobre No Afiliada, las prestaciones no incluidas en el POS y los aportes patronales. Por último, se discierne que el presupuesto de inversión, financiado en su totalidad con el Presupuesto General de la Nación, constituye únicamente el 1% del gasto en salud.

3. Implementación de fases y actividades de la revisión de gasto

En esta sección se describe la metodología para la construcción del indicador de priorización y desempeño, los insumos e información utilizada, así como la validación con las diferentes entidades del sector y el DNP, y el proceso de validación y desarrollo de las opciones.

a. Fases 1 y 2: Generando el marco y la base de información, y definiendo los parámetros para la revisión

La construcción de la base de datos parte de las fuentes secundarias obtenidas del SIIF, el Decreto de Liquidación, el SPI, las Cadenas de Valor por proyecto, la información de Desempeño consolidada por proyecto del seguimiento, físico, financiero y de gestión, la relación de proyectos encontrados en GESPROY para lo que concernía al SGR, la base de datos de SGP por destinación desde 2006 hasta 2016, el RIEPI y las Vigencias Futuras. Posteriormente, esta información se validó con las entidades adscritas y en particular con el Grupo Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud.

La información de los proyectos de inversión se cruzó entre las diferentes bases a través del código BPIN mientras que para funcionamiento y SGP se crearon códigos de identificación únicos.

Organizados en un formato wide, la base final cuenta con un total de 1253 registros, organizados por Fuente (PGN, SGR y SGP) y tipo de gasto (Funcionamiento, Inversión, SGR y SGP). Ver archivo Base de datos RG Sector Saluddef.xlsx.

Indicador de Prioridad

La propuesta de **unidad de análisis es el proyecto de inversión**. Lo anterior, considerando que cada proyecto de inversión tiene objetivos específicos, productos, actividades e indicadores, y por lo tanto se evaluará su vinculación estratégica con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estratégico Sectorial, el Plan Estratégico de cada entidad, el puntaje del RIEPI y su relación con los Acuerdo de Paz para la terminación del conflicto (fuente RIEPI). Un sexto criterio que se incluyó como parte de los acuerdos de las primeras mesas técnicas, fue la relación de los proyectos con el Tablero de Control Presidencial. A continuación, se explica brevemente la importancia de estos documentos para la elaboración del indicador de prioridad.

1. El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país, establece para el logro de los objetivos, cinco estrategias transversales que contribuyen a los tres pilares de paz, equidad y educación. Se han identificado lineamientos para el sector salud en el pilar de equidad (Colombia Equitativa y Sin Pobreza Extrema), en las estrategias de Seguridad, Justicia y Democracia para la Construcción de Paz y de Buen Gobierno, y principalmente en la estrategia transversal Movilidad Social.

En el anexo 1, se describen a manera de resumen, las principales líneas estratégicas del Plan relacionadas con el sector salud, destacando que las principales se encuentran en la estrategia de Movilidad Social en el objetivo 2 Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad, el cual tiene cuatro objetivos específicos: i) mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en los resultados en salud; ii) aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención; iii) recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema de salud; y iv) garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS. De hecho la gran mayoría de metas e indicadores para el sector salud contemplados en el PND, están incluidos en este objetivo.

En la estrategia transversal de Movilidad Social, hay otros dos objetivos que involucran al sector de la salud: el Objetivo 6: Establecer un apoyo oportuno frente a los riesgos que afectan el bienestar de la población y los mecanismos para la protección de las condiciones de vida de las personas, y el Objetivo 7: Desarrollo y fortalecimiento de la cultura y comunicaciones propias y apropiadas, la educación, la salud, la autonomía y seguridad alimentaria que incluyan a familias, mujeres, niñas, niños, jóvenes y mayores de los pueblos indígenas y del Pueblo Rrom.

Respecto al objetivo 6, uno de los objetivos establecidos es reducir los impactos sobre el estado de salud de la población colombiana en estados de emergencia, para lo cual hay varias líneas de acción: 1. aplicar una política de respuesta en estados de emergencia, 2. disminuir los costos de morbilidad y mortalidad asociada a degradación ambiental y 3. reducir la vulnerabilidad de los hogares ante

crisis alimentarias. Por su parte, en el objetivo 7, se describen las estrategias a cargo del sector salud para los pueblos indígenas y el Pueblo Rrom.

Es necesario destacar que el tema de salud también se ha incluido en el pilar de equidad, concretamente en el fortalecimiento del Sistema de Información de la Política Social, siendo un marco de referencia, el Registro Único de Afiliados (RUAF) a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. De la misma manera en este pilar, se destaca la necesidad de formular la Política Nacional de Infancia y Adolescencia, y articularla con la Política de Infancia y la Política para las Familias Colombianas.

De otra parte, no sobre mencionar que dentro de las estrategias regionales, hay varios indicadores y metas para las regiones relacionadas con el sector salud.

En el anexo 1, también se han incluido los indicadores del PND para el sector salud.

Es importante mencionar que no todas las líneas estratégicas y de acción establecidas en el PND tienen un correspondiente indicador y meta a 2018. Por ese motivo, se considera necesario para el ejercicio de priorización, evaluar si el proyecto de inversión tiene o no vinculación tanto con indicadores como con los lineamientos. En ese sentido, en caso de tener el lineamiento y más de un indicador asociado, el puntaje es de 1. En caso de tener vínculo de lineamiento y un solo indicador, se le asignó un puntaje de 0,7; si tiene relación con uno de los dos -indicador o lineamiento-, el puntaje es 0,3; y en caso de no tener relación, es de 0. Debido a la relevancia del PND, éste originalmente tenía un peso del 45% dentro del indicador de prioridad.

2. Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 Sector Administrativo de Salud y Protección Social: es un "instrumento de gestión que permite orientar las acciones a partir de los objetivos y metas establecidas en el PND, con lo que se articulan las estrategias que responden coherentemente con las políticas e iniciativas de gobierno de acuerdo con las competencias sectoriales" (Plan Estratégico Sectorial 2014-2018, pag.5). Se considera pertinente incluirlo dentro del análisis de prioridad debido a que el plan responde no solo a los lineamientos misionales y de política pública de las entidades del sector, sino al marco normativo y a los mandatos de las cortes en materia de salud. Lo anterior complementado con un enfoque de gestión que busca mejorar el desempeño y lograr un mayor impacto. De la misma manera, debido a que, además del Ministerio de Salud y Protección Social, hacen parte del plan las entidades adscritas y vinculadas al Ministerio, como el INVIMA, el INS y la Supersalud, es importante agregar que dentro de sus objetivos específicos, está la coordinación de los esfuerzos interinstitucionales para el logro de los objetivos sectoriales.

El Plan Estratégico Sectorial tiene su enfoque en el logro del objetivo de 2 (Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad) de la estrategia de Movilidad Social del Plan Nacional de Desarrollo, y los cuatro objetivos específicos ya descritos. De la misma manera, este Plan, tiene como uno de sus objetivos, dar cumplimiento a los lineamientos de la estrategia de Buen Gobierno del PND.

El valor agregado de este Plan para el ejercicio de priorización, consiste en que no solo se circunscribe a los indicadores y línea de base del PND, sino describe las principales acciones de las entidades para dar cumplimiento a los objetivos del Plan. Teniendo en cuenta este contexto, se evalúa si el proyecto de inversión está vinculado o no a los lineamientos establecidos en el Plan, recibiendo una calificación de 1 o 0, respectivamente, y dentro del indicador de prioridad tenía al comienzo del ejercicio un peso del 15%.

3. La Planeación Estratégica del Ministerio, por su parte, define las acciones estratégicas por dependencia para dar cumplimiento a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estratégico Sectorial, y otras políticas del sector de la salud y protección social. La utilidad de este documento para el ejercicio de priorización del gasto en el sector, radica en que plantea los retos de corto y mediano plazo para el ministerio, la importancia de la articulación entre las dependencias para alcanzar las metas, y el establecimiento de indicadores por cada una de las dependencias para realizar el seguimiento, y la asociación con el PND.

Básicamente, el documento contiene las acciones estratégicas e intermedias para cada una de las dependencias del Ministerio (Despachos del Ministro, Viceministerio Protección Social, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, Secretaría General y cada una de las oficinas y direcciones pertenecientes a dichas instancias). Las acciones estratégicas corresponden a "aquellas que se consideran de la mayor importancia para la entidad (mientras que) las acciones intermedias o instrumentales sirven de medio para lograr los grandes objetivos institucionales." (Planeación Estratégica, pag. 25).

Para cada una de las acciones estratégicas e intermedias, se establecen en unas tablas, las acciones, fechas, dependencia responsable y el objetivo estratégico relacionado. Esto último se enmarca únicamente dentro de los cuatro objetivos específicos del objetivo de 2 (Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad) de la estrategia de Movilidad Social del Plan Nacional de Desarrollo ya descritos anteriormente.

Para los efectos de la priorización, se ha propuesto evaluar si el proyecto de inversión contribuye o no con las acciones estratégicas e intermedias establecidas por la entidad, para lo cual recibe una calificación de 1 o 0, respectivamente. Tuvo inicialmente un peso porcentual de 15 dentro del total del indicador de prioridad.

En el caso del Instituto Nacional de Salud, se utilizaron para esta priorización, el Plan Estratégico 2014 - 2021 y el Plan de Acción Consolidado. En el Invima, el Plan estratégico institucional 2014 – 2018 y el Mapa Estratégico. Y para la Supersalud, el Plan Estratégico Institucional y de Desarrollo Administrativo y el Plan de Gestión 2017.

4. La Ruta de Incidencia Estratégica para el Presupuesto de Inversión - RIEPI, elaborada por el DNP, "es una herramienta de análisis para definir los proyectos prioritarios de los programas establecidos dentro de un sector y entre sectores (donde) los proyectos de inversión reciben una valoración de acuerdo a criterios estándar definidos para todos los sectores (módulo transversal) y al sector en particular (módulo sectorial)." (DNP, Manual RIEPI, pag.1).

En el módulo transversal se menciona que evalúa: i) la vinculación de los proyectos de inversión con objetivos de política como el Plan Nacional de Desarrollo; ii) la articulación del presupuesto con entidades del gobierno subnacional y iii) el aporte al posconflicto. Igualmente, aunque no aplicable a todos los sectores, también se evalúa su alineación en dimensiones transversales como ambiente, desarrollo social y TIC. De otra parte, en el módulo sectorial, se evalúan dos aspectos: los principios del sector (70%) y la consistencia programática (30%). Respecto al primero se "evalúa si los proyectos de inversión están alineados con los principios del sector, los cuales incluyen temas como el cierre de brechas, la provisión de bienes públicos, la articulación con otras entidades, criterios de focalización, calidad en la prestación del servicio y alineación con planes sectoriales de largo plazo." En la consistencia programática, se evalúa el grado en que el proyecto está asociado con el presupuesto por resultados.

Se considera que la matriz del RIEPI es un insumo muy valioso para el análisis por que incluye los elementos estratégicos para la priorización en salud. En efecto, parte de la unidad de análisis que son los proyectos, incorpora en la evaluación a los principales ejes temáticos (i.e. salud pública y prestación de servicios, aseguramiento y administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), e Inspección, Vigilancia y Control -IVC) y a los principios del sector salud: i) la promoción y acceso efectivo a los servicios para toda la población (50%), ii) las acciones de seguimiento, monitoreo y control al sistema de SGSSS (10%) y iii) promoción de la sostenibilidad del sistema de SGSSS (40%). El puntaje RIEPI asignado por el DNP para cada proyecto de inversión oscila entre 0 y 1, y dentro del indicador de prioridad tenía un peso inicial del 15%.

5. Considerando la coyuntura actual sobre el postconflicto, y la importancia de las acciones del sector salud, se incluirá dentro del indicador de prioridad la calificación otorgada por RIEPI a los proyectos cuyos productos estén relacionados con los Acuerdos para poner fin al conflicto y lograr una paz duradera. Este puntaje, al igual que el puntaje total de RIEPI, está entre 0 y 1, y tenía originalmente un peso porcentual de 10.

Los criterios iniciales expuestos anteriormente se resumen en la tabla 6. Es necesario reiterar que varios de los puntajes y porcentajes cambiaron según el desarrollo de las mesas técnicas con las entidades como se explica más adelante.

Tabla 6. Construcción del Indicador de Prioridad

Puntaje PND		**45%**
0	No tiene vinculación	
0,3	Tiene lineamiento asociado	
0,7	Tiene lineamiento y un indicador asociado	
1	Tiene lineamiento y más de un indicador asociado	
RIEPI		15%

0-1	Puntaje asociado del RIEPI	
Plan Institucional		15%
0	No está contemplado como prioridad por la entidad	
1	Está contemplado como prioridad por la entidad	
Plan Sectorial		15%
0	No está vinculado la Política Sectorial	
1	Está vinculado la Política Sectorial	
Posconflicto		10%
0-1	Vinculación a los acuerdos de la Habana (Fuente: RIEPI)	

6. La relación de los proyectos con indicadores y metas contenidos en el Tablero de Control Presidencial se incluyó posteriormente teniendo en cuenta su importancia estratégica. Los tableros de control presidencial "son una herramienta gerencial que permite visualizar (de forma estandarizada y organizada) las prioridades y metas establecidas en el PND, así como los análisis de alertas tempranas sobre la consecución de éstas, de tal forma que se ha convertido un elemento fundamental sobre el cual se dan las discusiones al más alto nivel del Gobierno Nacional. Las principales funciones de los tableros de control son: Generar información pertinente para la acertada, toma de decisiones de política pública, generar alertas tempranas (semáforos) para asegurar la consecución de las metas gubernamentales, aumentar la transparencia y la rendición de cuentas al interior del Gobierno, evaluar el desempeño de ministerios, departamentos administrativos y otras agencias del Gobierno, generar información para hacer la gestión pública más efectiva." (DNP, Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación de Políticas Públicas, 2014, página 32.). Los puntajes que se asignaron a los proyectos fueron: 0 si no tiene vinculación; 0,3 Relación indirecta con una de las metas; 0,7 con Relación directa con una de las metas; 1 si tiene relación directa con más de una de las metas.

Indicador de Desempeño

En cuanto al desempeño, en la metodología se propone considerar la eficiencia en la ejecución física y financiera. El avance físico corresponde al avance reportado a SPI (2016), y el financiero a los compromisos presupuestales de cada proyecto de inversión reportado al SIIF (2014, 2015, 2016). La ponderación del indicador de desempeño propuesto, y posteriormente aprobado por parte de la mesa sin ninguna objeción, fue el siguiente:

Tabla 7 Indicador de Desempeño Acordado

Indicador de Desempeño			
Ejecución Financiera 2016	25%	Avance Físico	25%
Promedio Ejecución 2014-2016	25%	Avance Gestión	25%

Inflexibilidades

Las inflexibilidades absolutas del sector salud están compuestas por las vigencias futuras, ya que no hay proyectos de inversión financiados con recursos de crédito externo de la banca multilateral. En el anexo 2 se muestran las vigencias futuras por entidad.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social en 2017, 16 de los 28 proyectos (es decir el 57%) de inversión tienen vigencias futuras aprobadas, por un monto de $67.346 millones equivalentes al 31% del total de la inversión del Ministerio-Gestión General. Igual es necesario mencionar que el proyecto Actualización y mantenimiento del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social tiene vigencias futuras por $40.000 millones, es decir concentra 60% del total de vigencias futuras. Para el año 2018, el total de vigencias futuras aprobadas es de $16.646 millones, de los cuales $14.610 millones corresponden también al citado proyecto.

Por su parte, el INS muestra una situación similar al del Ministerio para 2017, ya que más de la mitad de sus proyectos (en total 6 de los 9 proyectos de inversión) tienen vigencias futuras aprobadas por $4.027 millones, equivalentes al 30% de su presupuesto.

En cambio, el Invima solo tiene vigencias futuras para dos (Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional y Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional) de sus ocho proyectos de inversión por un total de $ 2.002.951.725, equivalente al 4.8% del presupuesto de inversión de 2017.

Finalmente en la Supersalud, 3 de los 10 proyectos de inversión tienen vigencias futuras en 2017, por un monto de $ 8.486.592.797 (16% de total de la inversión para la citada vigencia), donde se destacan aquellas aprobadas para los proyectos de Diseño implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el sistema general de seguridad social en salud por $ 4.751.286.783 y Diseño implantación e implementación del sistema de información para la Superintendencia Nacional de Salud por $ 2.997.643.454.

Plan de Adquisiciones

De acuerdo con Colombia Eficiente, “el Plan Anual de Adquisiciones es una herramienta para: i) facilitar a las entidades estatales identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; ii) diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso de contratación.” (Colombia Compra Eficiente, Guía para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones, pag. 2).

Dentro de los usos de este plan, se encuentra que es útil: “i) para identificar y justificar el valor total de recursos requeridos por la entidad para compras y contratación; ii) como referente inicial para

evaluar el nivel de ejecución del presupuesto; iii) para pronosticar la demanda de bienes y servicios de la entidad durante el año referido en el plan." (Ibid, pag.3)

Por lo anterior y con el fin de identificar las oportunidades de ahorros por eficiencia en los proyectos de inversión, además de las preguntas orientadoras de la guía, se consideró que se debía revisar el Plan de Adquisiciones de las entidades, e identificar las adquisiciones planeadas y el proyecto de inversión que las financia. Este paso y la información resultante de este análisis, fueron un insumo necesario para identificar los costos (y posibles ahorros) para el suministro de bienes y servicios de los proyectos.

Esto constituyó un ajuste a la metodología y se sugiere tener en cuenta hacia adelante, previo al paso de contestar las preguntas de la guía relacionadas con los proyectos de baja y alta prioridad.

b. Fase 3: Desarrollando las opciones

Esta etapa del proceso corresponde a la presentación y validación a las entidades del sector de la información preparada en la etapa previa.

Mesa Técnica # 1
Fecha de realización: marzo 28 de 2017

El objetivo de la primera mesa era presentar el alcance de la metodología de revisión de gasto a las entidades del sector salud objeto del estudio, Ministerio de Salud y Protección Social, INS, IVIMA y la Superintendencia Nacional de Salud, explicando concretamente la construcción del indicador de prioridad y desempeño, y validándolo. Sin embargo, debido a una inadecuada comunicación, la convocatoria a la reunión no incluyó a las tres últimas entidades mencionadas.

A pesar de lo anterior, la reunión se realizó con el director de la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud, y los representantes del DNP, asesores de la Subdirección Territorial y de Inversión Pública, la Dirección de Desarrollo Social, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas y Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. En la propuesta, se presentó la construcción del indicador de prioridad de acuerdo con los criterios explicados anteriormente y mostrados en la tabla 6. La representante de la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas sugirió incluir como un criterio adicional de priorización, la valoración de aquellos proyectos de inversión que tuvieran indicadores incluidos en el Tablero de Control por su importancia estratégica y política.

Para ello, se estableció como compromiso el envío de los indicadores de seguimiento del tablero en el sector salud, para evaluar su inclusión en las categorías de priorización.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente en el sentido de la no presencia de las entidades vinculadas al Ministerio de Salud, el jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud, las convocará para la siguiente reunión.

Vale la pena mencionar que el jefe de la Oficina de Planeación citó a los representantes de las oficinas de planeación del INS, Invima y Supersalud el 5 de abril a una reunión sectorial a manera de introducción general para explicarles el alcance del ejercicio, previo a la mesa técnica con el DNP y consultores de Fedesarrollo. Es importante resaltar este liderazgo de la oficina de planeación como cabeza del sector para respaldar la realización del ejercicio.

Mesa Técnica # 2
Fecha de realización: abril 24 de 2017

El objetivo de la segunda reunión fue discutir con los actores institucionales la visión de cada uno sobre los componentes del Sistema General de Participaciones (SGP) para identificar ineficiencias, duplicidades, posibilidad de ahorros y de mejoras en general, a partir de una revisión de estudios realizados sobre este tema. La reunión contó con la presencia de delegados del DNP, la directora de Financiamiento Sectorial y el jefe de la oficina de planeación del Ministerio de Salud, así como funcionarios de estas dos instancias. También se cursó invitación al Ministerio de Hacienda y Crédito Público pero no asistieron.

Para cada uno de los componentes del SGP, se realizó un breve diagnóstico e interrogantes para fomentar la discusión entre los asistentes. Como ejemplo en salud pública, a partir de un estudio de la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda de 2015, se planteó que existe una debilidad importante de las entidades territoriales para identificar las necesidades en salud pública, no se contrata con los servicios con Instituciones Pública en Salud, lo que impide una optimización y buen uso de recursos en salud pública, igualmente no se están llevando a cabo Planes de Intervención Colectivas en salud pública a pesar que la mayor parte de los municipios son de categoría 4 en adelante (DAF, 2015). Así mismo, en un estudio de econometría de 2014, se mencionaba que la mortalidad infantil debía incluirse como criterio de distribución (Econometría, 2014).

Otro ejemplo a manera de ilustración en prestación de servicios de acuerdo con la DAF, “Los 423 municipios certificados contratan principalmente los servicios de primer nivel de atención con las IPS Públicas mediante capitación” (pagos fijos por persona)…,pero no se verifica la atención efectiva de los usuarios ni se validan los derechos de éstos, encubriendo un subsidio de las ET a los prestadores públicos sin la contraprestación de los servicios de salud”.

Como resultado de esta reunión, en la siguiente entrega se presentarían las conclusiones y recomendaciones acordadas en la mesa, en torno al mejoramiento de la gestión del SGP.

Mesa Técnica #3
Fecha de realización: abril 25 de 2017

Esta reunión contó con la presencia de los delegados del DNP, los jefes de oficina de planeación y asesores del Ministerio de Salud, INS e Invima; la Supersalud fue representada por una asesora de la oficina de planeación.

Teniendo en cuenta la presencia institucional del sector, el objetivo planteado era desarrollar lo propuesto en la mesa técnica # 1 (presentar el alcance de la metodología de revisión de gasto, explicar y validar la construcción del indicador de prioridad y desempeño).

De acuerdo con la sugerencia del DNP, se incluyó la vinculación del proyecto con el Tablero de Control Presidencial (peso porcentual de 10), lo cual llevó a cambiar el porcentaje del criterio de Plan Nacional de Desarrollo (bajar de 45% a 35%) tal como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 8. Construcción del Indicador de Prioridad inicio mesa # 3

Puntaje PND		**35%**
0	No tiene vinculación	
0,3	Tiene lineamiento asociado	
0,7	Tiene lineamiento y un indicador asociado	
1	Tiene lineamiento y más de un indicador asociado	
RIEPI		**15%**
0-1	Puntaje asociado del RIEPI	
Plan Institucional		**15%**
0	No está contemplado como prioridad por la entidad	
1	Está contemplado como prioridad por la entidad	
Plan Sectorial		**15%**
0	No está vinculado la Política Sectorial	
1	Está vinculado la Política Sectorial	
Posconflicto		**10%**
0-1	Vinculación a los acuerdos de la Habana (Fuente: RIEPI)	
Tablero de Control Presidencial		**10%**
0	No tiene vinculación	
0,3	Relación indirecta con una de las metas	
0,7	Relación directa con una de las metas	
1	Relación directa con más de una de las metas	

Una vez se presentaron los criterios de prioridad, las entidades sugirieron disminuir el porcentaje asignado al Plan Nacional de Desarrollo (PND) e incrementar los correspondientes a plan institucional y sectorial en razón a que los indicadores de seguimiento en su totalidad son atribuibles al Ministerio de Salud y uno a la Supersalud, por lo que su gestión no se ve reflejada (y calificada) en este criterio. Dentro del puntaje del PND, se sugiere aumentar de 0,3 a 0,5 la calificación de los proyectos que tienen lineamiento asociado al PND. Igualmente, se menciona también que el porcentaje asignado a la vinculación con el Tablero de Control debe disminuir. De la misma manera, la gran mayoría de proyectos del sector salud no se vinculan con el Posconflicto por lo que se recomendó bajar el porcentaje.

Por lo anterior, los criterios de priorización acordados por todos los participantes de la mesa técnica es el siguiente:

Tabla 9. Construcción del Indicador de Prioridad Acordado

Puntaje PND		**25%**
0	No tiene vinculación	
0,5	Tiene lineamiento asociado	
0,7	Tiene lineamiento y un indicador asociado	
1	Tiene lineamiento y más de un indicador asociado	
RIEPI		**15%**
0-1	Puntaje asociado del RIEPI	
Plan Institucional		**30%**
0	No está contemplado como prioridad por la entidad	
1	Está contemplado como prioridad por la entidad	
Plan Sectorial		**20%**
0	No está vinculado la Política Sectorial	
1	Está vinculado la Política Sectorial	
Posconflicto		**5%**
0-1	Vinculación a los acuerdos de la Habana (Fuente: RIEPI)	
Tablero de Control Presidencial		**5%**
0	No tiene vinculación	
0,3	Relación indirecta con una de las metas	
0,7	Relación directa con una de las metas	
1	Relación directa con más de una de las metas	

Una vez aprobados los criterios del indicador prioridad, se procedió a explicar el indicador de desempeño.

Posteriormente, se presentó el gráfico con los resultados preliminares de prioridad y desempeño del sector de la salud (con y sin SGP), sin los cambios sugeridos en la reunión, para ilustrar a los participantes sobre el avance del ejercicio.

Finalmente, se dispuso de la información del monto de vigencias futuras para la vigencia 2017 para los proyectos de inversión de cada entidad, con el fin de identificar las inflexibilidades.

Para finalizar la reunión, debido a que las mesas técnicas iniciaron con cierto retraso en el cronograma previsto, se propuso por parte de Fedesarrollo la realización de reuniones técnicas en cada entidad (INS, Invima, Supersalud) con el fin de avanzar en la revisión del puntaje y calificación de cada criterio de los proyectos de inversión.

Reuniones técnicas con las entidades

INS (27 de abril)

El jefe de la oficina de planeación convocó a varios funcionarios responsables de la gestión de los proyectos de inversión, por lo que fue necesario explicar nuevamente la metodología de revisión del gasto.

Una vez aclaradas las inquietudes técnicas, se procedió con la revisión del puntaje de los proyectos de inversión.

Los proyectos "Administración producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio, e Investigación en Salud", están incluidos en el Plan Sectorial, y el primero de ellos, dado su alcance e impacto en la salud pública por la elaboración del suero antiofídico, se ha incluido su alineación con los lineamientos del PND.

En cuanto al indicador de desempeño, es necesario hacer la consulta con DNP sobre la calificación del avance físico y financiero del proyecto de inversión "Mejoramiento fortalecimiento de las redes especiales: laboratorios, bancos de sangre, trasplantes y los lnr nacional", la cual fue de cero (no hay reporte en SIIF y SPI). Dado que el proyecto es nuevo para la vigencia 2017 y es fruto de la fusión de otros dos proyectos del INS, no tiene reporte de 2016 a dichas bases de datos del DNP. Se decidió incluir este tema para la reunión de la mesa técnica # 4.

Supersalud (27 de abril)

Considerando que la jefe de la oficina de planeación de la Supersalud no asistió a las reuniones previas, se procedió a explicar la metodología de revisión de gasto. Dentro de los comentarios realizados, vale la pena destacar que para ella todos los proyectos de inversión son igualmente prioritarios para la entidad, incluso aquellos relacionados con el apoyo operativo a las áreas misiones de la Supersalud.

La asesora de la oficina, posteriormente remitió, vía correo electrónico, la información para ser considerada:

i) la corrección del valor de las inflexibilidades suministrada;
ii) suministro de la información remitida a DNP sobre el avance físico y financiero de todos los proyectos de inversión, particularmente para ajustar la calificación de aquellos que se les había puesto una valoración de cero en avance de gestión: "Implementación y optimización plan de medios de comunicación masiva sobre ivc de Supersalud y derechos y deberes de los usuarios del SGSSS y los distintos mecanismos para hacerlos exigibles nacional", "Fortalecimiento de la defensa judicial, extrajudicial y en jurisdicción de cobro persuasivo y coactivo a la Supersalud a nivel

nacional", "fortalecimiento a los procesos de la función jurisdiccional y de conciliación" e "Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la atención al ciudadano en la SNS";
iii) incluir como fuente de información para la valoración de la alineación de los proyectos de inversión con el Plan Institucional, el Plan Anual de Gestión-PAG 2017 (https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/politicas-planes-y-programas/plan-anual-de-gestion);
iv) articulación del proyecto: Diseño, implementación y desarrollo del sistema integrado de gestión de la SNS con el Plan Sectorial en: Numeral 6.4 Política Administrativa No.4 Eficiencia Administrativa 6.4.1 Gestión de Calidad, y Numeral 6.2. Política Administrativa No.2 Transparencia, participación y servicios al ciudadano 6.2.4 Rendición de cuentas a la ciudadanía.
v) se argumentó que a través de SINERGIA la Superintendencia Nacional de Salud, realiza el reporte al siguiente indicador: Porcentaje de PQR respondidas por las entidades administradoras de Planes de Beneficios (Asociado al Programa: Calidad, acceso a los servicios de salud y fortalecimiento de la red de emergencias). Por lo anterior, el proyecto vinculado, debe ser el denominado "Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la atención al ciudadano en la sns" y no el proyecto de Estabilidad Financiera como figuraba en el cuadro de puntuación.

Invima (28 de abril)

En el Invima, la reunión se celebra con el director de la oficina de planeación y una asesora de dicha oficina, quienes previamente asistieron a la reunión de la mesa técnica #3. Se entra por lo tanto a revisar varios proyectos de inversión que tenían calificación de cero en su alineación con el plan nacional de desarrollo tal como "Desarrollo tecnológico de la informática y las comunicaciones -tics- fortaleciendo el sistema ivc del Invima nacional" considerando que uno de los sistemas de la institución es fuente del Sispro. Igualmente la inclusión en el plan institucional de la entidad, del proyecto "Adquisición de equipos, insumos, elementos y repotenciación de equipos a nivel nacional".

Y finalmente la revisión de la relación de varios proyectos de inversión con el plan sectorial: "Adquisición de equipos, insumos, elementos y repotenciación de equipos a nivel nacional", "Control de calidad de productos biológicos a nivel nacional", "Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional", los cuales apuntan al objetivo estratégico de Recuperar la confianza en el sector salud, en la estrategia de acercar el IVC al ciudadano.

Se agrega que el proyecto "Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional", le está apuntando al posconflicto dado que hay actividades específicas para las zonas veredales, por lo que se debería incluir en el criterio de priorización (también el RIEPI, que es la fuente de información de dicho criterio). Este tema se llevará a la mesa técnica # 4, para que el DNP tome las medidas correspondientes para el ajuste respectivo.

Mesa Técnica # 4
Fecha de realización: mayo 2 de 2017

Esta reunión contó con la presencia de los delegados del DNP, incluyendo la subdirectora de salud del DNP, los jefes de oficina de planeación y asesores del Ministerio de Salud, INS e Invima; la Supersalud fue representada por una asesora de la oficina de planeación. Vale la pena destacar la participación de la directora del INS.

El objetivo de la reunión era validar el puntaje de cada criterio de priorización de los proyectos de inversión, con base en los acuerdos de la mesa técnica # 3 y en lo trabajado en las reuniones bilaterales, y establecer los siguientes pasos.

La directora del INS intervino cuestionando la metodología de revisión del gasto, puesto que su entidad ha tenido unos recortes presupuestales significativos en los últimos años por lo que no habría espacio para el ahorro, y que la metodología por el contrario no identificaba los recursos faltantes que el INS requería para cumplir mínimamente con sus objetivos misionales. De la misma manera no estuvo de acuerdo con los criterios de priorización establecidos en la metodología, particularmente el relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo, puesto que su entidad debe cumplir con sus funciones a pesar de no tener indicadores en el mismo. Finalmente, agregó que hay leyes que el INS debe cumplir y que la entidad no cuenta con los recursos suficientes para ello.

Se procedió entre Fedesarrollo y el DNP a explicar el alcance de la metodología de revisión del gasto, su utilidad como ejercicio de optimización en distintas coyunturas económicas, la aclaración en la disminución de la ponderación del criterio del PND como acuerdo institucional de la mesa técnica previa; en cuanto al aspecto de las leyes y su cumplimiento, se mencionó que más adelante en la reunión se explicaría que éstas se deben tener en cuenta para definir las inflexibilidades en el presupuesto de inversión.

Posteriormente, se procedió a validar el puntaje de los criterios de priorización trabajados en la mesa anterior, en las reuniones bilaterales y en la reunión presente, donde la directora del INS mencionó que hay dos proyectos que directamente están atendiendo el postconflicto. A pesar de que se llegó a un acuerdo sobre la validación del puntaje, el DNP deberá revisar los siguientes puntos:

1) La calificación del avance físico y financiero del proyecto de inversión “Mejoramiento fortalecimiento de las redes especiales: laboratorios, bancos de sangre, trasplantes y los lnr nacional” del INS dado que es un proyecto nuevo en 2017, fusión de dos proyectos de inversión de vigencias anteriores.

2) El puntaje de postconflicto en el RIEPI, el cual incidirá en este criterio de prioridad y en el propio de posconflicto para los tres (3) siguientes proyectos:

i. Invima: proyecto Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional. Una vez revisado, el proyecto le está apuntando al posconflicto dado que hay actividades específicas para las zonas veredales.
ii. INS: Prevención control y vigilancia en salud pública

ii. INS: Mejoramiento fortalecimiento de las redes especiales: laboratorios, bancos de sangre, trasplantes y los lnr nacional

Una vez culminado estas mesas técnicas conjuntas, se procedió a la realización de las reuniones con cada una de las entidades con el fin de analizar los resultados del ejercicio de priorización, y a partir de éste determinar los espacios de optimización del gasto (ahorros, economías de escala, duplicidades). Estas reuniones se coordinaron con los jefes de las oficinas de planeación, y asistieron a éstas los representantes de la Direcciones de Desarrollo Social y de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas del DNP. Quedaba a discreción de cada entidad si invitaban a funcionarios o asesores de otras dependencias, responsables de los proyectos de inversión.

Los objetivos específicos de estas reuniones fueron: i) identificar las dependencias responsables de los proyectos, ii) verificar si los bienes o servicios tienen características similares, iii) analizar si existen posibilidades de ahorro o de economía de escala, iv) realizar una estimación del ahorro, y v) plantear alternativas institucionales (i.e. establecer acciones entre las dependencias) para buscar mayor eficiencia en el gasto, y hacer realidad el ahorro.

Para esta ronda de reuniones, los insumos técnicos fueron archivos que contenían la siguiente información:

1. El resultado de la metodología revisión de gasto (incluyendo el espacio de ahorro) para cada proyecto de inversión, con la correspondiente gráfica de análisis de los proyectos (priorización y desempeño);

2. Los objetivos, productos, indicadores de cada proyecto de inversión;

3. El plan de adquisiciones de la entidad con la correspondiente identificación y relación con cada uno de los proyectos de inversión;

4. Una ficha técnica con las recomendaciones para la optimización.

Además de la información, se plantearon varias preguntas orientadoras con base en la guía metodológica:

• ¿Hay espacio para entregar los mismos niveles de servicios a menor costo? (reduciendo insumos o introduciendo mejoras a los procesos administrativos como nuevas tecnologías informáticas)
• ¿Hay espacio para reducir los beneficios/resultados del proyecto? (reduciendo productos)
• ¿Existe espacio para unir proyectos, compartir servicios o simplificar el modelo operativo?
• ¿Existe un ejercicio de costeo unitario para el bien o servicio que otorga el proyecto de inversión?
• ¿Cuál es el porcentaje de gastos de operación indirectos asociados al costo final del bien o servicio que otorga el proyecto de inversión?
• ¿Cómo ha sido la asignación de componentes de gastos de operación indirectos como viáticos, transporte, comunicaciones y logística dentro del proyecto?

• ¿Existen análisis para determinar el nivel de financiación de gastos de personal dentro del proyecto

Como conclusión al ejercicio, las entidades diligenciaron la ficha técnica con las recomendaciones y las enviaron posteriormente vía email.

INS

El INS para la vigencia 2017 está ejecutando 9 proyectos de inversión por un monto total de $13.766.669.408, siendo como se mencionó anteriormente una de las entidades del sector con mayor disminución en su presupuesto de inversión en los últimos años. Tres de sus proyectos componen el 53% de la inversión total de la entidad: Mejoramiento fortalecimiento de las redes especiales: laboratorios, bancos de sangre, trasplantes y los lnr nacional, Prevención control y vigilancia en salud pública, y Administración producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio, cada uno con una participación similar de 17%.

El Plan de Adquisiciones del INS muestra una variedad de elementos, que van desde la compra y/o suministro de insumos para laboratorios, animales, elementos de bioseguridad, equipos, tiquetes aéreos, viáticos, papelería, hasta la contratación de servicio de personal y pago de servicios públicos. Sobre la contratación de servicio de personal, todos los 9 proyectos tienen este ítem de gasto, y suman $5.404.595.147, es decir un 39% del total del presupuesto de inversión de la entidad. Y acerca del pago de servicios públicos, todos los proyectos a excepción del proyecto del Observatorio Nacional de Salud, tiene este gasto incluido, cuando es claro que este debería corresponder al rubro de los gastos generales de funcionamiento, por no mencionar los materiales que también deberían incluirse en estos gastos. Estos gastos suman **$942.990.055**, lo cual puede constituir un **posible espacio de optimización** en la inversión, siempre y cuando se reasignen en funcionamiento.

En las siguientes ilustraciones, se muestra el ejercicio de priorización y desempeño de los proyectos del INS:

Gráfico 2 Priorización y Desempeño INS

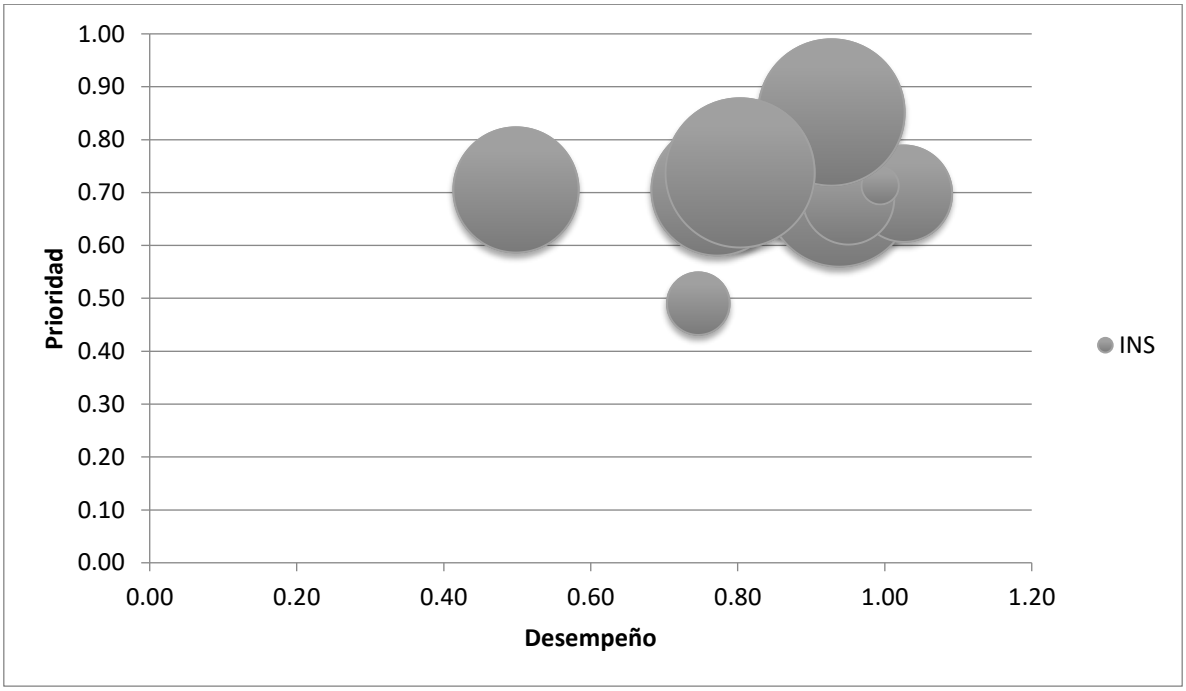


Tabla 10. Proyectos de Inversión Priorización y Desempeño por Cuadrante INS

SEGUNDO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
MEJORAMIENTO FORTAL GESTION SALUD DESARROLLADO OBSERVATORIO NACIONAL SALUD	0,75	0,49

TERCER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
CONSTRUCCION Y REMODELACION DE LABORATORIOS.	0,50	0,70

CUARTO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
IMPLANTACION SISTEMA DE INFORMACION	0,95	0,69
ADM PRODUCC. Y CONTROL CALIDAD BIOLOGICOS Y QUIMICOS Y ANIMALES DE LABORATORIC	0,94	0,70
INVESTIGACION EN SALUD	1,03	0,70
RENOVACIÓN TECNOL LABORATORIOS INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NACIONAL	0,77	0,70
MEJOR NUTRICIONAL, ENFERM RELACIONADAS MALNUTRICION, CULTURA Y SEGURIDAD ALIM	0,99	0,71
MEJOR. FORTAL REDES ESPECIALES: LABORAT, BANCOS SANGRE, TRASPLANTES Y LOS LNR NA	0,80	0,74
PREVENCION CONTROL Y VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA.	0,93	0,85

Considerando el recorte presupuestal que ha tenido en los últimos años, el ejercicio de optimización del gasto fue complejo debido a que la entidad se ha visto forzada a ajustarse a dicha realidad fiscal.

Como era de esperarse, el ejercicio tuvo acuerdos alrededor de la gestión institucional alrededor de varios proyectos pero no arrojó cifras de optimización. Dada la importancia estratégica alrededor de la salud pública a cargo de la entidad, para varios proyectos también se enuncia lo manifestado por los responsables de los mismos.

Proyectos: i) Investigación en salud y ii) Mejoramiento de la Situación Nutricional

La Dirección de Investigación de Salud Pública ve factible y viable la unión de los dos proyectos de inversión que manejan Investigación en Salud y Mejoramiento de la situación nutricional, enfermedades relacionadas con malnutrición, cultura y seguridad alimentaria de la población colombiana. De la misma manera se han comprometido para la revisión del plan de adquisiciones para reducir algunos ítems y aumentar otros para el cumplimiento de la labor misional.

Proyecto: Mejoramiento fortalecimiento de las redes especiales: laboratorios, bancos de sangre, trasplantes y los lnr nacional

Este proyecto es estratégico, varias de sus actividades van orientadas a mantener la vigilancia en el país a fin de detectar posibles amenazas a la seguridad nacional y salud de los colombianos (como Zika o CHIKV) bien sea de origen biológico o químico. Así mismo las nuevas normas emanadas en 2016 respecto a trasplantes en el país, asignan funciones al INS sin recurso adicional.

Proyecto: Administración producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio.

Los gastos programados de tiquetes y viáticos corresponden, mayormente, a las salidas de campo y socializaciones que se realizan en relación con la prevención y manejo del accidente ofídico en Colombia, lo cual se realiza en cumplimiento de las funciones misionales asignadas a la Dirección de Producción. Dado el sucesivo recorte de recursos del que ha sido objeto el proyecto de inversión, en las dos últimas vigencias no se ha programado la posibilidad de contar con apoyo logístico para la realización de eventos. Es decir, este objeto de gasto ya ha sido priorizado dentro de la distribución de recursos del proyecto de inversión.

Proyecto: Prevención control y vigilancia en salud pública.

Debido a la disminución de recursos para el proyecto de inversión que se ha venido presentando en los últimos años, se han adelantado procesos de priorización de asistencias técnicas y atención de brotes, alertas y emergencias, tratando de generar el mínimo impacto negativo en el desarrollo de las funciones misionales. El presupuesto asignado para tiquetes y viáticos, se usa para realizar asistencias técnicas a las entidades territoriales con el fin de fortalecer la operación del sistema de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, lo cual es una función de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Se está trabajando en un rediseño de la estrategia de asistencia técnica que incluye asistencia virtual (cuando aplique), uso de plataformas para capacitación, delimitación en tiempo y personas de cada proceso.

Teniendo en cuenta la disminución de recursos año a año y la política de austeridad en el gasto, este ítem de logística (eventos, talleres) se ha priorizado, incluyendo aquí el mínimo de presupuesto requerido para: i) el desarrollo de los eventos que son necesarios de realizar, como las reuniones nacionales y las capacitaciones que por su naturaleza, deben ser presenciales; ii) la impresión de material que debe ser entregado en zonas donde el acceso a internet no es constante, y que es importante para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

INVIMA

El Invima tiene 8 proyectos de inversión por un total de $ 42 mil millones. Tres proyectos componen el 77% de la inversión en 2017: Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional ($17.098.573.824), Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional ($8.456.995.840) y Adquisición de equipos, insumos, elementos y repotenciación de equipos a nivel nacional ($6.800.000.000).

Su Plan de Adquisiciones está constituido en su gran mayoría, por el suministro de insumos, reactivos, adquisición y prestación de servicios de intervenciones metrológicas, dispositivos, equipos, licenciamientos, prestación de servicio de transporte, entre otros.

El ejercicio de optimización y desempeño de los proyectos de inversión se refleja en la siguiente gráfica y tabla:

Gráfico 3. Priorización y Desempeño INVIMA

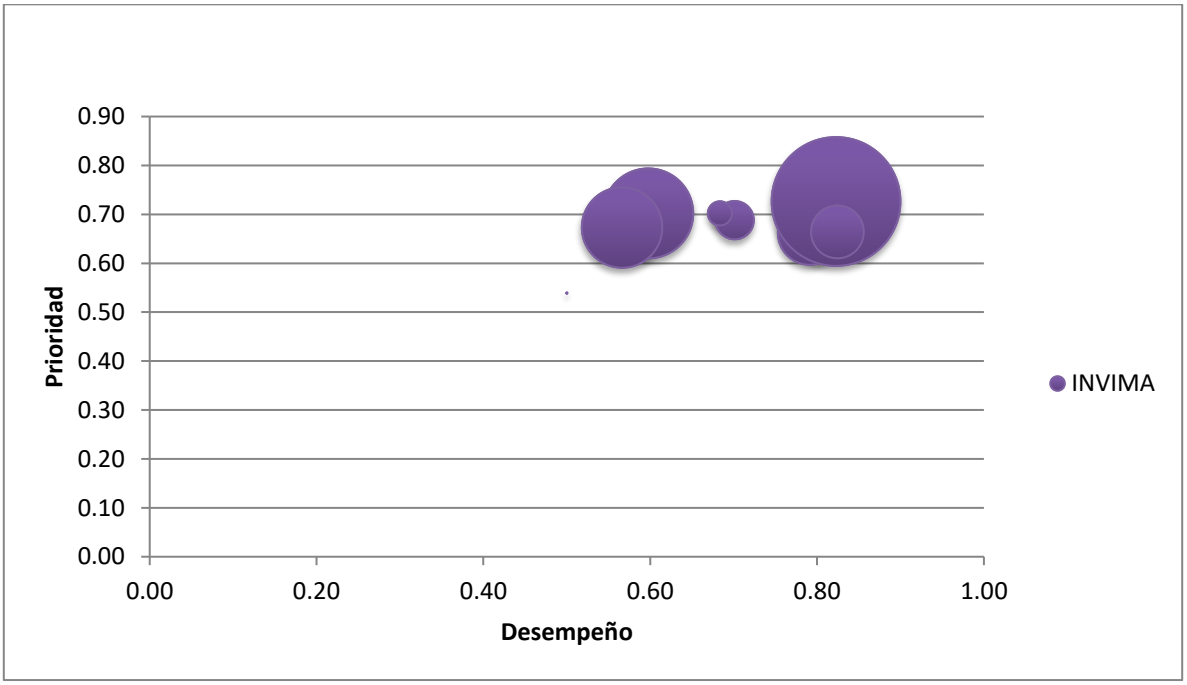


Tabla 11. Proyectos de Inversión Priorización y Desempeño por Cuadrante INVIMA

PRIMER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CONOCIMIENTOS RECURSO HUMANO INVIMA A NIVEL NA	0,50	0,54

TERCER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
ADQUISICIÓN EQUIPOS, INSUMOS, ELEMENTOS Y REPOTENCIACIÓN DE EQUIPOS A NIVEL NA	0,57	0,67

CUARTO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
DLLO TECN INFORMATICA Y COMUNICACIONES -TICS- FORTALECIENDO EL SISTEMA IVC INVIM	0,79	0,66
ADQUISICIÓN REMODELACIÓN Y DOTACIÓN INFRAESTRUCTURA FISICA INVIMA A NIVEL NACI	0,82	0,66
CAPACITACION Y ASISTENCIA TÉCNICA A ENTES DESCENTRALIZADOS A NIVEL NACIONAL	0,70	0,69
LEVANTAMIENTO INFORMAC. CONDICIONES FISICOSANITARIAS PRODUCTCOMPETENCIA INV	0,60	0,70
CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL	0,68	0,70
MEJORAMIENTO VIGILANCIA SANITARIA Y CONTROL CALIDAD PRODUCTOS COMPETENCIA IN	0,82	0,73

Se destacan que aquellos citados proyectos de inversión con el mayor monto de recursos asignados - Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional ($17.098.573.824) y Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional ($8.456.995.840)- resultaron con la mayor priorización, y para el caso del primer proyecto con el más alto desempeño. En contraste, el proyecto de menor asignación presupuestal por solo $10 millones, Capacitación y actualización de los conocimientos del recurso humano del Invima a nivel nacional, tiene un deficiente desempeño y la más baja priorización.

A continuación, se describe el ejercicio de optimización en el Invima (se excluye el proyecto de Adquisición, remodelación y dotación infraestructura física Invima a nivel nacional pues no hubo conclusiones para el mismo), aclarando que el resultado del mismo no arrojó cifras sino compromisos de gestión institucional, la gran mayoría de ellos dirigidos hacia la exploración para la realización de compras de bienes y servicios bajo la modalidad de vigencias futuras buscando economías de escala lo que podría disminuir costos:

Proyecto: Capacitación y actualización de los conocimientos del recurso humano del Invima a nivel nacional

Este proyecto solo tiene una apropiación de $10 millones en 2017 para cumplir con los aspectos administrativos del convenio con Icetex. Dada la labor técnica específica del Invima, es necesario fortalecer el direccionamiento de los recursos de este proyecto para que el fortalecimiento del talento humano tenga impacto en la entidad.

Por lo tanto, se revisará con la Secretaria General (GTH) dependencia a cargo de este proyecto de inversión, la gestión de este proyecto y la posibilidad bien sea de eliminar o restructurar el proyecto y su administración (Reglamentación y prioridad a programas de tipo misional, sin olvidar que este proyecto hace parte de compromisos pactados con el Sindicato de la entidad).

Proyecto: Adquisición de equipos, insumos, elementos y repotenciación de equipos a nivel nacional

Se revisará para el nuevo período de gobierno la posibilidad de realizar vigencias futuras para las contrataciones de adquisición de insumos, equipos y repotenciamiento de los equipos que tienen los laboratorios del Invima, esta revisión se realizará con DNP y la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad, con lo cual se disminuiría gastos administrativos.

Además de revisar la posibilidad de hacer economía de escala en estas contrataciones.

Proyecto: Desarrollo tecnológico de la informática y las comunicaciones -tics- fortaleciendo el sistema ivc del Invima nacional

El Invima revisará para el nuevo periodo de gobierno la posibilidad de realizar vigencias futuras para las contrataciones asociadas a este proyecto; esta revisión se realizará con DNP y la Oficina de Tecnologías de la información, con lo cual se disminuiría gastos administrativos. Además de revisar la posibilidad de hacer economía de escala en estas contrataciones.

Proyecto: Capacitación y asistencia técnica a entes descentralizados a nivel nacional

El Invima continuará con revisiones de optimización de gastos (viáticos y tiquetes) en el sentido de incentivar la realización de capacitaciones y asistencias técnicas de manera virtual, siempre y cuando estas puedan realizarse de esta manera.

Proyecto: Control de calidad de productos biológicos a nivel nacional

Para 2018, el Invima realizará la revisión de la posibilidad de hacer economía de escala en las contrataciones derivadas de este proyecto.

Proyecto: Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional

El Invima revisará para el nuevo periodo de gobierno la posibilidad de realizar vigencias futuras para las contrataciones asociadas a este proyecto de inversión; esta revisión se realizará con DNP y las Direcciones misionales involucradas, con lo cual se disminuirían gastos administrativos. Además de revisar la posibilidad de hacer economía de escala en estas contrataciones.

Proyecto: Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente

El Invima revisará para el nuevo periodo de gobierno la posibilidad de realizar vigencias futuras para las contrataciones asociadas a este proyecto de inversión; esta revisión se realizará con DNP y las Direcciones misionales involucradas, con lo cual se disminuiría gastos administrativos. Además de revisar la posibilidad de hacer economía de escala en estas contrataciones.

Finalmente el Invima hará las gestiones para unificar tres (3) proyectos de inversión, de acuerdo con las necesidades estratégicas de la entidad: Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional, Control de calidad de productos biológicos a nivel nacional, Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Supersalud tiene 10 proyectos de inversión para 2017 por un valor de $51.983 millones. Dos de sus proyectos suman $31.321 millones equivalentes al 60% de la inversión: Diseño implantación e implementación del sistema de información para la Superintendencia Nacional de Salud de $12.387.875.840 y Diseño implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el sistema general de seguridad social en salud con $ 18.933.487.616.

El Plan de Adquisiciones está constituido por una variedad de suministro de servicios de personas naturales y jurídicas.

A continuación se ilustra el ejercicio de optimización y desempeño de los proyectos de inversión:

Gráfico 4. Priorización y Desempeño SuperSalud

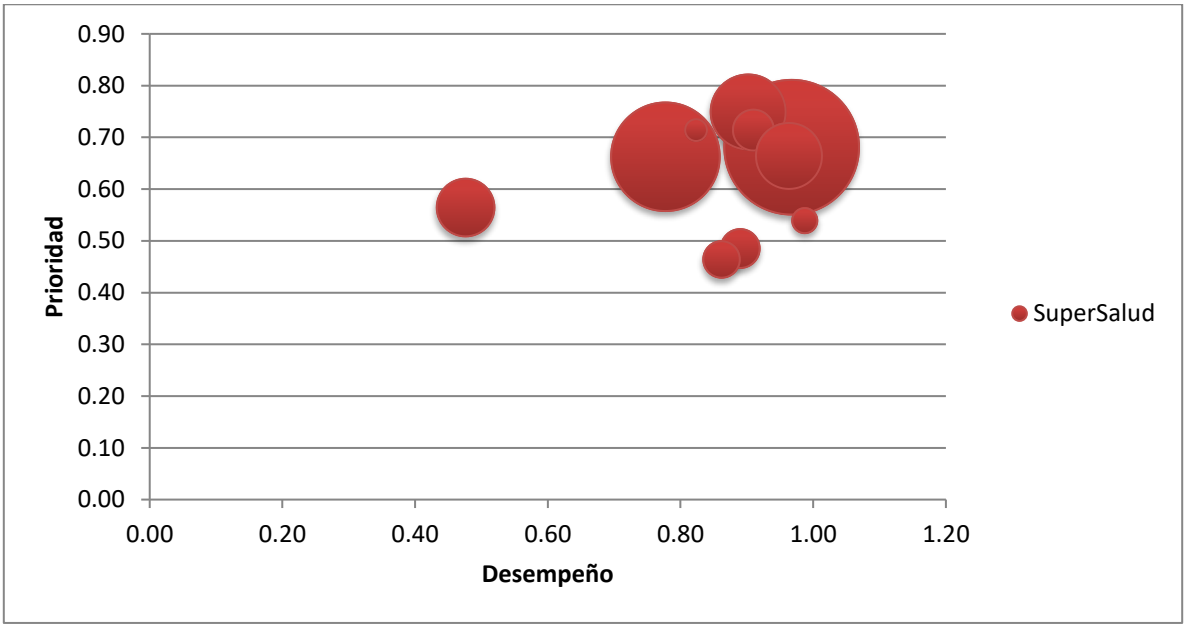


Tabla 12. Proyectos de Inversión Priorización y Desempeño por Cuadrante Supersalud

PRIMER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
ANALISIS SEGUIM Y EVALUAC ESTABILIDAD FINAN, ECON Y SOCIAL SIST GEN SEG SOCIAL SALUD	0,48	0,56

SEGUNDO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
FORTALECIMIENTO A LOS PROCESOS FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y CONCILIACIÓN NACIONAL	0,86	0,46
FORTALECIMIENTO DEFENSA JUDICIAL, EXTRAJUDICIAL JURISDIC COBRO PERSUASIVO Y COACT	0,89	0,49
CAPACITACIÓN FORMACION TALENTO HUMANO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	0,99	0,54

CUARTO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
DISENO IMPLANTACION E IMPLEMENTACION DEL SIST INFORM SUPERINTENDENCIA NACIONA	0,78	0,66
IMPLEMENT Y OPTIMIZ PLAN MEDIOS COMUNICACIÓN MASIVA SOBRE IVC SUPERSALUD	0,96	0,66
DISEÑO IMPLANTACION E IMPLEMENTACION SIST NACIONAL INSPECC, VIGILAN Y CONTROL P	0,97	0,68
DISEÑO E IMPLEMENTACION SISTEMA GESTIÓN DOCUMENTAL EN SUPERSALUD	0,91	0,71
DISEÑO IMPLEMENTACION Y DESARROLLO SISTEMA INTEGRADO GESTION SUPER SALUD	0,82	0,71
IMPLEMENTACIÓN MECANISMOS PARA MEJORAR CALIDAD Y EFICIENCIA ATENCION AL CIUDAI	0,90	0,75

De este ejercicio de optimización, vale la pena indicar que los proyectos ubicados en el cuarto cuadrante componen el 86% de la inversión de la entidad, y de otra parte el proyecto Análisis seguimiento y evaluación de la estabilidad financiera, económica y social del sistema general de seguridad social en salud ubicado en el primer cuadrante será eliminado para la vigencia 2018 de acuerdo al análisis que sigue:

A continuación se describe el proceso de optimización en la Supersalud[1]:

Proyecto: Análisis seguimiento y evaluación de la estabilidad financiera, económica y social del sistema general de seguridad social en salud.

Este proyecto de inversión tiene un horizonte hasta esta vigencia 2017. A partir del 2018 se fusiona con el proyecto de inversión Diseño implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el sistema general de seguridad social en salud.

Proyecto: Diseño implantación e implementación del sistema de información para la Superintendencia Nacional de Salud.

Este proyecto de inversión se encuentra reformulándose acorde a las necesidades actuales existentes de la entidad, ya que es un proyecto de inversión formulado en el año 1996. Por consiguiente una vez se haya terminado su formulación se procederá su cargue en la MGA.

De otra parte, debido a que en el año 2015 hubo recorte presupuestal, la Supersalud se vio obligada a financiar con recursos de inversión aquellos gastos necesarios para la ejecución de los proyectos que se consideran indispensables para el cumplimiento de la misión de la entidad, caso específico el arrendamiento de los servicios de Datacenter y Conectividad. Por ello, se tiene programado su financiamiento hasta julio de 2018; debido a que son gastos recurrentes, se financiarán con gastos de funcionamiento a partir del 1 de agosto de 2018 dada su característica de recurrente y necesario para el normal funcionamiento de la entidad. Estos dos servicios para 2017 según el plan de compras suman aproximadamente **$1.443.538.637**, que podría constituirse en un **posible espacio de optimización**.

Proyecto: Diseño implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el sistema general de seguridad social en salud

[1] Hubo revisión para los siguientes proyectos de la Supersalud en la reunión, sin embargo no hubo identificación de espacios de optimización: Fortalecimiento de la defensa judicial, extrajudicial y en jurisdicción de cobro persuasivo y coactivo a la Supersalud a nivel nacional, Fortalecimiento a los procesos de la función jurisdiccional y de conciliación, nacional, Capacitación formación del talento humano de la Superintendencia Nacional de Salud nacional, Implementación y optimización plan de medios de comunicación masiva sobre ivc de Supersalud y derechos y deberes de los usuarios del SGSSS y los distintos mecanismos para hacerlos exigibles nacional, Diseño implementación y desarrollo del sistema integrado de gestión de la superintendencia nacional de salud nacional

Este proyecto de inversión se reformuló, y se encuentra cargado en el SUIFP, el nombre del nuevo proyecto es "Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a nivel Nacional" y empieza a ejecutarse a partir de la vigencia 2018. Para este nuevo proyecto se fusionaron los proyectos de inversión:

*Análisis, seguimiento y evaluación de la estabilidad financiera, económica y social del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
*Diseño, implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Proyecto: Diseño e implementación del sistema de gestión documental en la superintendencia nacional de salud nacional

Debido al recorte presupuestal de 2015 como hubo recorte presupuestal, la Supersalud se vio obligada a financiar con recursos de inversión aquellos gastos necesarios para la ejecución de los proyectos que se consideran indispensables para el cumplimiento de la misión de la Entidad, caso específico el arrendamiento de la bodega para la custodia del fondo documental. Por ello se tiene programado su financiamiento hasta julio de 2018; a partir del 1 de agosto de 2018 (fecha en la cual culmina el contrato 234 del 2016) deberá incluirse en los gastos de funcionamiento de la entidad. Esta consideración, fue manifestada en su momento por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social en el mes de julio del 2016 cuando remitieron el concepto favorable del trámite de vigencia futura. De acuerdo con el Plan de Compras, el valor correspondiente de esta contratación en 2017 es de **$737.662.560**.

Proyecto: Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la atención al ciudadano en la Superintendencia Nacional de Salud

Con el fin de optimizar el proceso de atención de peticiones, quejas, reclamos y denuncias, la entidad ha contratado un centro de contacto, para dar aplicación a las estrategias destinadas a la población a fin de conocer sus quejas, peticiones, denuncias y reclamaciones y, transmitir al ciudadano el alcance de sus derechos y obligaciones frente al SGSSS para la Delegada de Supervisión Institucional y de la Delegada de Protección al Usuario.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

El Ministerio de Salud y Protección Social para 2017 tiene un presupuesto de inversión de $311.386.042.272, a través de 28 proyectos. El 61% de este presupuesto lo compone el proyecto Incremento de la vacunación en la población ($190.431.002.624). Otros proyectos destacables por su monto son: Capacitación del recurso humano del sector salud, becas crédito ($31.000.000,512), Actualización y mantenimiento del sistema de información ($24.995.821.568), Implementación de las estrategias de promoción salud y prevención enfermedad nacional ($20.000.000.000). Estos tres

proyectos componen un 24% del total de inversión. El Ministerio es otra de las entidades del sector junto con el INS, que se han visto afectadas en los últimos años por la disminución de los recursos de inversión, tal como se señaló anteriormente, por lo que ha tenido que hacer los ajustes respectivos para adaptarse a la realidad presupuestal. Esto es importante reiterarlo como contexto para la realización del ejercicio de optimización.

De otra parte, el Plan de Adquisiciones excluyendo las compras de las vacunas y otras de menor cuantía, está caracterizado en su gran mayoría por la proliferación de contratación directa de consultorías individuales, denotando la alta dependencia de las áreas misionales y de apoyo de este tipo de contratación para llevar a cabo sus tareas.

En las siguientes ilustraciones se muestra la aplicación del ejercicio de priorización y desempeño.

Gráfico 5. Priorización y Desempeño Ministerio de Salud y Protección Social

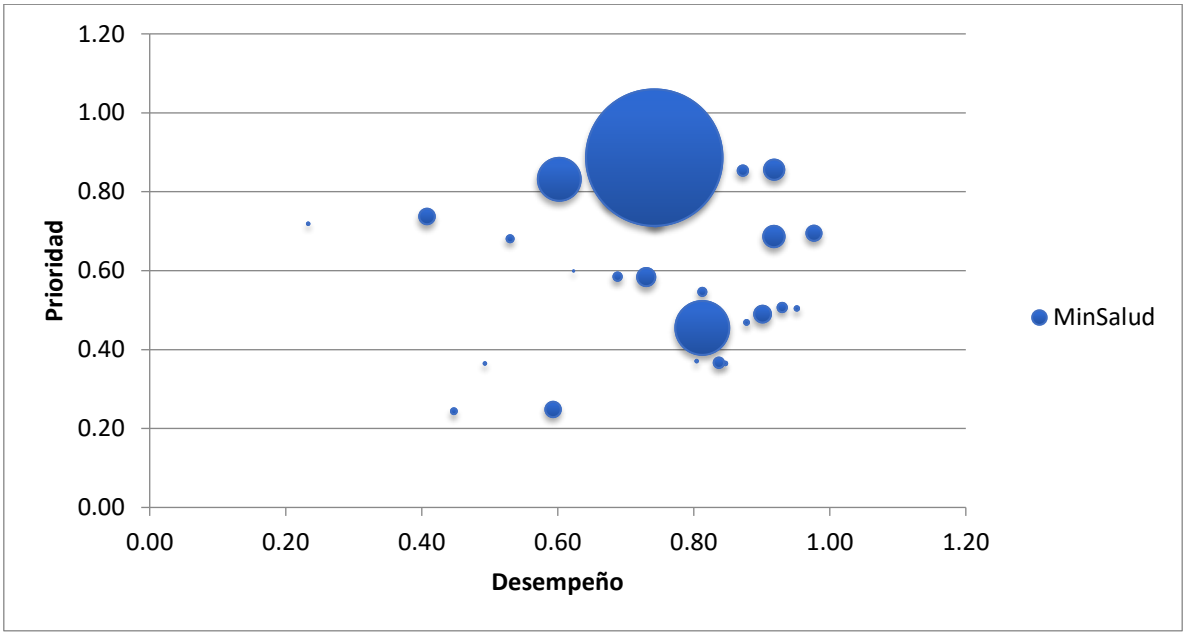

1.20
1.00
0.80
0.60
0.40
0.20
0.00
Prioridad
0.00
0.20
0.40
0.60
0.80
1.00
1.20
Desempeño
MinSalud

Tabla 13. Proyectos de Inversión Priorización y Desempeño por Cuadrante Ministerio de Salud y Protección Social

FEDESARROLLO
Centro de Investigación Económica y Social

DNP Departamento Nacional de Planeación

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

UNIÓN EUROPEA

PRIMER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN RECURSO HUMANO DEL MINISTERIO DE SALUD	0,45	0,24
IMPLEMENTACIÓN ESTUDIOS E INVESTIG INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLOGÍA SALUD	0,59	0,25
ADECUACIÓN REMOD, DOTACIÓN Y REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL SEDES DEL MINISTERIO	0,49	0,36

SEGUNDO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Baja Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA DE COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES	0,85	0,36
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA EL MERCADO DE ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL	0,84	0,37
FORTALECIMIENTO LA PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN EL SECTOR SALUD	0,80	0,37
CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO DEL SECTOR SALUD, BECAS CREDITO.	0,81	0,45
DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN MINISTERIO DE SALUD	0,88	0,47
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DE SALUD EN COLOMB	0,90	0,49
IDENTIF DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS CADENAS LOGÍSTICAS DE PROVISIÓN MEDICAMENTOS	0,95	0,50

TERCER CUADRANTE		
Bajo Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
IMPLEMENTACIÓN DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD A PARTIR DE SU FORMACI	0,53	0,68
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL MINISTERIO DE SALUD	0,23	0,72
IMPLEMENT ARTIC Y DLLO ARMONIZADO DE TS PRESTACION SERVICIOS SALUD MAS SEGURA	0,41	0,74

CUARTO CUADRANTE		
Alto Desempeño/Alta Prioridad		
PROYECTO	**Desempeño**	**Prioridad**
IMPLEMENTACIÓN SIST GESTIÓN FINANC Y ADMINISTRATIVA RECURSOS SECTOR SALUD	0,93	0,51
ASISTENCIA Y PREVENCION EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	0,81	0,55
ACTUALIZACIÓN REGULACION DEFINICION UPC, ACTUALIZACION POS Y TARIFAS NACIONAL	0,73	0,58
IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓ	0,69	0,58
IMPLEMENT MECANISMOS MEJORAR CALIDAD Y EFICIENCIA PRESTACIÓN SERVICIO AL CIUDA	0,62	0,60
FORTALEC INSTIT Y COMUNITARIO ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS	0,92	0,69
IMPLANTACION PROYECTOS POBLACION EN CONDICIONES ESPECIALES POBLACION DESPLAZ	0,98	0,69
ASISTENCIA Y PROMOCION SOCIAL POR LA INCLUSION Y LA EQUIDAD NACIONAL	0,74	0,73
FORTAL CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD EN INFRAESTR	0,73	0,78
FORTAL CAPACIDADES DE PLANEACIÓN EN SALUD, VIGILANCIA Y RESPUESTA EN SALUD PÚBLI	0,68	0,79
ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN MINISTERIO DE SALUD	0,79	0,82
IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN SALUD Y PREVENCIÓN ENFERMEDAD	0,60	0,83
IMPLEMENTACIÓN PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO CALIDAD DE LA ATENCIÒN EN SALUD	0,87	0,85
APOYO DISEÑO, IMPLEMENT Y SEGUI ESTRATEGIAS ATENCIÓN EN SALUD CENTRADA USUARIO	0,92	0,86
INCREMENTO VACUNACIÓN EN LA POBLACION OBJETO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL	0,74	0,89

Por el volumen de proyectos, con el Ministerio de Salud y Protección Social se llevaron a cabo varias sesiones de trabajo para la revisión de la optimización, en las cuales se llegaron a las siguientes conclusiones:

Proyecto: Actualización regulación definición upc, actualización pos y tarifas nacional

Este proyecto es de trascendental importancia estratégica para todo el sistema de salud. Se discutió acerca de varios ítems relacionados con sistemas de información. Hay un proceso contractual, Adquisición de actualización y soporte del licenciamiento de Oracle por $31.000.000. Se discutió que toda la plataforma del Ministerio es en Windows y no Oracle; la razón de lo anterior es que según la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a cargo de este proyecto, requiere para el procesamiento de la información una solución informática en este sistema y no en el que está basado todo el Ministerio.

De otra parte dos procesos contractuales relacionados con los sistemas de información como lo son: i. Implementar una solución tecnológica que permita reducir los tiempos en el proceso de recolección, validación y análisis de la información enviada por los actores del SGSSS en el marco del Plan de Beneficios y definición del valor de la prima de aseguramiento ($400.000.000), y ii. Adquisición de una herramienta para generar modelos predictivos de alta precisión que faciliten la implementación de las estrategias del Ministerio basadas en la información recibida para la definición de los Costos y Tarifas y definición de exclusiones y ampliación progresiva del Plan de Beneficios ($469.000.000). Es recomendable que haya una coordinación con la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación al momento de planear este tipo de compras, ya que debe existir compatibilidad e interoperabilidad entre los distintos sistemas del ministerio.

Proyecto: Diseño e implementación de una estrategia de comunicación de salud en Colombia

Uno de los ítems del Plan de Adquisiciones es pautar en medios de comunicación las estrategias de comunicación del Ministerio, a propósito del interés público en salud y protección social por $4.155.000.000. Se discutió que a pesar de que este ítem ha disminuido significativamente en los últimos años como efecto del recorte presupuestal, y de otra parte que divulgación en medios como por ejemplo prevención de brotes de enfermedades son necesarios, es importante evaluar el efecto y resultados, es decir el costo/beneficio de este tipo de comunicación.

Proyectos: Fortalecimiento institucional y comunitario para la atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado ($ 5.395.999.744) e Implantación de proyectos para población en condiciones especiales a nivel nacional-atención a la población desplazada -apd ($2.896.000.000).

Estos dos proyectos están a cargo de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud. Teniendo en cuenta que la Ley de Víctimas (Ley 1448 de 2011) es posterior a la elaboración del proyecto relacionado con población desplazada y que en la actualidad está consonancia con dicha ley, es pertinente que para 2019 estos dos proyectos de fusionen en uno solo enfocado a las víctimas del conflicto.

Proyecto: Implementación de las estrategias de promoción salud y prevención enfermedad nacional

Este proyecto tiene una apropiación de $20.000.000.000 y como se mencionó anteriormente es uno de los de mayor valor dentro del presupuesto de inversión del ministerio. Tanto del Plan de Adquisiciones como la misión misma de la dirección a cargo de este proyecto, la Dirección de Promoción y Prevención, se deriva que tienen una gran cantidad de responsabilidades, por lo que se debe estudiar la posibilidad de elaborar varios proyectos de inversión para atender estos objetivos.

Proyecto: Capacitación y formación del recurso humano del ministerio de salud y protección social a nivel nacional
Proyecto: Adecuación, remodelación, dotación y reforzamiento estructural de las sedes del Ministerio de salud y protección social a nivel nacional
Proyecto: Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación del servicio al ciudadano en el ministerio de salud y protección social a nivel nacional
Proyecto: Diseño e implementación del sistema de gestión documental en el ministerio de salud y protección social a nivel nacional

Estos cuatro proyectos en 2017 suman $1.100.000.000, y dos de ellos se ubican en el cuadrante 1 de bajo desempeño y priorización como lo son el de capacitación del recurso humano del ministerio y la adecuación, remodelación y reforzamiento de las sedes del ministerio. La decisión fue que se harán las gestiones para unificarlos en un solo proyecto para la vigencia de 2019 dado que los objetivos comunes de los cuatro proyectos son de apoyo misional.

Vale la pena agregar que el proyecto de adecuación, remodelación y reforzamiento fué creado en su momento (hace aproximadamente 9 años) para la remodelación de la sede del Ministerio de Salud. De acuerdo con el documento “Aspectos Generales del Proceso Presupuestal Colombiano” del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, uno de los rubros de los gastos generales es el de Mantenimiento, que son gastos destinados a la conservación y mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles, por lo que incluso se debería considerar que este proyecto sea financiado en el futuro en funcionamiento. Por su parte la capacitación del recurso humano requiere tener unas directrices más precisas para lograr un mayor impacto para el sector.

De la misma manera para 2018, se acordó que la **optimización** para el conjunto de los cuatro proyectos es de **$400.000.000.**

Proyecto: Identificación descripción y análisis de cadenas logísticas de provisión de medicamentos y propuestas de intervención

Este proyecto ubicado en el cuadrante 2 de buen desempeño pero baja prioridad, se acordó su eliminación para 2018, por lo que la **optimización** es por el valor total de su presupuesto de **$400.000.000**

Proyecto: Lineamientos de política para el mercado de aseguramiento a nivel nacional

Se revisó todo el plan de adquisiciones del proyecto así como sus objetivos por lo que hay un espacio de **optimización** por **$242.000.000.**

Proyecto: apoyo para el diseño, implementación y seguimiento de estrategias de atención en salud centrada en el usuario a nivel nacional

Se revisó todo el plan de adquisiciones del proyecto así como sus objetivos por lo que hay un espacio de **optimización** por **$300.000.000.**

Incremento de la vacunación en la población objeto en todo el territorio nacional

Este proyecto como se señaló previamente tiene la mayor apropiación de todo el ministerio. Además de la compra de los biológicos, se hacen contrataciones de bienes y servicios alrededor de los objetivos específicos del proyecto: 1. Demostrar en el territorio nacional la consolidación de los eventos de erradicación, mantenimiento de la eliminación y control de enfermedades prevenibles por vacunas 2. Establecer estrategias de comunicación y participación comunitaria. 3. Desarrollar investigaciones o estudios para medir el impacto y costo efectividad de la vacunación. 4. Aumentar el acceso equitativo al sistema de vacunación. 5. Establecer estrategias de posicionamiento del PAI con base en el marco legal vigente. 6. Aumentar la adecuada disposición de los biológicos e insumos, inocuidad y distribución oportuna. 7. Intensificar la sinergia en la Información del PAI con el Sistema Integrado de Información - SISPRO. 8. Incrementar la efectividad en el proceso de compra de biológicos 9. Incrementar la efectividad en el proceso de compra de jeringas. 10. Incrementar las capacidades técnicas del talento humano, operativo y gerencial

En el plan de adquisiciones se encontró que hay varios procesos de contratación directa de la siguiente forma:

1. Brindar apoyo técnico a los procesos de coordinación sectorial e intersectorial en la construcción e implementación de lineamientos, rutas y estrategias para la garantía de la atención integral en salud de las niñas, niños y adolescentes a quienes se les han vulnerado sus derechos.
2. Brindar apoyo técnico en la implementación de los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para el momento de adolescencia y juventud, con enfoque de curso de vida.
3. Brindar asistencia técnica para la implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida en cumplimiento de la aplicación del enfoque diferencial previsto en el plan decenal de salud pública y la política integral de atención en salud.
4. Apoyar técnicamente la elaboración de lineamientos técnicos y desarrollo de capacidades requeridas para la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud para la primera infancia en desarrollo del modelo integral de atención en salud.

5. Apoyar técnicamente el proceso de gestión y análisis de la información requerida para el monitoreo, seguimiento y evaluación del proceso de atención y los resultados en salud, derivados de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida.
6. Apoyar técnicamente el desarrollo de capacidades nacionales y territoriales que faciliten la implementación del Modelo Integral de Atención y la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la infancia (6 a 11años) con enfoque de curso de vida.
7. Brindar apoyo técnico en la definición de lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para la población adulta, con enfoque de curso de vida.
8. Realizar acompañamiento técnico para la gestión e implementación del Modelo Integral de Atención en las familias y la comunidad en general en lo relacionado a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
9. Brindar apoyo técnico en la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y rutas especificas siguiendo la política de calidad y humanización del MSPS.

Estos nueve procesos contractuales suman $749.592.890, y en análisis conjunto en la reunión técnica de optimización se considera que dichos gastos, aunque importantes porque le apuntan a la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), corresponden a los objetivos del proyecto Implementación de las estrategias de promoción salud y prevención enfermedad nacional, también a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención. Por lo tanto, hay un espacio de **optimización** de **$749.592.890**.

Funcionamiento

Siendo los gastos de funcionamiento "aquellos que tienen como objeto atender las necesidades de los órganos para cumplir a cabalidad con las funciones asignadas en la Constitución y la Ley"[2], la revisión se ha centrado en la clasificación de los gastos de transferencia ("recursos que transfieren los órganos a entidades nacionales o internacionales, públicas o privadas, con fundamento en un mandato legal"[3]), considerando que los gastos de personal y generales tienen una característica más cercana a la inflexibilidad. Las transferencias correspondientes a la salud del sistema general de participaciones, también de carácter inflexible, se tratarán en otra sección del documento.

Para ratificar lo anterior sobre los gastos de personal, todas las entidades analizadas tienen los sueldos de personal de nómina, servicios personales indirectos, horas extras, días festivos e indemnización por vacaciones, contribuciones inherentes a la nómina sector privado y público, prima técnica, y pago pasivos exigibles vigencias expiradas. Por su parte, en los gastos generales se incluyen impuestos y multas, adquisición de bienes y servicios, y pago pasivos exigibles vigencias expiradas.

En cuanto a los gastos de transferencia, en el INS, Invima y Supersalud, los gastos de esta clasificación corresponden a sentencias y conciliaciones, y cuota de auditaje de la Contraloría

[2] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Dirección General del Presupuesto Público Nacional (2011), Aspectos Generales del Proceso Presupuestal Colombiano, pg. 250
[3] Ibid, pg. 258

General de la República; adicionalmente en la Supersalud, fondo de contingencias de las entidades estatales. Es decir, no hay un margen para establecer optimizaciones.

Por su parte en el Ministerio de Salud y Protección Social, los gastos de transferencia, además de estos dos citados gastos, están los siguientes:

Tabla 14. Otros Gastos de Transferencias Ministerio de Salud y Protección Social, 2017

TIPO DE GASTO DE TRANSFERENCIAS	MONTO	
APORTE PATRONAL COTIZACION A PENSION PENSIONADOS POR PROSOCIAL	$	45.321.000
MESADAS PENSIONALES ENFERMOS DE LEPRA	$	227.332.992
APORT CONVENCIONALES SALUD Y AUX. FUN. PENSIONADOS FONDO PASIVO SOCIAL PUERTOS COLOMBI	$	52.214.378.496
TRANSFERIR OBLIGACIONES LABORALES RECONOCIDAS INSOLUTAS, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	$	4.485.844.992
TRANSFERIR A ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL E	$	6.000.000.000
DECISIONES JUDICIALES CONTRA LA NACION EN LIQUIDACION DE ENTIDADES PUBLICAS ORDEN NACIONA	$	387.126.016
MESADAS PENSIONALES PROSOCIAL EN LIQUIDACION	$	717.704.000
PRESTACIONES CONVENCIONALES PENSIONADOS PUERTOS DE COLOMBIA	$	959.536.000
APORTE PATRONAL COTIZACION A PENSION PENSIONADOS POR PROSOCIAL	$	45.321.000
RECURSOS PARA COFINAN DE COBERTURAS EDUCACION Y SALUD DE LAS ENT TERR. PRODUCTORAS	$	213.661.761.536
APORTES A PROGRAMAS DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	$	39.502.249.984
PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL	$	10.823.867.392
PROGRAMA ATENCION AREAS MARGINADAS Y POBLACION DISPERSA	$	123.186.000
PROGRAMA EMERGENCIA SANITARIA	$	1.205.459.968
APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA SALUD	$	13.961.163.776
ASISTENCIA ANCIANOS, NINOS ADOPTIVOS Y POBLACION DESPROTEGIDA	$	530.800.992
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE LEISHIMANIASIS	$	1.489.289.984
ATENCION EN SALUD A POBLACION INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL (LEY 65 DE 1993)	$	13.282.560.000
TRIBUNALES DE ETICA MEDICA, ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA	$	1.345.316.992
CAMPANA Y CONTROL ANTITUBERCULOSIS	$	7.165.351.936
CAMPANAS CONTROL LEPRA	$	1.719.308.032
INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS –(LEY 1440/2011)	$	377.905.984
CONVENIO HIPOLITO UNANUE LEY 41 DE 1977	$	327.918.016
TOTAL	**$**	**370.598.705.088**

De estos gastos, los primeros diez (1. Aporte patronal cotización a pensión pensionados por prosocial, 2. Mesadas Pensionales Enfermos Lepra, 3. Aportes convencionales a salud y auxilios funerarios pensionados Fondo Pasivo Social Empresa Puertos de Colombia, 4. Transferir obligaciones laborales reconocidas insolutas, Empresas Sociales del Estado decreto 1750 de 2003, 5. Transferir a entidad administradora de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (art. 66 ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018), 6. Decisiones judiciales en contra de la nación en liquidación de entidades públicas del orden nacional, 7. Mesadas pensionales Prosocial en liquidación, 8. Prestaciones convencionales pensionados Puertos de Colombia, y 9. Aporte patronal cotización a pensión pensionados por Prosocial, 10. Recursos para cofinanciación de coberturas en educación y salud de las entidades territoriales productoras, articulo 145 de la ley 1530 de 2012), cuyo monto asciende a $ 278.744.326.032, dada sus características (aportes y

mesadas pensionales, demandas judiciales, régimen subsidiado y funcionamiento para la nueva entidad administradora del Fosyga) tienen un carácter inflexible.

Sobre el resto de gastos del listado de la tabla 15, se procedió a realizar reuniones presenciales en el Ministerio de Salud con los responsables de éstos para obtener información con el fin de analizar varios aspectos relacionados con la asignación y distribución de los recursos, y mecanismos de seguimiento, entre otros, con el fin de identificar posibles medidas para optimizar estos gastos. Es necesario resaltar la excelente disposición de los funcionarios entrevistados para brindar la información y resolver las inquietudes.

A continuación se describe el resultado de estas reuniones, agrupando las transferencias teniendo en cuenta que casi todas las áreas institucionales involucradas tienen a cargo más de uno de los gastos.

Rubro	Valor
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud – ISAGS –(ley 1440/2011)	$ 377.905.984
Convenio Hipólito Unanue ley 41 de 1977	$ 327.918.016

Ambas transferencias están a cargo de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio, quien respondió vía correo electrónico lo solicitado: ¿hay unos objetivos y criterios anuales de asignación de recursos (más allá de la ley bajo la cual están amparados), hay reporte de resultados? ¿Hay complementariedad entre lo que se realiza en el Instituto Suramericano y el convenio Hipólito Unanue, y lo que hace la Organización Panamericana de la Salud-OPS?

“De acuerdo a lo solicitado, me permito informarte que en el caso de la cuota que Colombia paga al Convenio Hipólito Unanue, cuyo valor asciende a USD 183.266, fue establecida con criterios de igualdad para todos los países, es decir que cada Estado Miembro debe aportar el mismo valor de Colombia. Por su parte y en lo relacionado con el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), cuyo valor para el año asciende a USD 210.000, los criterios para el establecimiento de la cuota país fue establecida teniendo en cuenta la capacidad económica de los Estados Miembros de la UNASUR y la responsabilidad común. La Capacidad Económica de los Estados Miembros se mide en términos del Producto Bruto Interno Bruto Total a Precios Corrientes de cada de los Estados Miembros, mientras que la responsabilidad común se determina teniendo en cuenta la cantidad de habitantes de cada Estado. Es importante mencionar que cualquier incremento en la cuota de los países, son consultadas con Cancillería y aprobados mediante resolución de los mecanismos.

En lo relacionado con los proyectos ejecutados o que se encuentran en ejecución en cada uno de estos importantes mecanismos de integración, si bien se manejan temáticas similares, cada mecanismo lo aborda de una manera diferente generando un valor agregado a las iniciativas regionales. Es importante destacar que la complementariedad es en gran parte producto del interés nacional promovidos por los Estados logrando evitar duplicidad de esfuerzos y actividades.”

Como se menciona en el mismo enunciado de estas transferencias, estos convenios internacionales están amparadas por Ley. Sin embargo, más allá de esta obligación legal y del marco de integración

regional, es importante conocer si se establece un plan de acción anual y si hay informes de gestión, previo al giro de los recursos, y qué tanto se han incorporado los resultados en la política de salud del país.

Rubro	Valor
Tribunales de ética médica, odontología y enfermería	$ 1.345.316.992

Los tribunales emiten fallos de primera y segunda instancia de acuerdo con las facultades de la Ley. Esta transferencia está a cargo de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. A partir de 2017 el giro se realiza contra la entrega de un informe trimestral de gestión (anteriormente el informe era anual), que incluye un informe financiero de gastos (nómina, viáticos), y los fallos emitidos por los tribunales. La Dirección verifica si lo reportado en el informe coincide con el Registro Único de Talento Humano en Salud.

Es importante reiterar en este rubro que el Ministerio ha aumentado el grado de seguimiento como condición de giro.

Rubro	Valor
Suministro de medicamentos de leishimaniasis	$ 1.489.289.984
Campaña y control antituberculosis	$ 7.165.351.936
Campañas control lepra	$ 1.719.308.032
Aportes a programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV)	$ 39.502.249.984
Programa atención áreas marginadas y población dispersa	$ 123.186.000

Estas cinco transferencias están bajo la responsabilidad de la Dirección de Promoción y Prevención. Las transferencias Aportes a programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, Campaña y control antituberculosis y Campañas control lepra, tienen los criterios para la distribución y asignación de las transferencias nacionales, y los lineamientos para la ejecución, monitorio y evaluación, los cuales se anexan en los archivos Lineamientos Transferencias ETV 2016 marzo, Lineamientos TN TB 2016 y Lineamientos TN Lepra 2016, respectivamente.

Concretamente, en los Lineamientos para la Ejecución de las Transferencias Nacionales del Programa nacional de promoción, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, se menciona que las entidades territoriales pueden utilizar los recursos para funcionamiento (gastos de personal y generales) e inversión (i. fortalecimiento institucional - Adaptación ETV y zoonosis, Infraestructura logística, Infraestructura física, Inteligencia epidemiológica-, ii. promoción y prevención -Dengue-Chikunguña, Malaria, Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis-, y iii. asignaciones especiales - Pueblos indígenas según Autos de Corte Constitucional, Reorganización de programas territoriales, Proyectos binacionales ETV, Proyectos especiales e intensificados para la eliminación y control de ETV y zoonosis-), con el fin de cumplir con el Plan Decenal de Salud Pública, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y el marco legal vigente.

Para el caso de lepra, los Lineamientos para la Ejecución de Transferencias Nacionales para la Prevención y Control de la Lepra establecen los siguientes usos por parte de las entidades territoriales (pag.2) con el fin de cumplir con los objetivos trazados en el Plan estratégico para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra en el país y el Plan Decenal de Salud Pública:

a) Talento Humano: Mínimo 70% de los recursos asignados (tener en cuenta en este rubro los costos de desplazamiento para el cumplimiento de las actividades)
b) Gestión del conocimiento Máximo: 15% de los recursos asignados
c) Porcentaje restante: insumos y desplazamiento que se requieran para reuniones nacionales entre otras.

En cuanto a tuberculosis, en los Lineamientos para la Ejecución de Transferencias Nacionales para la prevención y control de tuberculosis, se enuncian los usos autorizados para las entidades territoriales (pag.3) con el propósito dar cumplimiento a los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública y el "Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis":

a) Talento Humano: Mínimo 60% de los recursos asignados; tener en cuenta en este rubro los costos de desplazamiento para el cumplimiento de las actividades.
b) Promoción de acciones específicas para grupos étnicos: Mínimo 10% de los recursos asignados
c) Gestión del conocimiento Máximo 10% de los recursos asignados
d) Porcentaje restante: insumos y desplazamiento que se requieran para reuniones nacionales, entre otras.

Vale la pena destacar la gestión del Ministerio para que las entidades territoriales reporten la ejecución de los recursos girados mediante una herramienta virtual la cual se debe ir fortaleciendo. Esto ayudaría a disminuir los costos asociados al seguimiento territorial presencial que se realiza con cargo a los recursos de inversión de esa Dirección. Igualmente, el Ministerio revisa los recursos de las cuentas maestras de salud pública de las entidades territoriales para eventuales gestiones de devolución al Tesoro Nacional.

En lo referente a la transferencia Suministro de medicamentos de leishimaniasis, se debe mencionar que se creó en 2008 cuando hubo un brote grande en el país y se tuvo que hacer adición presupuestal para la adquisición del medicamento. Este brote aunque se atendió y se contuvo, la frecuencia se mantuvo en ciertos departamentos. Ya hoy en día hay control del evento, y hay stock de seguridad de medicamentos. Por este motivo, se hace traslado de los recursos al presupuesto de vectores. En este sentido, se recomienda eliminar este rubro dado que no corresponde directamente a su fin (compra y suministro de medicamentos) y asignar los recursos a la transferencia de Aportes a programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).

Finalmente, en relación al Programa atención áreas marginadas y población dispersa, el enfoque es hacia la prevención y diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Es así como el Ministerio

directamente contrata la adquisición de insumos para el control del vector y la realización de pruebas rápidas de diagnóstico.

Rubro	Valor
Plan nacional de salud rural	$ 10.823.867.392
Apoyo a programas de desarrollo de la salud	$ 13.961.163.776
Programa emergencia sanitaria	$ 1.205.459.968

Estas transferencias están a cargo del Grupo de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Tanto el Plan nacional de salud rural y Apoyo a programas de desarrollo de la salud buscan fortalecer la prestación de servicios y respuesta a emergencias, para transporte (ambulancias), equipos incluyendo los de comunicaciones, y también el mejoramiento de espacios físicos en centros de atención. El primer rubro (Plan nacional de salud rural) está dirigido municipios menores de 50.000 habitantes mientras que el segundo (Apoyo a programas de desarrollo de la salud) a aquellos con población superior a 50.000 habitantes. Los recursos se asignan por proyectos que presentan las entidades territoriales y las ESES en la metodología MGA, y deben garantizar el 50% de cofinanciación local. Para ambos rubros hay unos comités internos para la aprobación de los proyectos y también realizan seguimiento a la ejecución de los proyectos.

Por su parte los recursos asignados al Programa emergencia sanitaria tiene como uso el fortalecimiento del centro nacional de comunicaciones, el transporte y evacuación de emergencias, y transferencias a los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUES), estos últimos previa presentación de proyectos. Es necesario mencionar que el Grupo elabora un informe en el cual documenta todos los eventos y emergencias del año anterior, de los CRUES, ordenándolo por tipo de emergencia, por ubicación geográfica, y también sobre las infracciones a la misión médica. Este documento es uno de los insumos para la distribución de los recursos.

Rubro	Valor
Asistencia ancianos, niños adoptivos y población desprotegida	$ 530.800.992
Atención en salud a población inimputable por trastorno mental (ley 65 de 1993)	$ 13.282.560.000

Estas transferencias están bajo la responsabilidad de la Oficina de Promoción Social. Sobre la Atención en salud a población inimputable por trastorno mental (ley 65 de 1993), los recursos se giran a pabellones psiquiátricos ubicados en 13 entidades territoriales, para financiar 415 cupos. Los recursos se giran a los departamentos quienes a su vez contratan con los pabellones. Estas instituciones deben cumplir con requisitos de habilitación y lineamientos técnicos (de las 17 instituciones, hubo 2 que no se habilitaron). La asignación anual no alcanza para cubrir la vigencia. Como sugerencia por parte del jefe de la Oficina de Promoción Social, está establecer un sistema de costeo de estas atenciones a la población inimputable.

En cuanto a Asistencia ancianos, niños adoptivos y población desprotegida, se hacía transferencia a los 32 departamentos y Distrito Capital, para campañas/eventos alrededor de la población objetivo, pero considerando el promedio para cada entidad de aproximadamente $16 millones, el impacto no era el esperado. Por lo tanto se giran recursos a los centros de protección del adulto mayor y hogares de atención víctimas de la violencia. De otra parte, a la Oficina de Promoción Social se le ha encargado establecer los estándares de habilitación y funcionamiento de esas instituciones, por lo que una propuesta de optimización sería que se destinaran estos recursos a funcionamiento-gastos de personal para esta tarea liberando aquellos de inversión dedicado a esta nueva función.

4. Resultados finales de la revisión de gasto

a. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) INS

Optimización en INS acordado:

1. Gestión institucional para la revisión y análisis de dos proyectos de inversión para unificarlos (Investigación en salud y Mejoramiento de la Situación Nutricional)

1. Gestión institucional para revisar el plan de adquisiciones de ambos proyectos para reducir ítems y redireccionarlos a otros para cumplir con el objeto misional.

2. Los gastos de servicios públicos a cargo de ocho de los nueve proyectos de inversión suman **$942.990.055**, lo cual puede constituir una optimización en la inversión, siempre y cuando se reasignen en funcionamiento.

A continuación se presenta un cuadro resumen[4] de las optimizaciones de gestión con el INS, especificando las optimizaciones identificadas, el tipo de optimización, las actividades que se deben realizar, el cronograma y los responsables:

Cuadro 1. Resumen optimización INS

[4] En los cuadros de #1 al #4 en los cuales se presenta un resumen de las optimizaciones para cada entidad, se tomó como referencia para varias de las actividades, los tiempos y responsables descritos, lo estipulado para la gestión de proyectos y trámites presupuestales con base en los siguientes documentos de la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del DNP: Instructivo Vigencias Futuras, 2014, Manual de Inversión Pública Nacional Modificaciones y Autorizaciones al Gasto de Inversión del Presupuesto General de la Nación, 2016 y , Manual de Procedimientos del Banco Nacional de Programas y Proyectos, BPIN, 2011

Gestión	Tipo de optimización	Actividades	Período	Responsable
Revisión y análisis de dos proyectos de inversión para unificarlos (Investigación en salud y Mejoramiento de la Situación Nutricional)	Priorización estratégica (Unificar y actualizar criterios estratégicos y programáticos) y eficiencia del gasto (economías de escala)	1) Formular proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Agosto 2017 - Primer trimestre 2018	INS: Dirección de Investigación en Salud Pública
		2) Control de Formulación técnico del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	INS: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
Revisar el plan de adquisiciones de los proyectos (Investigación en salud y Mejoramiento de la Situación Nutricional) para reducir ítems y redireccionarlos a otros para cumplir con el objeto misional.	Eficiencia del gasto (lograr economías de escala)	1) Identificar todos los items del plan de adquisiciones de los dos proyectos donde se puedan encontrar eficiencias y actualizar el plan de adquisiciones	Fecha actual y durante vigencia 2018	INS: Dirección de Investigación en Salud Pública y Oficina de Planeación
Reasignar los gastos por pago de servicios públicos con cargo a ocho (8) proyectos de inversión a gastos de funcionamiento	Eficiencia del gasto (redireccionamiento tipo de gasto)	Gestión del INS con DNP, Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Fecha actual y durante vigencia 2018	INS (Dirección General, Secretaría General, Oficina de Planeación), DNP (Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas), Ministerio de Hacienda (Dirección General de Presupuesto)

b. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) INVIMA

Optimización en Invima acordado:

1. Gestión institucional para identificar bienes y servicios que se repiten en cada vigencia, con el fin de realizar una sola contratación con vigencias futuras para buscar economías de escalar y ahorrar recursos de los siguientes cinco (5) proyectos: Adquisición, remodelación y dotación infraestructura física Invima a nivel nacional, Desarrollo tecnológico de la informática y las comunicaciones -tics- fortaleciendo el sistema ivc del Invima nacional, Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional, Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional, y Control de calidad de productos biológicos a nivel nacional. Se aclara que para la solicitud de vigencias futuras no es necesario declarar los proyectos como de importancia estratégica por lo que la gestión es posterior al cambio de gobierno.

2. Gestión institucional para reestructurar el proyecto de capacitación del recurso humano en Invima para buscar mayor impacto en la gestión de la entidad.

3. Gestión institucional con el fin de realizar capacitaciones y asistencias técnicas de forma virtual para optimizar gastos de viajes y viáticos

4. Gestión institucional para la revisión y análisis de sus proyectos de inversión; dentro de este proceso se está mirando la reformulación de varios proyectos de acuerdo con la metodología MGA, además de poder unificar necesidades misionales en uno o varios proyectos de inversión, reduciendo el número de proyectos actuales. Se identificaron los siguientes proyectos: Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del Invima nacional, Control de calidad de productos biológicos a nivel nacional, Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del Invima en el marco normativo vigente nacional.

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de las optimizaciones de gestión con el Invima especificando las optimizaciones identificadas, el tipo de optimización, las actividades que se deben realizar, el cronograma y los responsables:

Cuadro 2. Resumen optimización Invima

Gestión	Tipo de optimización	Actividades	Período	Responsable
Identificar bienes y servicios de varios proyectos de inversión (Adquisición infraestructura, Desarrollo tecnológico, Levantamiento de la información, Control de calidad, Mejoramiento vigilancia sanitaria) que abarquen más de una vigencia (vigencias futuras)	Eficiencia del gasto (lograr economías de escala)	1) Identificar bienes y servicios de varios proyectos que abarquen más de un vigencia	Presente hasta agosto 2018	Invima (Oficina de Planeación con las Direcciones técnicas)
		2) Incluir en el módulo de vigencias futuras de la ficha EBI el cronograma detallado a contratar, modalidad de contratación, montos por año	Posterior a agosto 2018	Invima (Oficina de Planeación con las Direcciones técnicas)
		3) Concepto favorable Ministerio de Salud	15 días	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Concepto Técnico	15 días	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
		5) Generación concepto	15 días	DNP: Dirección de Inversión y Finanzas Públicas
		6) Registro CDP en SIIF	7 días	Invima
		7) Autorización Ministerio de Hacienda	15 días	Ministerio de Hacienda (Dirección de Presupuesto)
Reestructurar el proyecto de capacitación del recurso humano en Invima	Priorización estratégica y eficiencia del gasto (mayor impacto en la gestión de la entidad)	1) Actualizar proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Fecha presente	Invima: Secretaría General y Oficina de Planeación
		2) Control de Formulación del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Invima Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad del proyectos	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
Realizar capacitaciones y asistencias técnicas de forma virtual	Eficiencia del gasto (optimizar gastos de viajes y viáticos)	1) Identificar capacitaciones y asistencias técnicas del Invima (cada vigencia)	Agosto 2017 - Octubre 2017	Invima: Oficina de Planeación y Direcciones Técnicas
		2) Realizar y aprobar un plan anual de capacitaciones (objetivos, cronograma, medios de capacitación) en cada vigencia	Noviembre - Diciembre 2017	Invima: Oficina de Planeación y Direcciones Técnicas
Revisión y análisis de tres proyectos de inversión para unificarlos (Levantamiento de la información, Control de calidad, Mejoramiento vigilancia sanitaria)	Priorización estratégica (Unificar y actualizar criterios estratégicos y programáticos) y eficiencia del gasto (economías de escala)	1) Formular proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Agosto 2017 - Primer trimestre 2018	Invima: Oficina de Planeación
		2) Control de Formulación técnico del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Invima: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)

c. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) SUPERSALUD

Optimización en Supersalud acordado:

1. Gestión institucional para identificar bienes y servicios que se repiten en cada vigencia, con el fin de realizar una sola contratación con vigencias futuras para buscar economías de escalar y ahorrar recursos.

2. Gestión institucional para reestructurar el proyecto de sistemas de información para actualizarlo a los retos existentes de la entidad.

Previo a la aplicación de la metodología de revisión de gasto, la entidad por su parte ya ha adelantado gestiones para optimizar recursos (para trasladarlos de inversión a funcionamiento) de los citados contratos en los proyectos de gestión documental ($737.662.560) y sistemas de información ($1.443.538.637) por un monto total de $2.181.201.197.

En ese mismo sentido, ya había fusionado dos proyectos de inversión para la vigencia 2018: Análisis, seguimiento y evaluación de la estabilidad financiera, económica y social del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Diseño, implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El nuevo proyecto se denomina "Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a nivel Nacional".

Se presenta en el siguiente cuadro un resumen de las optimizaciones de gestión con el Invima especificando las optimizaciones identificadas, el tipo de optimización, las actividades que se deben realizar, el cronograma y los responsables:

Cuadro 3. Resumen optimización Supersalud

Gestión	Tipo de optimización	Actividades	Período	Responsable
Identificar bienes y servicios de proyectos de inversión que se repiten en cada vigencia, con el fin de realizar una sola contratación con vigencias futuras	Eficiencia del gasto (lograr economías de escala)	1) Identificar bienes y servicios de varios proyectos que abarquen más de un vigencia	Presente hasta agosto 2018	Supersalud (Oficina de Planeación con las Direcciones técnicas)
		2) Incluir en el módulo de vigencias futuras de la ficha EBI el cronograma detallado a contratar, modalidad de contratación, montos por año	Posterior a agosto 2018	Supersalud (Oficina de Planeación con las Direcciones técnicas)
		3) Concepto favorable Ministerio de Salud	15 días	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Concepto Técnico	15 días	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
		5) Generación concepto	15 días	DNP: Dirección de Inversión y Finanzas Públicas
		6) Registro CDP en SIIF	7 días	Supersalud
		7) Autorización Ministerio de Hacienda	15 días	Ministerio de Hacienda (Dirección de Presupuesto)
Reestructurar el proyecto de sistemas de información para actualizarlo a los retos existentes de la entidad.	Priorización estratégica (Actualizar criterios estratégicos y programáticos)	1) Actualizar proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Fecha presente	Supersalud: Oficina Tecnologías de la Información
		2) Control de Formulación del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Supersalud: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad del proyectos	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
Reasignar los gastos de funcionamiento con cargo a dos (2) proyectos de inversión (gestión documental y sistemas de información) a gastos de funcionamiento	Eficiencia del gasto (redireccionamiento tipo de gasto)	Gestión de Supersalud con DNP, Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Fecha actual	Supersalud (Dirección General, Secretaría General, Oficina de Planeación), DNP (Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas), Ministerio de Hacienda (Dirección General de Presupuesto)

d. Propuestas de eficiencias (OPTIMIZACIÓN/REASIGNACIÓN) MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En el cuadro que se presenta a continuación, está el resumen de las optimizaciones de gestión con el Ministerio de Salud y Protección Social especificando las optimizaciones identificadas, el tipo de optimización, las actividades que se deben realizar, el cronograma y los responsables:

Cuadro 4. Resumen optimización Ministerio de Salud y Protección Social

Gestión	Tipo de optimización	Actividades	Período	Responsable
Gestionar la compatibilidad de los sistemas de información de los proyecots de inversión	Eficiencia del gasto	Coordinar con las dependencias del Ministerio que los componentes de tecnologías de la información de proyectos de inversión sean compatibles con lineamientos de la Oficina de OTIC	Preparación del anteproyecto de inversión y plan de adquisiciones	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación, Oficina OTIC, dependencias
Evaluar costo beneficio proyecto estrategia de comunicación	Eficiencia del gasto (impacto)	1) Definir propuesta de evaluación	segundo semestre 2017	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación y de Comunicaciones
		2) Coordinar con DNP alcance evaluación		Ministerio de Salud, DNP (DSSEP, DSS)
		3) Gestionar recursos para la evaluación		Ministerio de Salud, DNP (DSSEP, DSS)
		4) Definir vigencia para la evaluación		Ministerio de Salud, DNP (DSSEP, DSS)
Revisión y análisis de dos proyectos de inversión para unificarlos (Fortalecimiento institucional para atención a víctimas e Implantación proyectos población despalzada)	Priorización estratégica (Unificar y actualizar criterios estratégicos y programáticos) y eficiencia del gasto (economías de escala)	1) Formular proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Agosto 2017 - Primer trimestre 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Promoción Social
		2) Control de Formulación técnico del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
Revisión del Proyecto implementación estrategias de promoción y prevención de la enfermedad para elaborar varios proyectos derivados de éste	Priorización estratégica	1) Formular proyectos Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Agosto 2017 - Primer trimestre 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación y Dirección de Promoción y Prevención
		2) Control de Formulación técnico de los proyectos	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad técnico de los proyectos	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad técnico de los proyectos	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)
Revisión y análisis de cuatro (4) proyectos de inversión para unificarlos (Capacitación recurso humano, adecuación sedes Ministerio, implementación servicio al ciudadano, diseño gestión documental)	Priorización estratégica (Unificar y actualizar criterios estratégicos y programáticos) y eficiencia del gasto (economías de escala)	1) Formular proyecto Metodología MGA y transferencia al SUIFP	Agosto 2017 - Primer trimestre 2018	Ministerio de Salud: Secretaría General
		2) Control de Formulación técnico del proyecto	Fecha límite: marzo 31 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		3) Control de Viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: abril 30 de 2018	Ministerio de Salud: Oficina de Planeación
		4) Control posterior de viabilidad técnico del proyecto	Fecha límite: junio 1 de 2018	DNP: Dirección de Desarrollo Social (Subdirección de Salud)

Además de la gestión institucional señalada anteriormente, a continuación se muestra un resumen de la optimización en inversión y funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 15. Optimización-inversión Ministerio de Salud y Protección Social

Proyecto	Tipo de Gasto	Apropiación Inicial (pesos)	Apropiación a Optimizar (pesos)	Tipo de Optimización
Capacitación y formación del recurso humano del ministerio de salud y protección social a nivel nacional	Inversión	600.000.000		
Adecuación, remodelación, dotación y reforzamiento estructural de las sedes del Ministerio de salud y protección social a nivel nacional	Inversión	200.000.000		
Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación del servicio al ciudadano en el ministerio de salud y protección social a nivel nacional	Inversión	100.000.000	400.000.000	Unificar proyectos y Reasignación otro proyecto inversión
Diseño e implementación del sistema de gestión documental en el ministerio de salud y protección social a nivel nacional	Inversión	200.000.000		
Apoyo para el diseño, implementación y seguimiento de estrategias de atención en salud centrada en el usuario a nivel nacional	Inversión	4.880.000.000	300.000.000	Reasignación otro proyecto inversión
Lineamientos de política para el mercado de aseguramiento a nivel nacional	Inversión	1.500.000.000	242.000.000	Reasignación otro proyecto inversión
Identificación descripción y análisis de cadenas logísticas de provisión de medicamentos y propuestas de intervención	Inversión	400.000.000	400.000.000	Reasignación otro proyecto inversión
Incremento de la vacunación en la población objeto en todo el territorio nacional	Inversión	190.431.002.624	749.592.890	Reasignación otro proyecto inversión
Total Inversión			**2.091.592.890**	

En cuanto a la optimización de recursos en este ejercicio de revisión de gasto en funcionamiento, se tiene entonces un total de $ **2.020.090.976** provenientes de las siguientes dos transferencias por las razones expuestas anteriormente: Suministro de medicamentos de leishimaniasis ($1.489.289.984) y Asistencia ancianos, niños adoptivos y población desprotegida ($530.800.992).

Tabla 16. Optimización-funcionamiento Ministerio de Salud y Protección Social

Rubro	Tipo de Gasto	Apropiación Inicial (pesos)	Apropiación a Optimizar (pesos)	Tipo de Optimización
Suministro de medicamentos de leishimaniasis	Funcionamiento	1.489.289.984	1.489.289.984	Reasignación otro rubro funcionamiento
Asistencia ancianos, niños adoptivos y población desprotegida	Funcionamiento	530.800.992	530.800.992	Reasignación a proyecto inversión
Total Funcionamiento			**2.020.090.976**	

5. Revisión de gasto proyectos de salud del Sistema General de Regalías (SGR)

Sobre los proyectos del Sistema General de Regalías (SGR), se seleccionaron aquellos proyectos del sector salud y protección social de la base suministrada por el DNP, que cumplieran con todos los estados de ejecución exceptuando "cerrado" y "terminado", es decir los que se encontraran en cualquiera de las siguientes fases: "contratado en ejecución", "contratado sin acta de inicio", "en proceso de contratación", "para cierre", "sin contratar", "sin migrar". Un total de **112 proyectos** cumplieron con estas características, con un monto total de **$ 916.349.706.837**.

En la siguiente tabla, se muestra la distribución de los proyectos del SGR, los cuales se clasificaron, de acuerdo con criterios propios de los consultores, en varios subsectores de salud (Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Prestación de servicio, e Infraestructura (equipos médicos, transporte salud, construcción, software)):

Tabla 17 SGR - Sector Salud

Subsector/Proyectos	Número de Proyectos	Valor total Proyectos ($)
Prevención de la enfermedad y promoción de la salud		
Prevención	5	15.117.014.993
Construcción acciones saludables	1	4.617.000.000
Desarrollo entornos saludables	1	6.445.357.327
Fortalecimiento promoción/prevención	2	53.925.128.203
Implementación APS, PIC	3	13.528.217.386
Fortalecimiento Programas salud mental, prevención consumo SPA	3	509.546.590
Implementación estrategia AIEPI, discapacidad, Ira, Eda	4	2.660.579.999
Subtotal Prevención y Promoción de la salud	**19**	**96.802.844.498**
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)		

Apoyo, recuperación salud con enfoque nutricional	1	527.278.500
Asistencia nutricional	2	15.259.360.965
Desarrollo acciones SAN	2	39.152.945.267
Fortalecimiento Programas Infancia, Nutricionales	3	6.188.273.811
Implementación programas SAN	7	65.969.504.690
Subtotal Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN	**15**	**127.097.363.233**
Salud Sexual y Reproductiva (SSR)		
Fortalecimento Políticas Salud Sexual y Reproductiva	4	1.293.348.400
Fortalecimiento salud materna/partos	2	840.549.755
Subtotal Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	**6**	**2.133.898.155**
Prestación de servicio		
Mejoramiento calidad servicio	1	89.258.400
Mejoramiento no pos	1	102.956.996.087
Fortalecimiento atención enfermedades crónicas no transmisibles	1	1.544.805.129
Implementación Vigilancia salud	1	796.079.797
Subtotal Prestación de servicio	**4**	**105.387.139.413**
Infraestructura (equipos médicos, transporte salud, construcción, software)		
Adquisición/dotación/reposición de equipos médicos y biomédicos	14	114.722.624.680
Adquisición/dotación ambulancias; fortalecimiento red transporte salud	4	5.666.696.813
Ampliación área de urgencias	1	1.233.867.697
Construcción Infraestructura Hospitalaria	21	199.644.828.843
Estudios/diseños arquitectónicos	7	3.234.060.319
Fortalecimiento capacidad instalada	4	19.385.445.795
Fortalecimento Red de servicios	1	182.835.703.118
Fortalecimiento infraestructura y dotación	2	3.793.148.531
Instalación acabados	1	17.815.534
Remodelación IPS	3	15.193.890.116

Mantenimiento infraestructura	1	5.851.101.074
Mejoramiento infraestructura	4	24.816.076.302
Reposición infraestructura	2	3.804.676.202
Suministro planta eléctrica	1	30.000.000
Implementación historia clínica electrónica	1	4.583.500.006
Suministro software	1	115.026.508
Subtotal Infraestructura	**68**	**584.928.461.538**
TOTAL	**112**	**916.349.706.837**

Como se observa, un número significativo de proyectos (68 en total) por un monto de $ 585 mil millones equivalentes al 64% del monto aprobado, corresponde a proyectos de infraestructura, muchos de ellos de construcción y mejoramiento de hospitales, también encontrándose adquisición de ambulancias, dotación de equipos y compra de software. El siguiente subsector en relevancia por monto fueron los proyectos (15) que le apuntan a la Seguridad Alimentaria y Nutricional por un valor total de $ 127 mil millones. Le siguió el subsector de Prestación de Servicios con un total de 4 proyectos que sumaron $ 105 mil millones, aunque es necesario aclarar que el proyecto “Mejoramiento en la prestación de servicios de salud diferentes a primer nivel de atención a población pobre no cubierta por el pos en el departamento del Meta”, tiene un valor de $103 mil millones. Por su parte, los proyectos que le apuntan a la Prevención de la enfermedad y promoción de la salud fueron 19 por un valor de $ 97 mil millones, y finalmente hubo 6 proyectos por valor de $ 2 mil millones enfocados a la Salud Sexual y Reproductiva.

Es necesario agregar, como se verá más adelante con la aplicación de los criterios de priorización, que todos los proyectos le apuntan a por lo menos uno de los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo así como a sus indicadores.

De otra parte, en la siguiente tabla se muestra por departamento el total de proyectos aprobados para salud y el respectivo valor total de los mismos. Se aclara que aunque hay municipios y departamentos que presentan sus proyectos para aprobación a los OCAD, en la tabla se muestra el consolidado del departamento y los municipios de su jurisdicción.

Tabla 18. SGR - Sector Salud- Departamentos

Departamento	Número de Proyectos	Valor total Proyectos ($)

Amazonas	1	785.076.600
Antioquia	11	58.380.194.261
Arauca	3	4.360.056.548
Bolívar	3	36.143.025.549
Boyacá	4	56.423.560.735
Caldas	1	150.045.975
Casanare	1	10.528.217.386
Cauca	6	23.126.707.321
Cesar	11	117.214.595.959
Chocó	4	5.729.029.052
Córdoba	1	4.300.000.000
Cundinamarca	2	5.353.288.000
Guainía	3	17.149.335.591
Guaviare	1	2.856.360.051
Huila	3	11.653.604.198
La Guajira	7	46.949.704.667
Meta	6	158.431.953.101
Nariño	14	235.350.559.963
Norte de Santander	3	13.176.679.500
Putumayo	9	48.021.062.242
Quindío	1	6.474.755.419
Risaralda	2	8.103.357.327
Santander	4	16.246.229.600
Sucre	6	4.687.951.565
Tolima	2	6.606.364.530
Valle	2	12.945.436.153
Vaupés	1	5.202.555.545
Total	**112**	**916.349.706.837**

Como se aprecia, los entes territoriales con mayor número de proyectos aprobados para salud son Nariño (14), Antioquia (11), Cesar (11) y Putumayo (9), por un valor de $458.966.412.425, que representa el 50% del total aprobado.

Indicador de Prioridad e Indicador de Desempeño

Teniendo en cuenta que son las entidades territoriales quienes elaboran los proyectos para su aprobación en los Órganos de Colegiados de Administración y Decisión (OCAD), se realizaron varios ajustes tanto en los criterios y ponderaciones para definir el indicador de prioridad como el indicador de desempeño para la aplicación de la metodología de revisión de gasto.

Es así como para la definición del **indicador de desempeño** se ha tenido en cuenta el avance físico y el avance financiero de los proyectos de regalías en la misma proporción, es decir 50% cada uno.

Para el **indicador de priorización**, únicamente se consideraron la relación de los proyectos con los lineamientos e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo y su vinculación con las metas del Tablero de Control Presidencial. La razón de lo anterior se debe a que por un lado la herramienta RIEPI y (por lo tanto su derivado de Postconflicto) se ha aplicado a proyectos presupuestados a nivel nacional y no territorial, y de otra parte la vinculación al plan sectorial y a los planes institucionales, corresponde a las entidades del orden nacional. Por lo tanto, la valoración de los proyectos para su priorización se estableció de la siguiente manera:

Tabla 19. Construcción del Indicador de Prioridad SGR

Puntaje PND		85%
0	No tiene vinculación	
0,3	Tiene lineamiento asociado	
0,7	Tiene lineamiento y un indicador asociado	
1	Tiene lineamiento y más de un indicador asociado	
Tablero de Control Presidencial		**15%**

0	No tiene vinculación	
0,3	Relación indirecta con una de las metas	
0,7	Relación directa con una de las metas	
1	Relación directa con más de una de las metas	

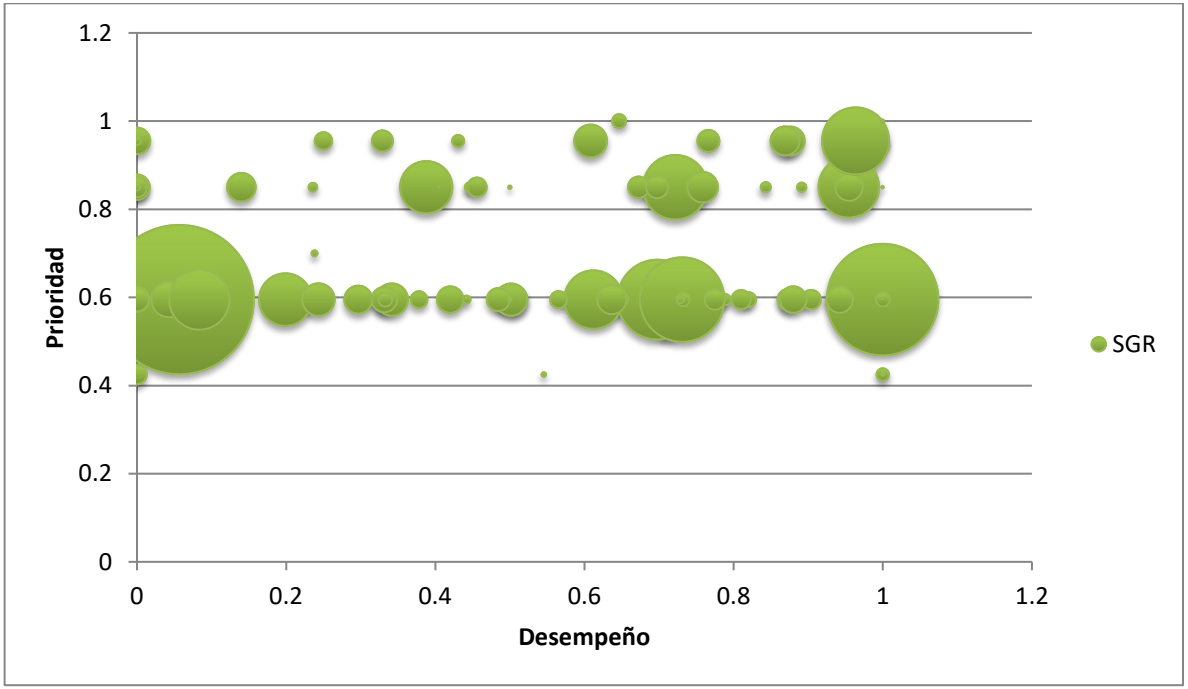
Respecto al PND, se encontró que 111 de los 112 proyectos están asociados con la estrategia de Movilidad Social en el objetivo 2 “Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad”, y con tres de sus cuatro objetivos específicos: i) mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en los resultados en salud; ii) aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención; y iii) garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS (en este objetivo solo hay un proyecto, el ya mencionado “Mejoramiento en la prestación de servicios de salud diferentes a primer nivel de atención a población pobre no cubierta por el pos en el departamento del Meta”, por $103 mil millones).

Hay un (1) solo proyecto (Fortalecimiento al sistema de información territorial sobre el estado nutricional de la población del departamento del Putumayo de $ 700 millones) que está relacionado con el objetivo 1 de la estrategia de Movilidad Social – Garantizar los mínimos vitales y avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de la población en pobreza extrema para su efectiva inclusión social y productiva-.

En cuanto al tablero de control, 18 proyectos (equivalentes al 16% del total de proyectos), los cuales suman $89.447.390.159 (9.8% del monto total aprobado), tienen por lo menos un indicador de dicho tablero (2 de los 18 proyectos tiene dos indicadores por lo que reciben la calificación más alta). Los 18 proyectos tienen relación con alguno de los siguientes indicadores del Tablero: Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia, Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años, Porcentaje de población con valoración e intervención del riesgo, Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años), Implementación del modelo de atención integral en salud para zonas con población dispersa-piloto-Guainía-Llanos, Número de variables de la historia clínica disponibles en línea, Razón de mortalidad materna a 42 días en el área rural dispersa y Porcentaje de entidades territoriales que alcanzan al menos un 80% de cobertura en 4 o más controles prenatales.

Por lo tanto, se revisaron cada una de las 112 unidades de análisis de SGR aplicando los citados criterios de priorización y desempeño, y los resultados se muestran en el siguiente gráfico. En el **archivo “Copia de Copia Avance OCAD”** en la pestaña “Total Proyectos”, se ilustra el ejercicio de calificación de desempeño y priorización con todos los indicadores relacionados con los proyectos.

Gráfico 6 Priorización y Desempeño SGR



Como se observa en el gráfico, la gran mayoría de los proyectos (107) tienen alto nivel de priorización lo que significa que están alineados con los lineamientos del PND y al menos tienen un indicador asociado, lo que los ubica en los cuadrantes 3 y 4 de alta prioridad (solo 5 proyectos, relacionados con dotación o adquisición de ambulancias, no tienen asociación con indicadores del PND y tienen una priorización de 0,43). Por su parte, los proyectos de infraestructura tienen un indicador asociado ("Proyectos de infraestructura física o dotación de las Empresas Sociales del Estado cofinanciados") y tienen una priorización de 0,60. Hay 21 proyectos que tienen calificación de 0,85 y en su mayoría están relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y salud sexual y reproductiva. Finalmente, la tipología de los 16 proyectos que tienen los más altos puntajes de prioridad de 0,96 y 1, le apuntan a los

indicadores descritos del Tablero de Control, y están enfocados a la salud materna e infantil, prevención de cáncer de cuello uterino y de enfermedades no transmisibles, e historia clínica electrónica.

En cuanto al desempeño, un poco más de la mitad de los proyectos (60 en total) tienen un desempeño superior a 0.5, mientras que los restantes 52 proyectos tienen un desempeño físico y financiero inferior a 0,5. Los del primer grupo suman $495 mil millones, y los del segundo $ 422 mil millones. Es necesario mencionar también que en desempeño superior hay 22 proyectos por valor total de $ 124 mil millones en estado "para cierre" que tienen calificación de 1 en desempeño, mientras que en desempeño bajo hay 23 proyectos por $71 mil millones que tienen una calificación de 0.

Considerando todos los puntos mencionados, la recomendación va en la línea hacia la aceleración en la ejecución de los proyectos, dado que dentro de las 112 unidades de gasto analizadas, los proyectos están alineados con las prioridades del PND.

6. Resumen de lecciones aprendidas y recomendaciones

a. Lecciones y recomendaciones generales para las fases 1 y 2

- Fué importante contar con el liderazgo de la cabeza del sector de salud, en este caso el jefe de la oficina de planeación del Ministerio de Salud, para convocar a las entidades y estimular la discusión del ejercicio, lo cual facilitó la progresividad del mismo. Este apoyo político y técnico fue relevante ya que todas las entidades a través de sus oficinas de planeación, participaron en las reuniones convocadas.

- En el mismo sentido, las reuniones bilaterales que se llevaron con las entidades son necesarias para aclarar dudas internas sobre la metodología y a la vez generar confianza para el desarrollo ulterior del mismo.

- Lo anterior permitió avanzar en corto tiempo en los acuerdos de priorización y desempeño y en la revisión de la valoración de cada proyecto de inversión.

- Sobre la presencia institucional en las reuniones, es necesario mencionar que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público no participó en la reunión de SGP, lo cual era clave para obtener retroalimentación y acuerdos sobre este tema, dado que fue evidente las diferencias conceptuales que pueden existir entre las entidades.

- Es recomendable que el DNP explique a las entidades en mayor detalle el alcance y metodología de la Ruta de Incidencia Estratégica para el Presupuesto de Inversión- RIEPI, ya que en general se han mostrado interesadas en la herramienta.

- Es recomendable que las entidades en conjunto con el DNP revisen periódicamente los objetivos específicos, productos, indicadores y actividades de los proyectos de inversión, dado que la calificación por parte de los consultores de Fedesarrollo para la alineación con el plan sectorial y el plan institucional, proviene de la información que se reporta al DNP. Con contadas excepciones, los proyectos de inversión para el período analizado no han tenido cambios en los ítems mencionados.

b. Lecciones y recomendaciones generales para la fase 3

- Hay entidades como el Ministerio de Salud y el Invima que manifestaron la importancia del mismo para la realización de ajustes en sus proyectos y mejorar la eficiencia del gasto, y que el ejercicio puede ser un medio o catalizador (para vencer resistencias por la visión de un “agente externo”) al interior de sus entidades para optimizar la planeación de la inversión.

- A pesar de lo anterior, y que desde el comienzo del proceso de revisión de gasto se ha recalcado que no es un ejercicio para realizar recortes presupuestales, varias de las entidades mostraron sus reservas porque lo perciben de esta forma, más en un sector que ha tenido una disminución significativa en su presupuesto de inversión en los últimos años. Vale la pena recordar que para las entidades objeto del ejercicio, el total del presupuesto de inversión (en pesos constantes de 2016) de $738.924 millones en 2012 a $325.137 millones en 2017. Esta prevención inicial sobre la utilidad del ejercicio, motivó incluso, la presencia de la directora general del INS en la mesa técnica #3, ya destacada anteriormente. Su participación es desde luego positiva en el sentido de que no solo sirvió para enterarse de primera mano de su alcance, sino fue un espacio para aclarar las dudas. De ahí que el ejercicio se encaminó más hacia una optimización para posibles reasignaciones, y no en ahorros como tal.

- Respecto al Plan Nacional de Desarrollo, se debe mencionar que solo el Ministerio de Salud y la Supersalud (uno solo), tienen a cargo los indicadores de avance del mismo. Desde luego las políticas y estrategias definidas en el PND son las prioridades establecidas para un cuatrienio, pero hay entidades cuya misión no se ve reflejada en dicha priorización, así sea a través de un lineamiento o un indicador. No se sugiere que el PND sea el plan de cada entidad, para ello está el plan sectorial y el institucional, sino que las prioridades en el sector salud (o incluso en competitividad para el caso del Invima) en el PND, pueden basarse en las misiones institucionales de cada entidad.

- Por lo anterior, hay proyectos de apoyo misional y que en principio son menos estratégicos que otros proyectos misionales, como los relacionados a gestión documental de la Supersalud y el Ministerio de Salud que reciben una calificación de mayor priorización que otros proyectos más relevantes, debido a que hacen parte del objetivo de buen gobierno del Plan Nacional de Desarrollo.

- Para analizar las posibles duplicidades entre proyectos, es importante revisar no solo la información reportada a las bases de datos SPI, SIIF y Sinergia del DNP, sino otras fuentes alternativas, como el plan de adquisiciones de la entidad, a partir del objeto y monto de gasto planeado para cada proyecto de inversión.

- El plan de adquisiciones permite determinar: 1) el grado de planeación de las entidades para la ejecución de los proyectos y alcanzar los objetivos, productos, y el cumplimento del plan nacional de desarrollo, los planes estratégicos (tipo Plan Decenal de Salud Pública), sectoriales e institucionales. 2) el tipo de contratación (desde contratación directa, licitación pública, mínima cuantía, etc) que van a adelantar, lo que permite visualizar por ejemplo qué tanto de los servicios los proveen a través de consultorías individuales/persona natural. 3) sinergias y economías de escala (y por el contrario también posibles duplicidades) en la contratación de bienes y servicios.

- Una de las posibilidades de lograr economías de escala es identificar vigencias futuras particularmente en la adquisición de insumos y servicios de varios proyectos en más de una vigencia fiscal. Vale la pena citar que uno de los requisitos establecidos para la planificación del trámite de las vigencias futuras ordinarias establece: "…definir el impacto y los beneficios para asumir compromisos y obligaciones que afectan el proyecto durante más de una vigencia en: (…) mejoras en la gestión y en los procesos de ejecución…" (Departamento Nacional de Planeación, Manual de Inversión Pública Nacional Modificaciones y Autorizaciones al Gasto de Inversión del Presupuesto General de la Nación, 2016, página 28). Las oficinas de planeación de las entidades deben hacer un ejercicio de revisión del plan de adquisiciones con las direcciones técnicas para identificar posibles optimizaciones por medio de las vigencias futuras.

- Una labor adicional que se puede desarrollar anualmente con el plan de adquisiciones de las entidades, es identificar previamente con las direcciones técnicas de las entidades, los bienes y servicios que tienen impacto directo para el logro de los lineamientos e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo (PND). De esta manera la prioridad del PND tendrá el foco requerido por parte de las entidades, y se podría trabajar (fortalecer) un presupuesto por resultados, proceso en el cual el acompañamiento técnico del DNP es estratégico.

- La revisión periódica del Plan de Adquisiciones por parte del DNP permite saber en qué y cómo se gastan los recursos las entidades, sin la necesidad de entrar a coadministrar; es decir se pueden realizar análisis en conjunto con las oficinas de planeación de las entidades para ver si el gasto está llevando a los resultados del sector trazados en el PND y en otros planes estratégicos, tipo Plan Decenal de Salud Pública.

- Las optimizaciones señaladas tanto de inversión como funcionamiento **($2.020.090.976)** son para reasignaciones no para adicionales recortes presupuestales.

- Respecto a los proyectos de salud del Sistema General de Regalías (SGR), los cuales de acuerdo con la aplicación de la metodología de revisión de gasto están alineados con las prioridades del PND, la recomendación es sobre la aceleración física y financiera de los proyectos. De igual manera, es importante un seguimiento más detallado a todos los proyectos, particularmente aquellos relativos a Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Sexual y Reproductiva, para analizar el resultado e impacto de los mismos, dado que tienen una más alta priorización dentro del PND.

c. Lecciones y recomendaciones para el SECTOR - (RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS)

- Revisar en el INS la disminución presupuestal frente a varias de sus funciones misionales estratégicas como los retos de vigilancia de eventos de brotes y epidemias en el país y los nuevos retos institucionales asignados por ley, como lo son los transplantes de órganos. Es un riesgo para el país que una entidad como el INS no cuente con los recursos que requiere para llevar a cabo su tarea ya que puede afectar la salud de la población.

- Para el caso del INS, es imperativo revisar aquellos gastos de inversión dirigidos al pago de suministro de materiales y en particular al pago de servicios públicos, ya que por su naturaleza corresponden a gastos generales de funcionamiento. Tal como se señaló anteriormente, el monto servicios públicos en nueve de los diez proyectos de inversión suman **$942.990.055**, que deberían presupuestarse en funcionamiento, y podrían constituirse en una potencial optimización.

- Se recomienda en el Ministerio de Salud y Protección Social que la Oficina de Planeación en coordinación con la Subdirección Financiera y la Dirección de Financiamiento Sectorial lleven un registro de los recursos que se giran por inversión y transferencias a las entidades territoriales, haciendo el respectivo seguimiento. Hoy en día no hay una instancia que consolide toda esta información.

- En este mismo sentido, hay varias transferencias a las entidades territoriales, además de las ya conocidas de SGP, cuyo destino es el financiamiento de personal de salud en las entidades territoriales, tales como las ya mencionadas en prevención de tuberculosis, lepra, enfermedades transmitidas

por vectores. Hay otras transferencias para funcionamiento local que no provienen directamente del Ministerio, como son un porcentaje de aquellas generadas con los recursos del consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y las de juegos de azar. Dado que el receptor es el ente territorial, fortalecer el seguimiento a estos recursos podría generar una retroalimentación valiosa para buscar un mayor impacto en la salud.

- Los recursos relacionados con los sistemas de información de todo el sector representan una inversión significativa, aproximadamente $42.600 millones, equivalentes al 13% de toda la inversión sectorial. A pesar de los avances como conjunto sectorial con el Sispro y de los progresos individuales a nivel institucional, persiste el reto de una mayor coordinación para la solicitud y entrega de la información de manera oportuna. Para la labor de vigilancia de las entidades, el suministro de la información debe ser oportuna, por ejemplo para labores preventivas basadas en el riesgo de salud, información de 2015 puede no ser útil en el presente. Dado lo anterior, es recomendable que las entidades presenten en detalle los requerimientos y necesidades; formalicen el requerimiento; realicen mesas de trabajo entre las entidades; realicen pruebas de escritorio con el requerimiento; y elaboren un cronograma conjunto para tener las metas claras. Si la información no se usa, no tiene sentido invertir cuantiosos recursos y esfuerzos humanos en la generación de la misma.

- Todas las cuatro entidades analizadas en el estudio, realizan capacitaciones y asistencias técnicas a las entidades territoriales. Es recomendable que se diseñe un plan sectorial al respecto con objetivos específicos, actividades, recursos, cronogramas, identificando posibles sinergias. Lo anterior permitiría tener un mayor impacto con mejores resultados y logros en la gestión territorial, y posiblemente optimización de recursos.

- A pesar de que ha varias direcciones del Ministerio de Salud que tienen dentro del plan de adquisiciones líneas relacionadas con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), no hay en la coyuntura actual una instancia que esté articulando las acciones de este modelo que requiere de una visible coordinación para avanzar en su implementación.

- En esta misma línea del MIAS, es recomendable el seguimiento a otras estrategias importantes como Análisis de Situación en Salud (ASIS), más allá de las actualizaciones periódicas a las mismas, y a la implementación de las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS).

- Dada la cantidad significativa de recursos de inversión en las entidades (en orden de magnitud el Ministerio de Salud, el INS y la Supersalud, en menor medida el Invima) que se destinan a la contratación de consultorías con personas naturales para el suministro de servicios principalmente, se recomienda el direccionamiento de este tipo de contratación con metas y resultados sectoriales e institucionales. De lo contrario se puede caer en una inercia de contratos de personas dedicadas a labores del día a día que consumen tiempo sin lograr mayores impactos.

- Es importante que el DNP (Direcciones de Desarrollo Social, Inversiones y Finanzas Públicas, y Evaluación y Seguimiento de Políticas Públicas) realice el seguimiento a las conclusiones del ejercicio de revisión de gasto ya que hay varios compromisos que se deben llevar a cabo por las

entidades en los siguientes meses, particularmente en lo referente a la gestión institucional de revisión de economía de escala con compras que superen más de una vigencia, y la unificación de varios proyectos de inversión.

- Igualmente se puede argumentar que el ejercicio de revisión de gasto con la metodología fue finalmente bien recibido por las cuatro entidades analizadas del sector, por lo que valdría la pena no solo hacer el seguimiento respectivo a los compromisos como ya se señaló, sino realizarlo periódicamente por parte del DNP. Esto permite un mayor conocimiento de la entidad y enfocar los esfuerzos institucionales para lograr mayor eficiencia en el gasto.

7. Bibliografía

Agudelo C.A., Cardona, J., Ortega, J. y Robledo, R. (2011) Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. [The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems]." Cien Saude Colet 16.6 (2011): 2817-2828.

Bonet, J., Pérez, G. J. y Ayala, J. (2014) Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la República. Centro de Estudios Económicos Regionales

Castañeda, C., Fonseca, M., Núñez, J., Ramírez, J. y Zapata, J. G. (2012) La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.

Colombia Compra Eficiente, Guía para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones

Contraloría General de la República. Comunicado de Prensa No 73. "Contraloría evaluó resultados del Sistema General de Participaciones: No se han cerrado las brechas sociales e inequidades entre regiones". Disponible en: http://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa/-/asset_publisher/Jl4Sa8JTmjbW/content/contraloria-evaluo-resultados-del-sistema-general-de-participaciones-no-se-han-cerrado-las-brechas-sociales-e-inequidades-entre-regiones

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas, Instructivo Vigencias Futuras, 2014

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas, Manual de Inversión Pública Nacional Modificaciones y Autorizaciones al Gasto de Inversión del Presupuesto General de la Nación, 2016

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas, Manual de Procedimientos del Banco Nacional de Programas y Proyectos, BPIN, 2011

Departamento Nacional de Planeación, Manual de la Ruta de Incidencia Estratégica para el Presupuesto de Inversión - RIEPI

Departamento Nacional de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país, 2015

El Tiempo. "Los cinco huecos del Sistema que busca reducir la inequidad". Disponible en: http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/contraloria-presenta-fallas-del-sistema-general-de-participaciones-92074

GES (2011) Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. Medellín, Diciembre de 2011 AÑO 10 Nº 23 ISSN 1657 - 5415

GES (2015) El gasto y la prioridad de la salud en Colombia. Medellín, Diciembre de 2015 Año 15 N° 31 ISSN 1657 - 5415

Grupo Banco Mundial (2016), Manual para el diseño de revisiones de gasto de la inversión pública en Colombia

Instituto Nacional de Salud, Plan Estratégico 2014 - 2021

Instituto Nacional de Salud, Plan de Acción Consolidado

Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos, Plan estratégico institucional 2014 – 2018

Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos, Mapa Estratégico

Meléndez, M. y Martínez, V. (2015) Eficiencias en el uso de los recursos del SGP para la educación

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2011), Dirección General del Presupuesto Público Nacional, Aspectos Generales del Proceso Presupuestal Colombiano

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2015) El sector salud en las entidades territoriales y las propuestas de ajuste a la ley de transferencias.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017) Evaluación de procesos Resolución 1479 de 2015 – No POS Subsidiado

Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 Sector Administrativo de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social, Planeación Estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social

Pinto, D. M., & Muñoz, A. L. (2010). Colombia: Sistema general de seguridad social en salud. Estrategia del BID 2011-2014. Inter-American Development Bank.

Sánchez, F. (2006). Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud y agua y alcantarillado. CEDE.

Superintendencia Nacional de Salud, Plan Estratégico Institucional y de Desarrollo Administrativo

Superintendencia Nacional de Salud, Plan de Gestión 2017

Anexos

Anexo 1 Plan Nacional de Desarrollo

Alineación de los proyectos con: Pilar del PND: Colombia Equitativa y sin Pobreza Extrema

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema en 2024 y reducir la pobreza moderada (Fortalecer la inclusión social a través de una oferta de programas de protección y promoción social articulada y focalizada)

Objetivo 3: Reducir las brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad








UNIÓN EUROPEA

I. Pilar del PND: Colombia Equitativa y sin Pobreza Extrema

Visión: Un servicio de salud de calidad

Objetivo: reducir brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad de **salud,** educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad.

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema en 2024 y reducir la pobreza moderada (Fortalecer la inclusión social a través de una oferta de programas de protección y promoción social articulada y focalizada)

- Se fortalecerá el Sistema de Información de la Política Social del país para que sea el soporte de la atención integral de las personas, del seguimiento efectivo a los beneficiarios, y de la optimización del gasto social. Para ello, el Sisbén, herramienta central en la focalización de los programas sociales, así como el Registro Único de Afiliados (RUAF), serán el marco de referencia para la operación del sistema.

Objetivo 3: Reducir las brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad

- Fortalecer de Cero a Siempre
- Formular Política Nacional de Infancia y Adolescencia, y articularla con la Política de Infancia y la Política para las Familias Colombianas.
- La equidad en salud implica acciones y esfuerzos encaminados hacia el mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud. Esto requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura pública hospitalaria, disminuir las brechas en resultados en salud, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.

II. Estrategia Transversal PND: Movilidad Social

Objetivos:

Objetivo 1. Garantizar los mínimos vitales y avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de la población en pobreza extrema para su efectiva inclusión social y productiva (Sistema de Promoción Social).

c) Reducir el hambre y la malnutrición de toda la población colombiana, en especial la más pobre, vulnerable y de grupos étnicos

Acciones:

- Diseñar lineamientos técnicos para la implementación de la política pública a través de los planes territoriales de SAN o planes territoriales de salud pública.
- Fortalecer los sistemas de información sobre seguridad alimentaria y nutricional (SAN), como el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN), e implementar un sistema de vigilancia de la situación alimentaria y nutricional de la población
- Implementar el Plan de Educación Alimentaria, estrategias de hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables y actividad física, desde la gestación y en todos los momentos del curso de vida

e) Mejorar la eficiencia y oportunidad de la oferta de servicios para la superación de la pobreza extrema

Estrategias

3. Diseñar e implementar una plataforma interoperable de información de programas sociales

- Articular las bases de datos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), los listados censales, los registros de atención de los principales programas sociales del Estado y el Registro Único de Afiliados (RUAF).
- Mejorar los sistemas de información de la situación de salud —Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)— y nutricional —Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN)— de la población colombiana, que permita tomar decisiones de política pública, realizar ejercicios de planeación intersectorial y evidenciar los cambios en materia de política para este y los siguientes planes de desarrollo

f) Garantizar la inclusión social y productiva de las personas con discapacidad (PcD)

Con el fin de lograr la inclusión social a través de la garantía de los derechos de las PcD se determinará como ruta de trabajo la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social liderada por el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), el seguimiento a las acciones del

CONPES 166 de 2013 y el aumento significativo de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) y el fortalecimiento de la institucionalidad en torno a la discapacidad.

Se diseñará una ruta de atención intersectorial para las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, con el fin de incluirlos dentro de la oferta programática sectorial. Ver más en Pág. 294

Objetivo 2. Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Objetivos específicos:

1) Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención;

a) Consolidar la cobertura universal y unificar la operación del aseguramiento

- Unificar las reglas de afiliación al SGSSS de ambos regímenes; se instaurarán los mecanismos para hacer efectiva la afiliación de los recién nacidos al sistema; se definirá el proceso para la afiliación de las personas identificadas como pobres, que no se encuentren afiliadas al momento del contacto con los servicios de salud; se desarrollarán subsidios parciales y otros mecanismos para garantizar la continuidad de la protección en salud, ante los cambios en la capacidad de pago de las personas.
- Desarrollar un sistema transaccional en línea, de fácil acceso al ciudadano, que permita a los diferentes actores del sistema realizar el proceso de afiliación y gestionar sus novedades de manera más expedita (RUAF)
- Fortalecimiento de la competencia entre aseguradores
- Reducir las barreras a la movilidad entre regímenes de afiliación

b) Generar incentivos para el mejoramiento de la calidad

- Utilizar estrategias como el pago por desempeño
- Reformular la política de calidad. Será indispensable la revisión y actualización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención de salud del SGSSS.

- Mejorar el sistema de Información para la calidad, que facilitará el seguimiento a la atención en salud. Se diseñarán y pondrán en marcha programas de asistencia técnica y de largo plazo, El MSPS continuará con el desarrollo e implementación, de Guías de Práctica Clínica

c) Política de Atención Integral en Salud

- Cuatro componentes: 1) la atención primaria en salud (APS), 2) la salud familiar y comunitaria, 3) la gestión integral del riesgo en salud, para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas; y, 4) el enfoque diferencial

Acciones:

- Fortalecer la gestión de la salud pública territorial
- Definir el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Implementar la gestión integral del riesgo en salud, a partir de la articulación territorial de las intervenciones individuales y colectivas
- Adoptar rutas de atención
- Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud.
- Desarrollar incentivos orientados hacia los resultados en salud
- Adecuar la implementación de la Política de Atención Integral en Salud a los diferentes contextos poblacionales y territoriales
- Caracterizar las entidades territoriales en diferentes tipos para garantizar (Territorios con población dispersa, Territorios con alto componente de ruralidad, Territorios de centros urbanos).

d) Incentivar la inversión pública hospitalaria en condiciones de eficiencia

e) Desarrollar esquemas alternativos de operación de hospitales públicos

f) Avanzar en el desarrollo de la política de talento humano en salud

- Las bases de la política buscarán mejorar la disponibilidad y pertinencia del talento humano en salud,
- Promover el desarrollo de la salud familiar y comunitaria como eje articulador de las estrategias en formación, gestión y desempeño del talento humano
- Promover programas de sensibilización, formación continua y actualización que lleguen a cerca del 90 % del talento humano del sector
- Fortalecer la formación de especialistas en el país y en el exterior

- Buscar formalizar y mejorar las condiciones laborales del talento humano en salud;
- Promover la integración de las culturas médicas tradicionales y medicinas alternativas
- Promover mecanismos que favorezcan la autonomía y autorregulación profesional;
- Fortalecer las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) universitarias y hospitales públicos universitarios

g) Mejorar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios de salud pública a nivel nacional y territorial

- Implementar mejores metodologías que permitan diagnósticos de calidad, sustentables y objetivos, de manera costo-efectiva,

h) Implementar la Política Nacional de Sangre

i) Implementar el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI)

2) Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas de resultados en salud

a) Implementar territorialmente el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021

- Construcción de la nueva generación de planes territoriales de salud. Vinculación a Sispro
- Creación sistema de monitoreo y evaluación logro de los objetivos y metas previstas en los PTS. Vinculación a Sispro
- Creación de un observatorio del PDSP

b) Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles

- Ampliación de la Estrategia 4x4 para los Entornos Saludables, incluyendo la salud mental y la salud oral visual y auditiva;
- Promoción de ciudades, entornos urbanos y rurales saludables
- Desarrollo de nuevos y más efectivos instrumentos de política pública intersectorial, para la trasformación positiva de los entornos, las ciudades y la ruralidad;
- Identificación de condiciones y riesgos para planear las intervenciones y garantizar la atención integral con enfoque de curso de vida y envejecimiento activo;
- Implementación de planes tácticos para la gestión de plataformas sociales y científicas en salud mental;
- Desarrollo de instrumentos de cooperación con carácter vinculante, en diferentes instancias nacionales e internacionales.

c) Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, endemoepidémicas, desatendidas, emergentes y re-emergentes

- Fortalecer la Estrategia de Gestión Integrada (EGI), relacionados con los eventos en salud comprendidos en este grupo de enfermedades.
- En el marco de la EGI se desarrollarán medidas de bioseguridad y biocustodia en laboratorio nacional de referencia (LNR) y laboratorios de salud pública de entidades territoriales

d) Promover la convivencia social y mejorar la salud mental

- La política pública de promoción de la convivencia social
- Creación del observatorio nacional de convivencia y protección de la vida.
- Aplicación de lineamientos técnicos para la promoción de la convivencia social.
- Implementación del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas (SP), en el marco de la Ley 1566 de 2012.
- Fortalecimiento de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental.

e) Mejorar las condiciones nutricionales de la población colombiana

- Programa para la Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional en la Primera Infancia
- Acciones para promover la alimentación saludable en el curso de vida a través de: 1) el fortalecimiento de las estrategias de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI); 2) el seguimiento al cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna; 3) la implementación y seguimiento del Plan Decenal de Lactancia materna 2010-2020; y 4) la consolidación de la estrategia Bancos de Leche Humana y el método de madre canguro
- Marco normativo robustecido, que aborde el etiquetado nutricional
- Implementación de un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional que permita detectar y atender de manera temprana los casos de malnutrición.

f) Asegurar los derechos sexuales y reproductivos

- Profundización modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
- Reducir la mortalidad materna por medio de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención antes, durante y después del evento obstétrico.
- Promover implementación de rutas de atención integral a víctimas de violencias de género en 50 % de instituciones orden nacional y territorial en sectores salud, justicia y protección.

- Reducir las condiciones de vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual VIH-sida se focalizarán acciones preventivas hacia los grupos más vulnerables

g) Atender integralmente en salud al adulto mayor y promover el envejecimiento activo y mentalmente saludable

- Promoción del envejecimiento activo físico y mentalmente saludable, y fomento de una cultura positiva de la vejez
- Prevención y reducción de la carga de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura en las personas adultas mayores. •Acciones intersectoriales para la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional. • Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud que atiende la población adulta mayor. (Mas estrategias en la página 315 PND)

h) Mejorar la operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Fortalecer 4 de las 11 áreas que hacen parte del PAI:

- Fortalecer la red de frío en cada uno de sus componentes —almacenamiento, transporte, distribución y suministro—
- Implementar un sistema de información para realizar seguimiento niño a niño a esquemas de vacunación
- Introducir nuevas vacunas: polio inactivado (VIP), dirigido a la población menor de un año, varicela, DaPT (vacuna acelular pertussis), hepatitis B, dirigida principalmente a poblaciones.
- Fortalecer la logística para el desplazamiento del personal vacunador a las zonas rurales con población dispersa y de difícil acceso

3) recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema;

Para recuperar la confianza pública en el sector, se trabajará en la construcción de las siguientes estrategias:

a) Acercar la inspección, vigilancia y control al ciudadano

- Segunda fase de fortalecimiento de las funciones de IVC Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud)
- Implementar un modelo de supervisión basado en riesgo que establezca para las entidades vigiladas la obligatoriedad de la identificación de los riesgos y el establecimiento de controles. Se hará énfasis en el fortalecimiento de las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia. Se implementarán esquemas de supervisión en la SuperSalud con miras al logro de los siguientes objetivos: 1) expedir la regulación que reglamente el gobierno corporativo de obligatorio cumplimiento en las entidades vigiladas y su esquema de seguimiento; 2) determinar funciones y procesos

para implementar las acciones de supervisión basada en riesgos; y, 3) diseñar e implementar el sistema de alertas tempranas para el ejercicio de la supervisión

- Se generará mayor presencia territorial del INVIMA, el INS y la SuperSalud y en la delegación de las funciones de IVC a escala territorial en cabeza de las secretarías de salud.

b) Fortalecer la institucionalidad para la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

- Se creará una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, que tendrá por objeto administrar los recursos del FOSYGA y del Fondo de Salvamento a Entidades Territoriales (Fonsaet).

c) Simplificar procesos

- Agilizar y simplificar el proceso para la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) del componente aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado (ESE).
- Simplificar el manejo de los recursos en salud mediante la eliminación rigideces de las subcuentas del FOSYGA
- Se dará prioridad a la financiación del gasto de aseguramiento en salud y se financiarán, con cargo a estos recursos, las coberturas actuales de la subcuenta para eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA, las acciones de salud pública adicionales a las financiadas con el SGP, y los servicios sociales complementarios que hoy se financian con cargo a los recursos del FOSYGA.
- Definir la jurisdicción competente para asuntos Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- Se eliminará la autorización del Comité Técnico Científico para acceder a servicios No POS, siempre y cuando lo ordene el médico tratante adscrito a la red de su EPS.
- Los hijos menores de 25 años de un cotizante del régimen contributivo de salud tendrán el derecho a inscribirse como beneficiarios de dicho cotizante hasta que tengan capacidad para aportar al régimen contributivo,
- Simplificación de los procesos a cargo de las IPS

d) Consolidar el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro)

- Diseñar y rediseñar los procesos para disponer de datos integrados por persona sobre afiliación, movilidad, pagos, beneficios en el sistema, prestaciones económicas, estado de salud, atenciones de salud y riesgos en salud.
- Construir módulos de información al ciudadano (p. ej. la central de afiliación y movilidad, central de prestación de servicios, central de cuentas y pagos, entre otros)

- Desarrollar y actualizar permanentemente la base de datos de identificación de afiliados a la protección social, con la integración de la información de las personas, asociando sus diferentes documentos de identidad a través de un serial.
- Racionalizar y estandarizar, a través de la interoperabilidad semántica de datos para el intercambio de información de distintas fuentes, el marco del Plan Estratégico de TIC (PETIC) de los sectores de salud y trabajo
- Automatizar un conjunto de datos que se seleccionarán en desarrollo de la Cibersalud (eSalud), con el objeto de disponer, en forma única y oportuna, los datos mínimos básicos en salud
- Fortalecer y evolucionar los sistemas de información existentes a arquitecturas transaccionales como la afiliación, movilidad y recaudo, datos clínicos,
- Disponer nuevos servicios en línea como salud móvil, autorización, facturación, prescripción, pagos de servicios de salud y agendamiento,

e) Promover la transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas

- Generar mecanismos y metodologías que permitan conocer las preferencias, especialmente de los usuarios y los trabajadores de la salud (en particular tecnologías en salud)
- Crear una instancia consultiva y de divulgación de los conflictos, preferencias, intereses y dificultades de los agentes del sector
- Potenciar la consulta en lo relacionado con los criterios de exclusión de tecnologías en salud
- Dar continuidad a los espacios de construcción de políticas públicas en salud para grupos étnicos
- Consolidar el reporte de ranking de las EPS.
- Mantener y mejorar herramientas que brinden información sobre los contenidos del POS.
- Poner a disposición la información relacionada con las exclusiones, nominación de tecnologías en salud y la que se utiliza para el calcular la unidad de pago por capitación (UPC).

4) Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia.

Estrategias:

a) Establecer medidas financieras para el saneamiento de pasivos

- Será obligatorio generar procesos de aclaración y saneamiento de cuentas con todas las IPS por parte de los pagadores
- Se crearán líneas de crédito blandas con tasa compensada para los prestadores de servicios de salud o las EPS.

- Las entidades territoriales podrán utilizar los recursos del SGR para atender las deudas del régimen subsidiado a las EPS, por contratos realizados hasta marzo 31 de 2011.
- Se ampliará la estrategia de compra de cartera a los prestadores de servicios de salud.
- Se definirá un término para dejar en firme las declaraciones de giro y compensación de recursos por concepto de UPC
- En el pago de los pasivos de las EPS e IPS en proceso de liquidación, se le dará prelación al pago de las sumas adeudadas al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)
- Se condonará el saldo del capital e intereses de los recursos objeto de las operaciones de préstamo interfondos realizadas por el MSPS, entre las subcuentas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito y la de compensación del FOSYGA.

b) Obtener nuevas fuentes de recursos

c) Generar estabilización financiera y fortalecimiento patrimonial

- Se establecerán nuevas condiciones únicas de habilitación financiera y de solvencia que deberán cumplir todas las EPS
- El Gobierno nacional promoverá el cumplimiento progresivo de las nuevas condiciones de habilitación financiera de las EPS. Ver más en página 328

d) Consolidar la regulación del mercado farmacéutico

- Dar continuidad a la Política Farmacéutica Nacional (CONPES 155 de 2012) e implementar los ajustes necesarios a la luz de los nuevos retos que plantea la Ley Estatutaria en Salud,
- Control de precios. (ver acciones en página 329)
- Negociaciones centralizadas
- Uso racional: (ver acciones en página 330; se creará y consolidará un programa nacional de uso racional de medicamentos, bajo el cual el MSPS, el INVIMA y el IETS, con participación de la academia y las sociedades científicas, establecerán un proceso de coordinación para producir información terapéutica independiente, la apropiación de guías de práctica clínica y consolidar sus sistemas de información sobre uso, calidad y precios de medicamentos.
- Promoción de la competencia.
- Transparencia: (ver acciones en página 331; se implementarán las acciones necesarias para que el INVIMA genere información para la prescripción de medicamentos, de manera independiente y con acceso al público; se buscará que la agencia sanitaria mejore la calidad y la disponibilidad de

los resultados de los ensayos clínicos para el público en general; se generará una base de datos con reporte obligatorio por parte de médicos, industria farmacéutica, EPS, IPS y pacientes. Se generará una campaña en la que participen el INVIMA y el IETS para contrarrestar las percepciones negativas frente a los medicamentos genéricos y generar confianza en relación con su calidad.

- Evaluación de tecnologías. el IETS se consolidará como la entidad oficial del país en materia de evaluación de tecnologías en salud.
- Fortalecimiento de la puerta de entrada (ver acciones en página 332; promover un proceso de evaluación que incluya todas las facetas relevantes de la evaluación de la tecnología en salud. Institucionalmente esto se materializará en la participación del INVIMA, el IETS y la Comisión de Precios;
- Innovación. a promoción y fortalecimiento de redes de investigación en salud, el desarrollo de la capacidad nacional para el abastecimiento de medicamentos, la apropiación e investigación nacional en nuevos campos como terapia celular y medicina personalizada y el desarrollo de bienes públicos para la innovación en salud tales como bancos de datos, bibliotecas de genes

e) Disminuir costos de transacción

f) Revisar el mecanismo de redistribución de riesgo

g) Restricciones de financiación

h) Definir el mecanismo técnico participativo de exclusión de beneficios en salud

Objetivo 6. Establecer un apoyo oportuno frente a los riesgos que afectan el bienestar de la población y los mecanismos para la protección de las condiciones de vida de las personas.

b) Reducir impactos sobre el estado de salud de la población colombiana en estados de emergencia

1. Política de respuesta en estados de emergencia
2. Disminuir los costos de morbilidad y mortalidad asociada a degradación ambiental
3. Reducir la vulnerabilidad de los hogares ante crisis alimentarias

Objetivo 7. Desarrollo y fortalecimiento de la cultura y comunicaciones propias y apropiadas, la educación, la salud, la autonomía y seguridad alimentaria que incluyan a familias, mujeres, niñas, niños, jóvenes y mayores de los pueblos indígenas y del Pueblo Rrom

Pueblos Indígenas:

- Evaluación integral del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud para los pueblos indígenas, el modelo institucional, la cobertura y calidad del servicio, así como garantizar la atención integral con cobertura universal de la población indígena
- Construir, desarrollar, implementar y consolidar el SISPI
- Fortalecimiento y apoyo al ejercicio de la medicina tradicional
- Incorporar el enfoque intercultural y diferencial de atención integral en salud, en la formación y gestión del talento humano del sector
- Garantizar la protección jurídica de los conocimientos de las cualidades botánicas y medicinales de plantas en territorios indígenas y aplicaciones productivas
- Formulación e implementación de estrategias y acciones para la salvaguarda del conocimiento ancestral aplicado a la medicina tradicional de las comunidades y pueblos indígenas
- Fortalecimiento, operatividad y financiación de la subcomisión nacional de salud propia e intercultural
- Realización de autodiagnósticos comunitarios de salud para construcción e implementación de los sistemas de salud propios e interculturales desde la cosmovisión de cada pueblo Socialización y construcción de los componentes del SISPI
- Garantizar el proceso de consulta previa a la reglamentación expedida en el marco de la implementación del SISPI
- Desarrollo del Sistema Único de Información Indígena Nacional (SUIIN) que incorpore el seguimiento de la situación poblacional y de análisis de riesgos en salud que inciden en ella -Diseño del modelo propio de salud desde la cosmovisión propia de cada pueblo en el marco SISPI
- Elaboración de un programa que permita a los pueblos indígenas diagnosticar y actuar sobre los factores que inciden en el incremento de los suicidios y otras expresiones de desarmonía espiritual
- Construcción participativa del capítulo especial para pueblos indígenas en el PDSP
- Construcción de casas de paso para atención de pacientes indígenas
- Apoyo a la construcción e implementación del sistema de vigilancia comunitaria intercultural en el marco de la estructuración del SISPI
- Garantizar los recursos humanos y financieros para que los pueblos y comunidades indígenas desarrollen procesos de diálogos intergeneracionales, atención y seguimiento a casos de mutilación genital femenina y prácticas nocivas que afectan a las mujeres y niñas de los pueblos indígenas, con el objeto de propiciar su erradicación
- Construir lineamientos de manera concertada con los pueblos indígenas para la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial
- Consultar y concertar con las autoridades indígenas todas las políticas públicas y actos administrativos de salud que afecten de manera directa a las entidades indígenas de salud

- Garantizar los recursos para la implementación de un programa de atención integral para los mayores y mayoras indígenas, de acuerdo con las competencias institucionales
- El enfoque diferencial para pueblos indígenas del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se construirá en el marco del SISPI

Pueblo Rrom

- Gestión del Ministerio de Salud para la adecuación cultural de los servicios ofertados (prevención, aseguramiento, atención y prestación de servicios) por asegurador y prestadores a la comunidad Rrom de acuerdo con la oferta de profesionales de la salud en las entidades territoriales donde habita la comunidad Rrom 1. El Ministerio de Salud desarrollará las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud con dignidad, calidez y oportunidad para mejorar las condiciones de vida y salud y lograr reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Para el 2015: elaboración del capítulo especial del Pueblo Rrom en el capítulo étnico del PDSP y de la resolución para la implementación del mismo y validación del contenido del capítulo con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom MSPS
- Se acuerda realizar 2 reuniones nacionales, una primera reunión que apoyará el MinInterior entre marzo y abril de 2015 (en esta reunión el MSPS se compromete a abrir un espacio para analizar la implementación del PDSP), se realizarán reuniones regionales donde se encuentran asentadas las Kumpañy y una reunión final de cierre para evaluar el proceso. Para el 2016, asistencia técnica para construcción de planes territoriales para la inclusión del contenido del capítulo especial del pueblo gitano tomando como base el lineamiento técnico que orienta el proceso de planeación territorial en salud para la armonización, adopción y adaptación del capítulo étnicos del Plan Decenal de Salud Pública desde la perspectiva Rrom

Meta: 10 planes territoriales elaborados

- Adecuar intersectorialmente la estrategia de vivienda saludable al Pueblo Rrom
- Diseño e implementación de una ruta de atención intersectorial con enfoque diferencial (curso de vida, tipo de discapacidad, pertenencia étnica, genero) que promuevan la inclusión social de las personas con discapacidad pertenecientes al Pueblo Rrom con enfoque de rehabilitación basada en la comunidad
- El MSPS se articulará en el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para grupos étnicos donde estará un capítulo específico para el Pueblo Rrom con el fin de ser implementado en toda la población. La articulación para atender este compromiso se hará en el marco de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)
- El MSPS garantizará la afiliación de la población Rrom al régimen subsidiado y su cumplimiento se hará con base en la información suministrada por el MinInterior









UNIÓN EUROPEA

Tabla 20. Indicadores Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

Indicador	Unidad medida
Percepción de acceso a los servicios de salud	Porcentaje
Porcentaje de población afiliada al sistema de salud	Porcentaje
Porcentaje de personas entre 18 a 25 años afiliadas al sistema de salud	Porcentaje
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000)	Tasa
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	Porcentaje
Departamentos que implementan el Programa de Prevención y Reducción de Anemia en niños entre 6 y 23 meses de edad en el marco de Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia	Departamentos
Departamentos con el sistema de vigilancia nutricional poblacional implementado	Departamentos
Municipios con la estrategia de ciudades, ruralidad y entornos para los estilos de vida saludable implementada	Municipios
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales – Nacional	Porcentaje
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales - Área rural dispersa	Porcentaje
Porcentaje de casos de VIH detectados tempranamente	Porcentaje
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años)	Tasa
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (ajustada)	Tasa
Biológicos incorporados en el Esquema Nacional de Vacunación	Biológicos
Cobertura de vacunación en menores de un año con terceras dosis de pentavalente	Porcentaje
Cobertura de vacunación en niños de un año de edad con triple viral	Porcentaje
Nuevos cotizantes afiliados al Régimen Contributivo	Cotizantes
Porcentaje de mujeres gestantes inscritas en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral que reciben atención del parto institucional o cesárea. test (dmontero)	Porcentaje
Porcentaje de mujeres gestantes inscritas en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral que reciben las consultas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo	Porcentaje
Porcentaje de mujeres gestantes inscritas en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral que reciben atención del parto institucional o cesárea.	Porcentaje
Porcentaje de niños y niñas en primera infancia atendidos en educación inicial en el marco de la atención integral con afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Porcentaje
Porcentaje de mujeres gestantes inscritas en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral con afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Porcentaje
Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Porcentaje
Porcentaje de población con valoración e intervención del riesgo	Porcentaje
Víctimas con atención psicosocial en modalidad individual, familiar,	Personas víctimas

Tabla 21 Vigencias Futuras 2017 Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - INS

Proyecto	Valor Vigencias Futuras (pesos) 2017	Valor Vigencias Futuras (pesos) 2018
Administración producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio.	579.293.055	
Investigación en salud	371.323.755	
Implantación sistema de información	109.369.834	
Mejoramiento de la situación nutricional, enfermedades relacionadas con malnutrición, cultura y seguridad alimentaria de la población colombiana.	18.762.800	
Prevención control y vigilancia en salud publica.	1.648.623.000	
Renovación tecnológica de los laboratorios del instituto nacional de salud nacional	1.300.000.000	900.000.000
TOTAL	4.027.372.444	900.000.000

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA

Proyecto	Valor Vigencias Futuras (pesos) 2017
Levantamiento de la información de las condiciones fisicosanitarias de los productos competencia del INVIMA nacional	525.383.025
Mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de competencia del INVIMA en el marco normativo vigente nacional	1.477.568.700
TOTAL	2.002.951.725

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUPERSALUD)

Proyecto	Valor Vigencias Futuras (pesos) 2017	Valor Vigencias Futuras (pesos) 2018
Diseño implantación e implementación del sistema de información para la superintendencia nacional de salud.	6.527.736.618	-
Diseño implantación e implementación del sistema nacional de inspección, vigilancia y control para el sgsss.	4.882.168.032	3.216.482.283
Diseño e implementación del sistema de gestión documental en la superintendencia nacional de salud nacional	804.774.432	483.535.283
TOTAL	12.214.679.082	3.700.017.566

Anexo 2

Sistema General de Participaciones[5]

El esquema de transferencias en Colombia funciona mediante un modelo de descentralización con responsabilidad fiscal. Esto significa que los territorios se rigen con una serie de reglas fiscales subnacionales y un esquema de transferencias que pasa del gobierno central a las entidades territoriales. De esta manera, en la organización del Sistema de Salud de Colombia convergen múltiples actores y competencias, y las entidades territoriales se encargan de

[5] En el cuerpo de esta sección los consultores explican las limitaciones de la metodología de revisión de gasto para un análisis de la dimensión del SGP y hacen recomendaciones sobre cuál debería ser el abordaje alternativo en una revisión de gasto del SGP.

El DNP no comparte las apreciaciones realizadas por los consultores en los temas referentes a SGP y expresan que tampoco acompañan la metodología alternativa presentada.

El Ministerio de Salud y Protección Social, al referirse a esta sección, indicó: "Una vez revisado el documento, la sección del SGP, y teniendo en cuenta que la metodología de gasto del Banco Mundial no pudo ser aplicada considerando los plazos para la ejecución de la consultoría; considero que ésta sección es una contribución valiosa para la construcción del diagnóstico y propuesta de una reforma al Sistema General de Participaciones en Salud. No obstante, considerando que es necesario avanzar y profundizar en la recolección de evidencia cuantitativa y cualitativa que permita identificar con mayor precisión las causas de los problemas señalados y, en consecuencia, posibles propuestas, ésta sección debería constituirse en un documento de trabajo de los grupos internos de gobierno el cual podría incluirse en los anexos del documento."

administrar la prestación de servicios de salud en los territorios, cofinanciar el régimen subsidiado de la población, asegurar a la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado y ejecutar los recursos del Sistema General Participaciones.

Al hablar de una revisión de gasto del SGP del Sector Salud, se deben tener en cuenta las necesidades y limitaciones que enfrenta el país en términos de aseguramiento, salud pública y prestación de servicios; donde la descentralización ha tenido históricamente un rol fundamental. En temas de aseguramiento en particular, el estudio enfrenta una serie de características que requieren una metodología especializada para resolver los problemas del sector, dada la complejidad en las fuentes y en el uso de los recursos del financiamiento del sistema de salud colombiano. La tabla 22 ilustra los usos del sistema de salud en el tema de aseguramiento, salud pública, oferta y proyectos de inversión financiados con el PGN.

Tabla 22. Usos del Sistema de Salud en Colombia

Cifras en millones de pesos

Usos Sistema de Salud				Proyección 2017	%
Aseguramiento	Contributivo	UPC	19.240.929	23.102.450	53%
		Licencias de maternidad	688.341		
		Incapacidades por enfermedad general	692.733		
		Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria	72.079		
		Madres sustitutas	8.368		
		Recobros corrientes prestaciones no incluidas en el POS	2.400.000		
	Subsidiado	UPC	17.948.187	18.203.929	42%
		Costo Plan Piloto de Unificación	170.772		
		Recobros Régimen Subsidiado FOSYGA	13.177		

		Costo auditoría, apoyo técnico y remuneración financiera	71.793		
	Promoción y prevención	Programas de promoción y prevención ejecución directa. Proceso de compensación	350.202	511.922	1%
		Programas de promoción y prevención EPS déficit proceso de compensación-FOSYGA	115.447		
		Programas nacionales de promoción y prevención	44.308		
		Déficit de madres comunitarias- rendimientos financieros	146		
		Apoyo técnico, auditoria y remuneración fiduciaria	1.820		
Salud pública SGP				769.067	2%
Oferta	FONSAET		76.907	769.067	2%
	PPNA-NO POS y Aportes Patronales		692.160		
Inversión PGN	Proyectos de Inversión (56)			424.391	1%

Aquí se observa que el aseguramiento representa aproximadamente el 95% del gasto en el Sector Salud. Este mismo rubro cuenta con la mayor diversidad en las fuentes de financiación, que se realiza mediante una mezcla pública y privada: el régimen contributivo se financia en su totalidad con recursos de la subcuenta de compensación del FOSYGA, provenientes de las contribuciones a la seguridad social, mientras que el régimen subsidiado lo hace en su mayoría con recursos fiscales, donde el rubro más importante ha sido el correspondiente al SGP, seguido de la cuenta de solidaridad del FOSYGA, las rentas cedidas departamentales - recaudos por impuestos a licores, cervezas y loterías – entre otras.

La Tabla 23 muestra las asignaciones y ejecuciones del SGP destinadas al régimen subsidiado, salud pública y a la prestación de servicios, en el periodo 2014-2017. Esta información fue recopilada a partir del SICODIS, del documento de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones SGP-17-2017 y del Sistema de Información del Formulario Único Territorial FUT.

Tabla 23. Asignaciones y Ejecuciones[6] del SGP 2014-2017

Cifras en millones de pesos

	2014		2015		2016		2017
Concepto	Asig.	Ejec.	Asig.	Ejec.	Asig.	Ejec.	Asig.
Régimen Subsidiado	4.381.837	4.196.386	5.714.388	5.362.668	6.263.127	5.977.574	6.152.537
Salud Pública	668.676	515.510	713.210	499.310	782.891	479.985	769.067
Oferta	1.636.251	1.136.772	713.210	473.126	782.891	485.529	769.067

La ejecución presupuestal por parte de entes territoriales descentralizados, las asimetrías de información en los reportes de las mismas, la pluralidad de fuentes de financiamiento y la complejidad en torno a las reglas que rigen el uso de los recursos hacen que la estrategia de análisis del Banco Mundial sea limitada para hacer la revisión de gasto del estudio. Como se mencionó anteriormente, las características del Sistema de Salud requieren una metodología especializada para enfrentar adecuadamente las necesidades y limitaciones que enfrenta el país en términos de aseguramiento, salud pública y prestación de servicios.

La propuesta metodológica de Fedesarrollo consiste en hacer uso de los estudios disponibles a la fecha y discutir con los diferentes actores en las mesas técnicas los obstáculos que enfrenta el SGP en materia de Salud. Cabe resaltar que los estudios que soportan la investigación son de vigencias anteriores, por lo cual pueden existir cambios en la coyuntura de salud; al respecto, se enfatiza aún más la necesidad de continuar la metodología de estudio del SGP

[6] La estimación de la ejecución del SGP se calculó a partir del FUT

en siguientes etapas del proceso de revisión del gasto, profundizando en la recolección de información territorial y en análisis de datos con información primaria. Debido al alcance de este proyecto, este procesamiento de datos no fue posible realizarlo para el límite de plazo establecido. Este documento planteará una serie de recomendaciones para identificar la manera como se debe abordar la metodología de estudio del SGP y mejorar la eficiencia del gasto público en Salud a través del SGP en el mediano y largo plazo.

Ineficiencias y retos del Sistema General de Participaciones

En este capítulo se presentan cinco ineficiencias y retos que enfrenta el SGP en torno a la disponibilidad de la información, las capacidades institucionales de las ET, la filtración de recursos, alineación de incentivos entre las Entidades Territoriales y la Nación y las diferencias conceptuales en el cálculo de la UPC que fueron identificadas en la revisión de literatura y en las mesas operativas.

Disponibilidad y asimetrías de información

Una ineficiencia transversal que se identificó tanto en la literatura como en las mesas operativas fue la asimetría de información entre las entidades territoriales y la Nación. Estas asimetrías se evidencian en los conflictos de los reportes de información: por ejemplo, el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2015) encontró que para el cierre de la vigencia 2013 existían diferencias significativas entre lo reportado a los Fondos Departamentales de Salud y el FUT.

En efecto, entre los principales retos que enfrenta una revisión de gasto del SGP se encuentra que no hay fácil acceso a los proyectos que ejecutan los entes territoriales, existen vacíos en la información de los recursos que son manejados a través de los fondos departamentales y las cuentas maestras, y dificultades para verificar si hay afiliados duplicados y/o afiliados fantasmas en cada municipio en lo concerniente al aseguramiento.

A esto se suma la diversidad de actores con los que cuenta la red pública de prestación de servicios de salud en los territorios: se encuentran instituciones de carácter departamental, distrital o municipal en diferentes niveles de complejidad. Un estudio de la eficiencia de gasto en el sector salud requiere una mirada a profundidad en la manera en que se están administrando los recursos por parte de las instituciones prestadoras de salud en los territorios y en la eficiencia en la prestación de servicios por parte de las mismas.

Capacidades institucionales en los territorios

Se encuentra una deficiencia en la capacidad de los departamentos para hacer frente a sus obligaciones como entes aseguradores y como prestadores de servicio (MHCP, 2015). La revisión de literatura evidencia la baja capacidad institucional en la no universalización del aseguramiento y en inconsistencias

con las bases de datos de afiliados, al igual que en materia de financiamiento, donde no se han ejecutado eficientemente los recursos disponibles y se han generado deudas cuando los recursos estaban garantizados (CNC, 2011).

Al respecto, el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2015) afirma que los municipios no cuentan con las capacidades para administrar las bases de datos del régimen subsidiado, contratar y hacer interventoría, y administrar eficientemente los recursos del aseguramiento. Por ende, se encuentran duplicados y novedades sin identificar en las bases; y no se realizan los pagos pertinentes ni se liquidan contratos.

También se ha identificado una debilidad importante de las ET para satisfacer las necesidades en salud pública. La oferta de servicios de salud de carácter público ha sido deficiente para satisfacer la demanda y se cuenta con un esquema frágil de contratación con instituciones prestadoras públicas e IPS privadas (MHCP, 2015). Se ha encontrado que la mayor parte de los hospitales son de carácter municipal y las ET no están dispuestas a liquidar o fusionar las IPS para optimizar la oferta, racionalizar gastos y equilibrar financieramente las instituciones.

Otras ineficiencias identificadas por MHCP en la oferta de salud son: la competencia ente prestadores públicos y privados, las diferencia en las tarifas de los servicios de salud, el rezago entre los periodos de prestación de servicio y los pagos a la facturación, la tendencia de las ESE a comprometer gastos respecto a los ingresos reconocidos y la baja capacidad para gestionar la recuperación de la cartera en todos los niveles de atención (MHCP, 2015). Estos factores inciden en el equilibrio financiero y la calidad de los hospitales públicos.

Finalmente, el sistema de salud ha enfrentado a retos para asumir la prestación de servicios del NO POS subsidiado. En este ámbito se encuentran dificultades en la articulación institucional entre las entidades, y por parte de las ET, dificultades en la autorización y radicación de la facturación, el no adecuado registro contable, e ineficiencias en el reconocimiento de las deudas y el pago de las mismas. Adicionalmente, como se verá en la próxima sección, la Contraloría ha encontrado que la prestación de servicios del NO POS subsidiado ha sido fuente para una fuga de recursos significativa en el SGP.

Filtración de recursos

En un reciente ejercicio realizado por la Contraloría[7], se identificaron grandes brechas y desigualdades y se identificaron varios riesgos de corrupción en el manejo de los recursos del SGP, donde la situación más grave se da en el sector salud. Igualmente, el MHCP (2015) advierte que existe una fuga o

[7] Información obtenida de El Tiempo. "Los cinco huecos del Sistema que busca reducir la inequidad" y Contraloría General de la República. "Comunicado de Prensa No 73".

acumulación de recursos ocasionadas por las debilidades de los departamentos al asumir competencias de Asegurador y a la no contratación oportuna del servicio de salud.

Como se mencionó anteriormente, la prestación de servicios del NO POS subsidiado ha ocasionado una fuga de recursos recurrente en los últimos años. La Contraloría detectó que en el proceso de recobros de las EPS por el NO POS subsidiado se han generado pérdidas por casi 90.000 millones de pesos en tan sólo siete casos. Entre otras anomalías, se hallaron pacientes que recibieron servicios por más de 1.000 millones de pesos, registros de documento de identificación inconsistentes, departamentos con tasas muy altas de recobros y personas que recibieron servicios NO POS y que tienen más de 100 radicaciones por servicios prestados. Si bien la Resolución 1479 de mayo de 2015 se expidió para dar solución a estas anomalías en los recobros, los resultados tampoco han sido alentadores: desde la implementación de la resolución, se ha visto problemas con incumplimientos, acumulación de deudas, crisis de confianza, restricciones de acceso, aumento de las tutelas y problemas financieros en las IPS que concentran sus servicios en el NO POS (MSPS, 2017).

Un segundo problema en la fuga de recursos se encuentra en la flexibilidad del Sistema para movilizar recursos. La Ley Estatutaria de Salud permitió que los territorios destinaran el 10% del SGP para cofinanciar acciones de salud pública y un 80% por ciento para el régimen subsidiado. La Contraloría advierte que la mayoría de casos de corrupción se detectaron en el porcentaje restante, que está destinado a la prestación de servicios de salud. Sobre este ítem, el MHCP (2015) en sus propuestas de ajuste a la ley de transferencias, plantea que las transferencias destinadas al sector salud en las entidades territoriales se asignen a una única bolsa de recursos sin asignar por componente de gasto y que en su lugar, se formulen criterios de población, equidad, eficiencia administrativa y cumplimientos de metas de acuerdo con la ejecución efectiva de recursos.

Los colados del Sisbén representan otro obstáculo en el uso óptimo de los recursos del SGP. Según cifras del DNP, con corte a agosto de 2016, en el Sisbén había 35,8 millones de personas validadas y 384.000 adicionales coladas. Este factor está incidiendo en el crecimiento del régimen subsidiado más no garantiza que se estén cubriendo las necesidades de salud de la población más pobre. Las cifras del sector salud muestran que el régimen subsidiado pasó de tener un porcentaje de población afiliada de 23.6% en el año 2000 a un 48.1% en el 2013; no obstante, las afiliaciones al régimen contributivo han sido menos dinámicas, pasando de 35.2% a 42.7% de población afiliada en el mismo periodo. Este bajo crecimiento de los cotizantes al régimen contributivo pone en riesgo la viabilidad financiera del Sistema de Salud.

Finalmente, se identificó que en el componente de salud pública, gran parte de los recursos se están destinando a gastos de funcionamiento de las direcciones territoriales de salud y no se están supliendo las intervenciones dirigidas a la población. En este ítem, la Contraloría afirma que se están desviando alrededor del 57% de recursos del componente de salud pública para gastos administrativos.

Alineación de incentivos

En el manejo descentralizado del sistema de salud, se encuentra un problema de principal-agente en dónde los intereses de las entidades territoriales no siempre están alineados con los de la Nación. El problema de agencia, como se conoce en la literatura económica, ocurre cuando existen asimetrías de información y los agentes -que están motivados para actuar en su propio interés- tienen objetivos diferentes a los del principal.

En la literatura se encuentran diversos ejemplos del problema de agencia en la ejecución de recursos del SGP en el sector Salud. En primera instancia, el MHCP (2015), expone el caso de un conflicto de intereses en el equilibrio de recursos del régimen subsidiado y aquellos destinados al PPNA. El documento expresa que, debido a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado, se han observado incentivos perversos para afiliar la PPNA al régimen subsidiado, ya que "una vez se asegure la población potencial los recursos disponibles para su atención se asignan a los subsidios a la demanda y las entidades territoriales reciben menos recursos SGP por prestación de servicios" (MHCP, 2015 p. 11). El informe de la Contraloría advierte igualmente que alrededor del 70% de los recursos del componente de oferta se destinaron a la prestación de servicios a la PPNA y el costo promedio de esta atención fue 3.5 veces mayor que si hubiesen estado afiliadas al Régimen Subsidiado.

Los intereses políticos también presentan un problema de agencia. Por ejemplo, el informe de la Contraloría encuentra evidencia de corrupción en la selección de gerentes de hospitales debido a que estos son nombrados por alcaldes o gobernadores. Estas selecciones generan conflicto de intereses por parte de los departamentos para ejercer sus funciones de supervisión e interventoría en la contratación de hospitales y clínicas; como tal, los casos de corrupción representan una ineficiencia para el gasto adecuado de los recursos del SGP.

Cabe resaltar que la alineación de incentivos entre las entidades territoriales y la Nación es un problema estructural que trasciende el sector Salud. Este obstáculo necesita una reforma institucional que solucione simultáneamente las asimetrías de información y alivie los obstáculos a los mecanismos de monitoreo y seguimiento a la ejecución de recursos en los territorios.

Diferencias conceptuales para el cálculo de la UPC

Mediante las mesas operativas y con el aporte de la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS, se identificó que las diferencias conceptuales para calcular la UPC pueden presentar un reto en el financiamiento del Régimen Subsidiado. Estas diferencias radican en la manera que el MHCP y MSPS realizan los cálculos para estimar el incremento de la UPC y acuerdan el ajuste del espacio fiscal; e influyen en la toma de decisiones de las diferentes entidades del Gobierno Nacional. El principal problema proviene de las diferencias demográficas para calcular la UPC promedio del país y las participaciones de cada

grupo demográfico. Mientras el MSPS indica que las poblaciones son más viejas (y por lo tanto más costosas) el MHCP afirma lo contrario. Este desbalance conceptual implica que hay un déficit en los cálculos de la UPC que hay que distribuir a cada municipio según las poblaciones y las edades.

En el momento de realizar las proyecciones de gasto se hace una estimación del espacio fiscal con un promedio histórico de los incrementos del UPC de los últimos; en el momento en que los supuestos difieren de la realidad, se impacta la sostenibilidad y el flujo de recursos. El MSPS expresa dificultades a la hora de cubrir las diferencias, cerrar la brecha de recursos y entrar en las negociaciones para el aumento de presupuesto en el año vigente.

Recomendaciones

A través de mesas operativas con los diferentes actores del sector salud y una revisión de literatura del SGP en Colombia, el presente documento propone una serie de recomendaciones para futuros estudios enmarcados en el proceso de revisión del gasto y para potenciales reformas del sistema de transferencias. Se enfatiza la necesidad de realizar un estudio posterior que profundice la revisión de gasto del SGP y que encuentre evidencia de las dinámicas y los contextos territoriales que generan las ineficiencias discutidas en la sección anterior.

La Tabla 24 recopila parte de las discusiones que surgieron en la mesa operativa con el MSPS y en DNP. Es necesario mencionar que aunque se invitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público a esta reunión, no pudo enviar a algún representante, aunque una de las fuentes usadas para la discusión fue un documento de esta entidad. Estos temas surgen de las ineficiencias discutidas en el capítulo anterior y se concentran en temas específicos al Régimen Subsidiado, Salud Pública y otros temas relevantes a la ejecución del gasto del SGP. De aquí se resalta una necesidad de mejorar la comunicación entre las diferentes entidades nacionales en la planeación del gasto, para tener claridad sobre las definiciones, las proyecciones de gasto y la percepción sobre el sector salud. De igual manera, se enfatiza que un estudio del SGP debe tener presente los problemas de dispersión y ruralidad del territorio colombiano, así como los criterios de distribución de SGP en salud pública según las características epidemiológicas, como por ejemplo el dengue, malaria y enfermedades crónicas.

Las futuras etapas de revisión de gasto del SGP deben considerar tres dimensiones de eficiencia a saber, i) la eficiencia en la asignación de recursos, ii) la eficiencia en la administración de los recursos en las entidades territoriales y iii) eficiencias en la provisión del servicio de salud. Enfrentar los desafíos aquí presentados posiblemente requiera un proceso de rediseño del SGP a mediano plazo, en donde se reevalúe la distribución de las transferencias para el sector salud y la asignación de competencias de los entes territoriales, y se mejoren los mecanismos de reporte de información para contar con más claridad y transparencia en la manera en que se están administrando los recursos por parte de los gobiernos municipales y departamentales.

Tabla 24. Resumen Discusiones Mesa Operativa SGP

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
Aseguramiento Régimen Subsidiado	Población pobre no asegurada	Coordinación institucional, normatividad	1) Existen incentivos económicos a tener población pobre no afiliada en las entidades territoriales 2) Hay una población pobre que no está afiliada al sistema y esto conlleva una asignación de recursos 3) Los municipios no han querido llegar a las coberturas universales y en ese sentido han dejado un espacio al PPNA para manejar esos recursos	Cuando se hizo la reforma se suponía que la población pobre no asegurada iba a llegar a cero, se tenían dos supuestos, que con la modernización la red pública iba a ser autosuficiente para adquirir todos los recursos vía venta de servicios y que se iba a hacer el ajuste de costos para llegar a ese equilibrio	No es claro si corresponden a PPNA. Los subsidios se les está dando a una población y supuestamente pobre y como son dos regímenes distintos con dos criterios se supone que no entran acá, es un problema de diseño, no son complementarios, hay una parte de la población que se queda por fuera, esa es la realidad, definirlos como complemento implica hacer un costeo de la plata que hace falta, porque es objetivarlos como población objetivo del aseguramiento y obre una herramienta de un subsidio parcial que no se ha definido y no se ha buscado financiamiento.
				Existía el temor de que los hospitales públicos dejarían crecer sus deudas patronales y se pensaba que los cálculos eran todos per cápita y que no había costos laborales. Se le distribuye per cápita a la entidad territorial y le dejan unos beneficios para costos y se puede interpretar que así se quiera llegar a cero no se puede llegar porque se tienen unos costos.	Se han quedado cortos con las definiciones; en un esquema de aseguramiento universal los avances para la población pobre no afiliada es marginal, pero si se tiene una población no pobre no afiliada y está ausente de la política, esto se tiene que definir, algo se tiene que hacer. Si en diferentes análisis de bases de datos se detecta que hay una población que flota, que está en el mercado y que después sale, que no se está capturando con la

[8] La fuente principal para la discusión fue: Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2015) El sector salud en las entidades territoriales y las propuestas de ajuste a la ley de transferencias.

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
					herramienta de focalización, la pregunta que el gobierno se debe hacer es si sí modifica esa cota de focalización y esto a la larga implica que se necesiten más recursos en el financiamiento.
				Los costos pasan por dos sistemas que se pueden implementar, uno es que se ha reconocido que hay entidades públicas que operan donde solo lo público quiere operar, y que mantener el servicio de urgencias 24 horas tiene un costo y estos costos pueden estar reflejados como un costo de operación. Una interpretación (MHCP) es que hay un incentivo, que esto no llega a cero porque hay un costo que se debe mantener, eso puede ser cierto o no, eso es muy relativo, porque el Ministerio de Salud lo que ha mirado es que no es que se esté reconociendo este costo sino que es un peso más a las ESES, hoy se le podría estar dando como subsidio a patronales pero después se podría dar como subsidio a oferta, es un subsidio para mantener esta oferta porque ahí no hay un mercado perfecto no es una operación donde van a ser eficientes. Se puede ver más como un subsidio a oferta.	
				Para la entidad territorial es difícil saber si es un problema de incentivos o un	

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
				problema estructural. Para MSPS, no es un incentivo sino se considera que los cambios no es solamente consignarlos en la ley, el problema es más estructural, como en este caso, que hay una red pública que tiene unos costos y que necesita un ingreso que no va a recibir por venta de servicios así operara con alta eficiencia	
				Hay un porcentaje de hospitales que requieren ese recurso y no operan en eficiencia y para que lo hagan falta mucho que hacer.	
				Es un tema que es estructural, no de incentivos, finalmente el alcalde tiene que lidiar con el ámbito político, hay una condición estructural que no opera, no se está garantizando que cada peso que se manda por aseguramiento se va a recuperar por renta del servicio, no funciona así porque el flujo de recursos del sistema tiene una rotación de 180 días y esto tiene unas implicaciones para el sector.	
				Se tiene una población que no es pobre que demanda servicios de salud, este no es un incentivo es una realidad de la descentralización que es una parte del todo el sistema y no se puede aislar este tema	
	Liquidación contratos	Gestión	Hay contratos que no se han	Se habilitaron muchos recursos en el decreto 1608 de 2013 para cubrir estas	Es necesario seguir haciendo seguimiento a los saldos.

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
			liquidado y hay recursos que aún están en las cuentas maestras. Se incurre en una gran cantidad de gastos significativos por el tema de gestión	liquidaciones de los regímenes subsidiados y esto se ha venido saneando bastante ya no es de una magnitud tan importante, y en la medida en que se le sustrajo esa labor a los municipios, es un tema que estaría resuelto.	
				En la liquidación del contratos el ministerio expidió los decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 para liquidar los contratos de aseguramiento y al día de hoy (abril 24 de 2017) hay entidades territoriales que no han efectuado la liquidación de los contratos de aseguramiento y esto queda en manos de la súper intendencia de salud; el ministerio ya hizo el procesamiento de tal forma que tengan descuentos de SGP para pagar las deudas y hacer la restitución de la operación. Hoy en día se ha avanzado en el 80% del pago de la deuda reconocida en el marco de los citados decretos 1080 y 058. Ahora se deben 70 mil millones de los 350 mil millones reconocidos en el marco del procedimiento.	
	Cálculo UPC-Flujo de recursos	Coordinación institucional	Diferencias conceptuales para calcular la UPC, y las transferencias para cubrir el plan de aseguramiento	Es más un tema de consistencia en términos de definir la UPC y las fuentes de financiamiento. Existen diferencias conceptuales para estimar el incremento de la UPC en la toma de decisiones de las diferentes entidades del gobierno nacional,	Más que un problema del sistema, es cómo actúan los actores que definen política que afecta el sector de gastos.

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
				mientras MSPS hace un ejercicio actuarial que empieza identificando las deficiencias, MHCP proyecta el espacio fiscal con una media de los incrementos de los últimos 9 años	
			Atemporalización entre la definición de la UPC y la preparación del PGN	Cuando MHCP hace su proyección de gastos, desde junio (cuando se hace la propuesta del espacio fiscal) está contemplando unos supuestos y estos supuestos se terminan de definir en ese segundo semestre y sí hay una diferencia que tiene efectos sobre la sostenibilidad y la disponibilidad, y flujo de recursos.	Es necesario establecer cómo aborda MHCP esta situación. Un estudio cualitativo interesante es ver como cada una de las dependencias (presupuesto y las otras direcciones) de MHCP ven al sector salud y sus necesidades de gasto, las percepciones deben ser distintas y esto se ve en la discusión que tienen con MSPS.
				En términos de gasto si es una decisión distinta, el ajuste del espacio fiscal en junio cambió independientemente de la reunión que se tuvo para la definición de la UPC. Es un problema de flujo de recursos, las implicaciones que tiene para MSPS cubrir la diferencia y determinar cómo se cierra. MHCP afirma que va a cerrar con excedentes de FONPEP, para MSPS sí genera una implicación y es que se tiene un costo para las entidades y aunque MHCP maneja una agenda macro, hay que cuadrar estos 700 mil millones que están distribuidos en 1.100 municipios para complementar.	

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
				En ese sentido hay ineficiencias. Para cuadrar la diferencia, después puede haber inequidades entre entidades territoriales y se pueden estar premiando al que no se debe; ese tipo de decisiones no pasa por el análisis, hay momentos en que lo macro se desvía de la decisión territorial; cuando está en la mesa ajustando la UPC se asume una posición y cuando está en lo macro es otra. Las decisiones del espacio fiscal son independientes a las decisiones de la UPC.	
				Hay un tema serio entre el momento en que se estiman los presupuestos al momento en que se establece el aumento. Una asunto es el incremento y otra es el cierre fiscal y a la larga si no se cerró con lo que se presupuesta en julio, hay que buscar los recursos para cerrar	
				MHCP tiene claro que no está presupuestando de forma completa y siempre hay un déficit para el año enfrente y es un espacio de negociación, este problema se agudizó cuando se perdieron los parafiscales y desde que el cierre cada vez es más grande a ser cubierto con recursos fiscales.	
				Hace tres (3) años hay un déficit muy fuerte, 2015, 2016 y 2017 hay faltantes siempre han faltado recursos, la UPC no da	

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
				y a día de hoy tenemos un déficit, este año hacen falta 500 mil además de la adición.	
				Hay un faltante porque en otras cuentas quedan recursos (promoción y prevención) pero con ese cruce de cuenta hacen falta; no se puede trabajar con un balance fiscal cero, y es grave que al final del año no tengan recursos ni para financiar el régimen contributivo que debe ser auto sostenible, se esté en el límite y hay un déficit en el sistema.	
Salud Pública	Contratación actividades salud pública	Normatividad, Gestión	Existe una debilidad importante de las ET para identificar las necesidades en salud pública	Ahora eso ya no es un problema, porque las secretarías de salud ya tienen herramientas para identificar esos problemas de salud pública. El problema es que no hay claridad para contratar actividades de salud pública con recursos de SGP.	Antes de hablar sobre eficiencias de la asignación, se debería tener la claridad y la facilidad que hay para ejecutar los recursos de salud pública.
			No se contrata con los servicios con Instituciones Pública en Salud	Se considera que hay hospitales públicos que no tienen la capacidad para ejecutar las actividades en salud pública.	
	Criterios de distribución	Normatividad		No se han modificado los criterios de distribución para salud pública	Hay que tener en cuenta criterios de distribución de SGP en salud pública según las características epidemiológicas (por ejemplo enfermedades crónicas)
Otros	Fondos departa-mentales	Gestión	Hay recursos disponibles en los fondos	Se observan unos gastos de NO POS pero no se saben si son certeros o no, si son auditados o no, hay es una incertidumbre,	Hay que analizar cómo fue el gasto, que fue lo que pasó, la velocidad del gasto la operación del NO POS, e identificar qué es lo ineficiente o no

Componente SGP	Tema	Clasificación Problema	Problemas identificados en estudios previos[8]	Problemas identificados/discutidos en la mesa técnica	Recomendaciones mesa técnica
				la ineficiencia que hay ahí puede partir de la administración y la gestión.	
Otros	Cuentas maestras	Gestión	Hay superávit en varias cuentas maestras. Según el estudio del MHCP, el saldo a junio de 201 era 1.4 billones en régimen subsidiado y 0.82 billones en las de prestación de servicios.	Hay que tener cuidado cuando se analizan las cuentas maestras, se observa el saldo y puede que ya esté comprometido y ya esté gastado. Además, hay una diferencia conceptual entre lo que es el superávit y lo que es lo no ejecutado, una cosa es tener una apropiación y no gastársela y otra es tener una situación superavitaria, se puede no gastar una plata y estar en déficit.	Hay que hacer un análisis de ingresos y gastos de las cuentas, descontar lo que se tenía en saldos anteriores y hacer un ejercicio un poco más juicioso
Otros	Competencias del municipio	Capacidad institucional, Normatividad	Los entes territoriales carecen de capacidades para administrar las bases de datos, hacer interventoría, administrar eficientemente los recursos de aseguramiento	Hay tareas que les asignan a los municipios, pero a veces no tienen como hacerlo.	Hay que considerar ahora en el análisis, sobre el rol del municipio en el sistema de salud, saber qué se espera de los municipios. Es necesario profundizar hasta qué punto queremos que los municipios sigan atendiendo la atención de la salud.
Otros	Zonas dispersas, ruralidad	Normatividad		Ha habido dificultades para la evaluación del piloto en Guainía.	Es necesario definir el subsidio de oferta para zonas dispersas y profundizar más en el tema de aportes patronales.









UNIÓN EUROPEA

Por último, es fundamental tener en cuenta que la metodología de revisión del gasto planteada por el Banco Mundial no es lo suficientemente útil para aproximarse a la eficiencia y los ahorros en un sector con tantos actores (más de 1,000 hospitales públicos y aproximadamente 20,000 IPS privadas de tamaños muy diferenciados; aproximadamente 40 EPS y más de 1100 entidades territoriales entre municipios y departamentos ejecutando recursos del sistema) que hacen contratos entre sí. Una metodología más adecuada se presenta en CNC (2009); esto implica unos operativos de campo para hacer seguimiento desde el giro del gobierno central hasta el usuario final, lo cual obviamente está por fuera del alcance de este estudio.