

**Documento**

**CONPES 3976**

**CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y  
SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**CONCEPTO FAVORABLE A LA NACIÓN PARA CONTRATAR  
EMPRÉSTITOS EXTERNOS CON LA BANCA MULTILATERAL HASTA POR  
USD 300 MILLONES, O SU EQUIVALENTE EN OTRAS MONEDAS,  
DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO PARCIAL DE APROPIACIONES  
PRESUPUESTALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,  
EN RECONOCIMIENTO A RESULTADOS QUE SE ALCANCEN EN  
EFICIENCIA DEL GASTO Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD,  
"PROGRAMA PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE  
SALUD EN COLOMBIA CON ENFOQUE INCLUSIVO"**

Departamento Nacional de Planeación  
Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Salud y Protección Social

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 02 de diciembre de 2019**

## CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

**Iván Duque Márquez**  
Presidente de la República

**Marta Lucía Ramírez Blanco**  
Vicepresidenta de la República

**Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda<sup>1</sup>**  
Ministra del Interior

**Claudia Blum Capurro de Barbieri<sup>1</sup>**  
Ministra de Relaciones Exteriores

**Alberto Carrasquilla Barrera**  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

**Margarita Cabello Blanco**  
Ministra de Justicia y del Derecho

**Carlos Holmes Trujillo García**  
Ministro de Defensa Nacional

**Andrés Valencia Pinzón<sup>1</sup>**  
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

**Juan Pablo Uribe Restrepo**  
Ministro de Salud y Protección Social

**Alicia Victoria Arango Olmos**  
Ministra de Trabajo

**María Fernanda Suárez Londoño**  
Ministra de Minas y Energía

**José Manuel Restrepo Abondano**  
Ministro de Comercio, Industria y Turismo

**María Victoria Angulo González**  
Ministra de Educación Nacional

**Ricardo José Lozano Picón**  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible

**Jonathan Tybalt Malagón González**  
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio

**Sylvia Cristina Constaín Rengifo**  
Ministra de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

**Ángela María Orozco Gómez**  
Ministra de Transporte

**Carmen Inés Vásquez Camacho**  
Ministra de Cultura

**Ernesto Lucena Barrero**  
Ministro del Deporte

**Luis Alberto Rodríguez Ospino**  
Director General del Departamento Nacional de Planeación

**Daniel Gómez Gaviria**  
Subdirector General Sectorial

**Amparo García Montaña**  
Subdirector General Territorial

---

<sup>1</sup> Estos miembros del CONPES no participaron en la sesión de aprobación del presente documento CONPES.

## **Resumen ejecutivo**

Para poder responder a los retos coyunturales y estructurales relacionados con la calidad en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto del respectivo sector, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) el concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo".

Con esto, se busca utilizar un instrumento de crédito con la banca multilateral, el cual está basado en resultados. Esto, contando con la asistencia y acompañamiento técnico que tienen estos organismos financieros, permitirá focalizar los esfuerzos gubernamentales en el cumplimiento de indicadores claves para el logro de los retos anteriormente mencionados, toda vez que el mecanismo de desembolso está sujeto al cumplimiento de metas específicas asociadas a la calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto. Vale la pena aclarar que el porcentaje del rubro presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social para aseguramiento que será financiado con los créditos externos que se sustentan en este documento, representará cerca del 6 % del total del rubro. Así mismo, es importante destacar que su ejecución se realizará de la misma forma en la que se ejecutará el resto del rubro presupuestal, a través de la bolsa de recursos de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), razón por la cual los créditos a contratar no estarían asociados al financiamiento de componentes o actividades específicas.

De esta forma, para verificar el cumplimiento de los resultados en el componente de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, se hará seguimiento a los siguientes indicadores: (i) mejoramiento en la regulación para la certificación y acreditación de centros de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y hospitales de primer nivel; (ii) aumento en la meta de detección de cáncer de mama en fase temprana; y (iii) mejoramiento de la coordinación entre el Gobierno nacional, las entidades territoriales, las EPS y los prestadores de servicios para potenciar las acciones de promoción y prevención en el territorio nacional, en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

Paralelamente, en relación con la eficiencia del gasto, el esquema propuesto condicionará el resto del desembolso de los recursos de funcionamiento al cumplimiento de los siguientes indicadores: (i) la implementación de un esquema de valores máximos de reconocimiento, que permita ceder el riesgo del Gobierno nacional a las EPS por

desviaciones en el pago de tecnologías no financiadas con la UPC, (ii) la implementación de nuevas metodologías para regulación de precios de medicamentos y (iii) el aseguramiento de la población migrante proveniente de Venezuela al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

**Clasificación:** I10.

**Palabras clave:** salud, Unidad de Pago por Capitación (UPC), préstamo, banca multilateral, eficiencia, sostenibilidad financiera, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), techos presupuestales, valores máximos de recobro, migrantes.

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Programación estimada de desembolsos, 2020-2022 (USD) .....	36
--	----

## **SIGLAS Y ABREVIACIONES**

ACB	Análisis de Costo Beneficio
Adres	Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CTC	Comités técnico-científicos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Entidades Promotoras de Salud
IPS	Instituto Prestador de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
Maite	Modelo de Acción Integral Territorial
Mipres	Mi Prescripción de Tecnologías en Salud
MOP	Manual Operativo del Proyecto
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
RC	Régimen contributivo
RS	Régimen subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VMR	Valores máximos de recobro
VPN	Valor Presente Neto

## 1. INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) ha tenido, en los últimos años, avances importantes en materia de cobertura, equidad y protección financiera. Dentro de estos avances se destacan: (i) la cobertura en el aseguramiento en más del 96 % de la población, (ii) la reducción significativa de la inequidad en el sistema por situaciones tales como, el goce del mismo plan de beneficios para la población afiliada al régimen subsidiado y al régimen contributivo, y (iii) un gasto de bolsillo de los hogares colombianos que alcanza el 16,3 % del gasto total en salud<sup>2</sup>, inferior al promedio latinoamericano y comparable con el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Sin embargo, aún persisten retos estructurales de gran magnitud, sobre todo en materia de sostenibilidad financiera y de calidad en la prestación de servicios, así como algunos retos coyunturales, de sostenibilidad financiera, derivados de la significativa migración desde Venezuela a nuestro país en los últimos años.

Para poder responder a los retos coyunturales y estructurales relacionados con calidad en la prestación del servicio de salud y eficiencia en el gasto del respectivo sector, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) el concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo".

Las operaciones de crédito se desarrollarán a través de un programa de desembolsos contra resultados, por primera vez utilizado en Colombia con la banca multilateral. Es importante mencionar que los recursos del crédito no van a ser utilizados para financiar actividades específicas, en especial, no se utilizarán para financiar las actividades que se describen en la sección de componentes del presente documento. Por el contrario, estos recursos entran al rubro de funcionamiento general del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en una proporción cercana al 6 %, y serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto total en salud que es asumido por los usuarios. Entre más bajo sea este indicador, en promedio, menor es la carga financiera de los hogares ante un evento de enfermedad y, consecuentemente, menor es la probabilidad de quiebra.

<sup>3</sup> Estos recursos son ejecutados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) Este rubro cuenta con unidad de caja.

La manera en que está estructurada una operación de desembolsos contra resultados permite obtener impactos positivos para el apoyo en la implementación de programas gubernamentales, en este caso del sector salud. Esto, debido a que los recursos desembolsados sirven como reconocimiento a resultados definidos, asociados a la calidad en la prestación de servicios de salud y a la eficiencia en el gasto. De esta manera, los recursos se irán desembolsando en la medida en que el sector cumpla con las metas definidas por indicador. Por lo tanto, las actividades incluidas en la sección de componentes representan hitos cuantitativos fácilmente medibles y verificables asociados directamente al cumplimiento de las metas definidas.

De esta forma, para verificar el cumplimiento de los resultados en el componente de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, se hará seguimiento a los siguientes indicadores: (i) mejoramiento en la regulación para la certificación y acreditación de centros de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y hospitales de primer nivel; (ii) aumento en la meta de detección de cáncer de mama en fase temprana, y (iii) mejoramiento de la coordinación entre el Gobierno nacional, las entidades territoriales, las EPS y los prestadores de servicios para potenciar las acciones de promoción y prevención en el territorio nacional mediante el uso de la herramienta de seguimiento en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

Paralelamente, en relación con la eficiencia del gasto, el esquema propuesto condicionará el resto del desembolso de los recursos al cumplimiento de los siguientes indicadores: (i) la implementación de un esquema de valores máximos de reconocimiento o valores máximos de recobro que permita ceder el riesgo del Gobierno nacional a las EPS en el pago de tecnologías no financiadas con la UPC, (ii) la implementación de nuevas metodologías para regulación de precios de medicamentos y (iii) el aseguramiento de la población migrante proveniente de Venezuela al SGSSS.

Este documento se compone de cinco secciones, incluida esta introducción. En la segunda sección se describen los antecedentes del SGSSS colombiano y se presenta el balance de créditos externos anteriores para el sector. En la tercera sección, se presentan tanto la justificación técnica de la escogencia de los indicadores líderes de desembolso como la justificación económica de los beneficios económicos generados por estos indicadores, utilizando distintos tipos de escenarios para su evaluación. En la cuarta sección se describe formalmente el programa de crédito estructurado. Finalmente, en la quinta sección, se presentan las recomendaciones al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).



## 2. ANTECEDENTES

La presente sección presenta el balance del SGSSS, sus retos coyunturales y estructurales, y la pertinencia de operaciones crediticias para el sector. En particular, se aborda el impacto en la sostenibilidad del sistema de la migración desde Venezuela al territorio nacional y la estructuración de las políticas económicas para el mejoramiento de los problemas estructurales del sector salud (enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo [PND] 2018-2022 *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*).

### 2.1. Balance del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con la adopción de la Ley 100 en 1993<sup>4</sup>, Colombia se embarcó en la construcción de un SGSSS basado en el aseguramiento, el cual ha sido complementado con diversas reformas que lo han consolidado a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de los colombianos y la provisión de un plan de beneficios en salud universal e implícito (con una lista de tecnologías excluidas de financiamiento). Dentro de las reformas al SGSSS, se destacan la Ley 1122 de 2007<sup>5</sup>, la Ley 1438 de 2011<sup>6</sup>, la Ley 1751 de 2015<sup>7</sup>, la Ley 1753 de 2015<sup>8</sup>, la Ley 1797 de 2016<sup>9</sup>, la Ley 1955 de 2019<sup>10</sup> y la Ley 1966 de 2019<sup>11</sup>. No obstante, tras 26 años, el sistema presenta aún retos en materia de eficiencia en el uso de recursos y calidad en la provisión de servicios que inciden directamente sobre su sostenibilidad financiera.

El SGSSS se enmarca en una arquitectura institucional, fruto de estas reformas, que ha derivado en la obligatoriedad de afiliación de todos los habitantes por parte de las entidades territoriales; la instauración de una entidad que administra un fondo único para el recaudo de las contribuciones e impuestos que financian el sistema (la Administradora de Recursos del SGSSS [Adres]), y la libre escogencia de EPS por parte de los afiliados, con el fin de

---

<sup>4</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>5</sup> Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>6</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>7</sup> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>8</sup> Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

<sup>9</sup> Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>10</sup> Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".

<sup>11</sup> Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

estimular la competencia, así como la prestación de servicios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En todo caso se trata de un sistema donde la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y las acciones de salud pública se delegan localmente, mientras que, la dirección, financiación y regulación fueron retenidas y fortalecidas centralmente, a través de la creación de nuevas instituciones. Es así como el aseguramiento en salud es gestionado por las EPS en dos regímenes principales, el subsidiado (RS) y el contributivo (RC), cada uno con aproximadamente 22,5 millones de afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Los que contribuyen (con impuestos y cotizaciones) hacen sus aportes en función de sus ingresos rentísticos y laborales, y subsidian al RS. Las demás fuentes de financiamiento incluyen ingresos generales, transferencias y recursos de entidades territoriales, entre otras. Los afiliados tienen derecho a un Plan de Beneficios en Salud (PBS) garantizado por las EPS, que reciben una prima por beneficiario denominada la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y por servicios y tecnologías no financiadas por la UPC ordenados por el médico tratante a través de una plataforma electrónica en línea llamada Mi Prescripción de Tecnologías en Salud (Mipres). La Adres es la entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, encargada tanto de administrar los recursos, como de transferirlos a las EPS, y pagar a las EPS del RC los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.

El sector salud ha contado con varios créditos con resultado exitoso, principalmente, para el desarrollo de políticas públicas, tales como, la reforma al sistema de salud. El Gobierno nacional ha ejecutado varias operaciones de crédito externo de libre destinación y apoyo presupuestario con la banca de desarrollo internacional, dentro de las cuales se destacan el préstamo que apoyó la reforma del SGSSS financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD) suscrito en el 2013.

La primera de las mencionadas operaciones fue solicitada por un monto de USD 250.000.000. El objetivo de la operación fue apoyar el diseño y la implementación de la reforma del sistema, como instrumento para generar una continua mejora de los resultados en salud, protección financiera para los usuarios y sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. La operación tuvo como propósito impulsar la introducción de reformas que fortalecieran el sistema de salud, con el establecimiento de un modelo de prestación de servicios que buscó mejorar los resultados en salud, a partir de la gestión del riesgo de enfermedades por intermedio de la prevención, el acceso equitativo a los servicios de calidad, la eficiencia en la administración de los recursos, el uso racional y equitativo de tecnologías sanitarias y un mayor grado de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) en el sector salud.

La segunda operación, también bajo la modalidad de libre destinación y apoyo presupuestario, se tramitó por un monto de USD 400.000.000 y propuso el fortalecimiento del SGSSS mediante la reorganización de la prestación de los servicios de salud y la introducción de incentivos al logro de resultados en salud, con énfasis en la prevención. Además, se buscó promover eficiencia y equidad en el recaudo y administración de los recursos de salud, así como la racionalización del uso de tecnologías sanitarias; y finalmente, el fortalecimiento de las funciones de IVC en el SGSSS.

En este sentido, con el acompañamiento de los organismos financieros internacionales, el SGSSS ha tenido importantes avances en los últimos años en materia de cobertura, equidad, protección financiera y reducción de pobreza. La cobertura en el aseguramiento se encuentra garantizada en más del 96 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) y, desde el 2011, ambos regímenes cuentan con el mismo PBS. Adicionalmente, toda la población ha gozado de un aumento de beneficios ya que, entre el 2012 y el 2017, más de 500 servicios han ingresado al PBS. Lo anterior está acompañado de un gasto de bolsillo bajo (16,3 %), inferior al promedio latinoamericano (31,3 %) y cercano al promedio de países de OCDE (13,8 %) (Banco Mundial, 2019). Finalmente, de los 12,6 puntos porcentuales (p.p) de la reducción de la pobreza multidimensional entre 2010 y 2016, 4 p.p. son atribuibles a mejoras en el acceso a servicios de salud de la población (Departamento Administrativo Nacional de Estadística , 2019).

Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados, el SGSSS enfrenta retos importantes tanto estructurales como coyunturales. Dentro del primer grupo se encuentra la mejora integral de la gestión financiera y de riesgos de los recursos de salud entregados al sistema por todos los colombianos y la mejora en la calidad en la prestación de los servicios de salud.

#### **2.1.1. Impacto en la sostenibilidad del sistema de la migración venezolana a territorio nacional**

El Gobierno de Colombia es consciente del desafío coyuntural que la migración desde Venezuela representa para la sostenibilidad del SGSSS. Según datos de Migración Colombia (2018), al 30 de septiembre de 2018, Colombia contaba con aproximadamente 1.032.016 migrantes regulares e irregulares desde Venezuela residiendo en su territorio. Esta población ha ingresado al país, empujada por la compleja coyuntura económica, política y social del vecino país. La anterior coyuntura ha generado una presión sin precedentes sobre el gasto en salud colombiano, debido al incremento de las atenciones en salud (*i.e.* urgencias, consulta externa y hospitalización) a población migrante desde Venezuela en los últimos años; no obstante, su impacto sobre la suficiencia de la oferta de servicios de salud y la capacidad instalada de la red pública se desconoce. Por esta razón, se hace necesario

determinar las necesidades adicionales de oferta en toda la red pública del país para la atención de esta población.

En Colombia el acceso a los servicios en salud puede brindarse por dos vías: (i) mediante el aseguramiento al régimen contributivo o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), o (ii) mediante la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta. En este punto es importante anotar que los costos de la atención en salud son inferiores cuando se accede vía aseguramiento que cuando se accede vía prestación de servicios. Lo anterior es consecuencia de que en el esquema de aseguramiento se distribuye el riesgo de salud entre un grupo de afiliados; mientras que, en el esquema de acceso a los servicios por evento se tiene que asumir individualmente el costo de cada atención sin la solidaridad del seguro. Es así como, para el año 2018, el valor anual de gasto *per cápita* en el RS corresponde a 830.523 pesos, mientras que, el costo promedio de las atenciones más frecuentes realizadas a la población migrante desde Venezuela, en una sola atención por evento, es superior a un millón de pesos.

Para resolver esta situación, con el Documento CONPES 3950 *Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*<sup>12</sup>, el Gobierno nacional planteó dos acciones principales para disminuir la atención del gasto en salud: (i) aumentar su afiliación al sistema de salud y (ii) generar rutas de atención vía oferta para la población migrante no afiliada. La primera acción es particularmente importante cuando se presentan enfermedades crónicas o de alto costo que requieren garantizar frecuencia e integralidad en las atenciones. Para esto será necesario asegurar asistencia técnica a entidades territoriales en la ruta de aseguramiento, de tal forma que se agilicen los procesos de afiliación de las personas migrantes. La segunda acción organiza la prestación de servicios de salud, a través de planes temporales de promoción y mantenimiento para la población migrante vulnerable que no es posible afiliar en el corto plazo.

### **2.1.2. Políticas estructurales de salud consagradas en el PND 2018-2022**

El Gobierno nacional es consciente también de las debilidades estructurales del SGSSS y ha diseñado una ruta para abordar los problemas mencionados. La triple meta establecida para el sector salud en el PND 2018-2022<sup>13</sup>, busca simultáneamente mejorar el estado de salud de la población, garantizar altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, así como optimizar los recursos disponibles. Para el cumplimiento de estos propósitos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado estrategias en pro de

---

<sup>12</sup> Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>.

<sup>13</sup> Definida en el *Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados* en el capítulo de *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*.

inculcar mejoras en calidad y eficiencia en el uso de recursos por parte de los integrantes del sistema. Por un lado, la calidad se deriva de una experiencia de salud digna y respetuosa para los usuarios del sistema y, por otro lado, la eficiencia se traduce en un compromiso de actuar permanentemente bajo criterios de responsabilidad financiera, para que conjuntamente se logre mejorar el estado de salud de las comunidades.

El propósito de estas políticas es continuar con la implementación de reformas que han mejorado al SGSSS, protegiendo los avances que se han alcanzado y enfrentando los desafíos que se encuentran pendientes por superar. En particular, el PND 2018-2022 define claramente dos líneas que impactan la calidad en la prestación del servicio: (i) los incentivos a la gestión de calidad para aseguradores del sistema, y (ii) la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). Con relación al primer punto, en el marco de la promoción de la calidad en los procesos de los integrantes del SGSSS, se destaca la implementación artículo 241 de la ley del PND. Mediante este artículo se busca generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud. Para esto, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará, entre otros, la ampliación del ajuste de riesgo *ex post* en la UPC para patologías como cáncer, de acuerdo con la gestión del asegurador en la detección temprana y el tratamiento efectivo de estas enfermedades.

Paralelamente, para mejorar la eficiencia del sistema, el Gobierno ha apostado a la implementación de un Modelo de Acción Integral Territorial (Maite), definido en la Resolución 2626 de 2019<sup>14</sup>, que busca mejorar la gobernanza de la salud en el ámbito local. El Maite se define como un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales (entre Gobierno nacional, entidades territoriales, EPS y hospitales) y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. Las líneas de salud pública y prestación de servicios tienen un especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios básicos de salud promocionales y preventivos en el territorio, basados en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, establecidas en la Resolución 3280 de 2018<sup>15</sup>. Estas rutas definen las intervenciones poblacionales, que inciden en determinantes

---

<sup>14</sup> Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

<sup>15</sup> Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

sociales y ambientales; intervenciones colectivas, de acuerdo con el contexto (hogar, comunitario, laboral, educativo e institucional), y las atenciones individuales, de acuerdo con el ciclo de vida (*i.e.* primera infancia, niñez, adolescencia, jóvenes adultos, adultos y personas de la tercera edad).

Como complemento a la implementación de políticas de calidad en la prestación, el PND 2018-2022 define claramente una serie de políticas que impactan la eficiencia en el gasto en salud, las cuales están contenidas en el acuerdo de punto final y la regulación de medicamentos en puerta de entrada. Con relación a la primera política planteada, el Gobierno nacional plantea asegurar la sostenibilidad financiera del SGSSS implementando un proceso de saneamiento definitivo de las deudas entre actores por concepto de los servicios y tecnologías en salud, no financiados con la UPC. Esto involucra la aclaración y depuración de las cuentas por medio de una auditoría y el correspondiente pago, con títulos de deuda pública y recursos del servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación en el RC, y con posible cofinanciamiento entre las entidades territoriales y la Nación en el RS. En estos acuerdos de punto final, se suscriben contratos en los que se reconoce el resultado de la auditoría y se desiste de los recobros por procesos judiciales y medidas administrativas. La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) deberá verificar que las EPS e IPS reflejen los procesos de conciliación de cuentas acumuladas en sus balances y estados financieros y se sustentan en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019<sup>16</sup>.

Hacia el futuro, las medidas de sostenibilidad, establecidas en el PND, apuntan a la adopción de nuevos mecanismos para hacer más eficiente la gestión en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC. De esta forma, se prevé en el artículo 231, que la Adres asuma, de las entidades territoriales, la competencia de la financiación, verificación, control y pago de las prestaciones no UPC del RS, a partir del 1 de enero de 2020. Esta centralización de la gestión en una entidad especializada del Gobierno permitirá la aplicación de criterios de igualdad entre los dos regímenes, y un avance en la equidad y la celeridad de pagos. Otros elementos de la estrategia incluyen la mejora de la generación de información de referencia a través del fortalecimiento Mipres; el desarrollo de herramientas de monitoreo de precios de dispositivos y procedimientos, como se ha hecho para medicamentos; el apoyo a los jueces que evalúan las tutelas en la consecución de evidencias científicas; la implementación de la compra centralizada de

---

<sup>16</sup> Artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, Sostenibilidad Financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, Saneamiento financiero del Sector Salud en las Entidades Territoriales.

medicamentos y refuerzo de la política farmacéutica nacional; la adopción de la regulación de tecnologías, y la promoción del manejo eficiente de las enfermedades huérfanas y los servicios conexos a la atención en salud<sup>17</sup>.

Así mismo, en el artículo 240 del PND 2018-2022 se establece una política de gran potencial para modular el crecimiento de gastos asociados a los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC: la formulación e instauración de techos presupuestales y valores máximos de recobro (VMR). Para la aplicación de la metodología de VMR, establecida en la Resolución 243 de 2019<sup>18</sup>, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá ampliar la reglamentación a grupos de medicamentos adicionales a los 50 ya incorporados. Esto propiciaría la reducción de la dispersión en los valores recompensados para una misma tecnología a distintos proveedores. Por otro lado, la técnica de presupuesto máximo o techo establece el procedimiento para que cada EPS gestione las prestaciones no UPC con límites presupuestales preestablecidos, con base en el gasto histórico y proyecciones de su crecimiento, así como los cálculos sobre los VMR. Entre las ventajas de este abordaje se encuentran el traslado de riesgo no UPC a las EPS.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Un préstamo de la banca multilateral basado en desembolsos por resultados le permitirá al sector salud contar con indicadores claramente medibles y comprobables relacionados con la problemática estructural descrita, al tiempo que generará incentivos adicionales dentro del Gobierno nacional y entre los actores del sistema para el mejoramiento de la mencionada problemática.

En consecuencia, el valor agregado que generará la medida propuesta estará determinado por la pertinencia que tengan los indicadores propuestos para el desembolso en la disminución de las ineficiencias en la calidad en la prestación del servicio y en el gasto en salud, así como por su facilidad de medición y comprobación. En las siguientes subsecciones se abordará el planteamiento anteriormente mencionado.

---

<sup>17</sup> En 2016, por ejemplo, se hicieron recobros por 0,2 billones de pesos para las enfermedades huérfanas y por igual monto para servicios conexos, incluyendo suplementos nutricionales y vitamínicos, alimentación, transporte, hospedaje, pañitos húmedos, pañales, servicio de cuidadores, insumos de aseo personal, filtros solares, entre otros (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2019).

<sup>18</sup> Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación.

### **3.1. Justificación técnica**

Tal como se mencionó anteriormente, el mecanismo de desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito objeto del presente documento, definen el cumplimiento de metas específicas que posibilitan el desembolso de los recursos. De esta manera, el mecanismo se basa en la identificación de indicadores de resultado específicos que den cuenta de la calidad en la prestación del servicio de salud y la gestión del gasto. A continuación, se analizan más detalladamente las dos dimensiones presentadas, con el fin de identificar un conjunto de acciones relevantes que generen un cambio importante en el sistema de salud que permitan alcanzar los resultados precisos en los ejes antes mencionados.

#### **3.1.1. Retos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud de la población**

Mejorar la calidad en la prestación del servicio de salud es el fin último del SGSSS. Por tal razón, el PND 2018-2022, en su política sectorial *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*, propone lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente. En particular, el tercer objetivo de la mencionada política sectorial *Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad* plantea un conjunto de políticas específicas para lograr tal fin. Estas políticas son las siguientes: (i) robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores; (ii) generar incentivos para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud; (iii) redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos; (iv) operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa; (v) incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones, e (vi) incentivar la investigación en salud.

El mecanismo desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito que se tramitan a través del presente documento, servirá de catalizador para impulsar tres de las mencionadas líneas de política. En primer lugar, se hará seguimiento al desarrollo de sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores. En segundo lugar, se evaluarán los resultados del sistema, a través de los resultados de una enfermedad cuya prevención y detección temprana tenga un impacto significativo en la esperanza y calidad de vida del paciente seleccionado. Finalmente, se hará seguimiento a la gestión en materia de prevención y promoción por parte de las entidades territoriales.



## **Insuficientes sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores**

El cumplimiento de los estándares adecuados de infraestructura locativa, tanto para IPS como para EPS, es de suma importancia para asegurar que los servicios de salud se presten en las condiciones de accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad, minimizando los riesgos de seguridad para el paciente.

El seguimiento realizado tanto a EPS como IPS, para la verificación del cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica; de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, evidencia el incumplimiento de estas características que consecuentemente condicionan negativamente la calidad en la prestación de los servicios. En particular, de acuerdo con el Banco Mundial (2019), menos de 50 prestadores de atención en salud, del total de 1050, han logrado la acreditación por considerar que no existen incentivos suficientes para hacerlo, aduciendo altos costos en su implementación.

La reglamentación existente sobre habilitación de prestadores de salud contiene rigideces que no consideran las particularidades territoriales y el potencial de desarrollo de modelos innovadores de prestación de servicios. Así mismo, existe un rezago en la normatividad de habilitación para las EPS, que se ha centrado en lo financiero, dejando a un lado la gestión de riesgo en salud y, por ende, los resultados de salud. Por lo anterior, el enfoque de calidad que se había trabajado en el pasado para los requisitos de habilitación y acreditación no tenía un énfasis en resultados (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

Además, desde la habilitación de prestadores no se ha incluido un enfoque de mitigación de riesgos causados por cambios climáticos, los fenómenos meteorológicos extremos y otros eventos ambientales naturales de aparición repentina pueden interrumpir la prestación de servicios de salud, afectando la prestación y la calidad de la atención. La Organización Panamericana de la Salud, considera que en pro de Construir un sector salud ambientalmente más resiliente, estos factores deben ser tenidos en cuenta para garantizar una infraestructura en salud adecuada (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

## **Desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud**

Como se mencionó anteriormente, la gestión del riesgo en salud puede medirse a través de los resultados en materia de prevención de una enfermedad en la que exista un conjunto de factores asociados a los hábitos de vida que puedan ser modificados; una clara desigualdad en el acceso a las políticas de promoción y prevención de la enfermedad, y

cuya detección temprana tenga un impacto significativo en la esperanza y calidad de vida del paciente seleccionado.

En primer lugar, el cáncer de mama se asocia con factores relacionados con los hábitos de vida que pueden ser modificados. El cáncer de mama se asocia con la prevalencia de factores de riesgo, tales como, una dieta rica en grasas y baja en fibra, la obesidad, el tabaquismo y los factores reproductivos, tales como: la edad tardía al primer embarazo, lactancia materna no practicada y el uso de anticonceptivos orales.

En segundo lugar, los estudios realizados en Colombia muestran que existe una desigualdad en el acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, donde las mujeres afiliadas al RS son menos propensas a tener una mamografía de detección y esperar un poco más para el diagnóstico y el inicio del tratamiento. De acuerdo con el Banco Mundial, existe una clara diferencia en la detección del cáncer de mama en estados tempranos (estadios I y II), según el tipo de régimen (Charry, 2008).

Finalmente, el cáncer de mama tiene un buen pronóstico de supervivencia dada una detección temprana (etapas I y II) con tasas de supervivencia a 5 años del 80 % al 90 % (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Consecuentemente, la inclusión dentro del conjunto de indicadores de desembolso del porcentaje de enfermos con cáncer de mama descubiertos en una fase temprana sobre el total de casos de mama descubiertos, no solo tienen un impacto significativo en la calidad en la vida de los pacientes diagnosticados, sino que es fácilmente medible (cuenta de alto costo) y verificable.

### **Gestión de riesgo en salud en materia de promoción y prevención por parte de las entidades territoriales**

Los arreglos institucionales actualmente existentes no incorporan incentivos adecuados para promover los servicios preventivos y la implementación de un modelo basado en la atención primaria de salud (APS) más rentable, necesario para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, uno de los desafíos más importantes para el sistema de salud colombiano (Ardila, 2018). Por transiciones demográficas y epidemiológicas (Herrán, 2016), el país experimenta un aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, las cuales se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad. Factores tales como el envejecimiento del colombiano promedio y malos hábitos de salud (*i.e.* la mala nutrición, fumar, beber y hábitos sedentarios) ayudan a acentuar la política descrita.

De otra parte, en la prestación de servicios también se evidencian desbalances: hay un énfasis más reactivo que preventivo en el modelo de atención. Las enfermedades del sistema circulatorio, que representan la principal causa de mortalidad en el país, sirven para ilustrar

este punto. La tasa de mortalidad, para estas enfermedades, se redujo entre el 2005 al 2011, pero luego ha tenido una tendencia levemente creciente. La tasa de atenciones de eventos agudos derivados de enfermedades del sistema circulatorio, como accidentes cerebrovasculares e infartos al miocardio, vienen en aumento, pasando de 12 y 15 casos por cada 100.000 afiliados en el 2013, respectivamente, a un poco más de 30 por cada 100.000 afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En el mismo período, la cobertura en exámenes diagnósticos para verificar los niveles de colesterol para mayores de 30 años aumentó levemente de 8,1 % a 13 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), inferior al nivel requerido en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual establece que para toda la población mayor a 30 años se deben realizar estos exámenes cada cinco años.

Además, la capacidad de prevención de la enfermedad está directamente relacionada con el acceso a diagnósticos oportunos. De acuerdo con un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia se estima que el 57 % de la población adulta que padece de presión arterial alta conoce su condición, cifra preocupante dado que una de cada cuatro personas muere a causa de una enfermedad cardiovascular. Así mismo, el estudio de Buitrago (2018), con población diabética (324.000 pacientes), reveló que solo al 15 % de esta población se le realizó pruebas recomendadas en las guías de práctica clínica para el cuidado efectivo de esta condición. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el 67 % de las personas con VIH conoce su diagnóstico, el 54 % de ellos recibe tratamiento y de estos el 47 % cuenta con carga viral suprimida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Estos ejemplos ilustran la necesidad que tiene el país de avanzar en cerrar las brechas en el acceso efectivo a servicios prioritarios en salud, en especial, aquellos de carácter preventivo, que evitan complicaciones y agravan las condiciones de salud.

El sistema de salud en Colombia es descentralizado, las entidades territoriales tienen autonomía para la gestión de sus prioridades en salud en el marco de la Constitución y la ley, entre las que se incluyen las acciones de promoción y prevención, destinadas a mejorar la problemática en salud expuesta previamente. En pro de la articulación, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló una política de atención integral en salud y un modelo operativo que puso en evidencia la necesidad de alinear los incentivos, y la gestión de riesgo individual y colectiva, entre las entidades territoriales, aseguradores y prestadores, en torno a los pacientes y las particularidades regionales. Sin embargo, la implementación del modelo no se dio con la celeridad requerida, puesto que existían dificultades en la delimitación de competencias entre los agentes (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

En el marco del PND 2018-2022<sup>19</sup>, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió una segunda versión de este modelo, el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite) (Resolución 2626 de 2019), el cual es un nuevo arreglo institucional para coordinar y gestionar acciones integrales entre la Nación y el territorio que solventa los desafíos presentados de promoción y prevención. Además, dentro de los componentes del Maite se hace necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social realice seguimiento con las entidades territoriales a las alertas encontradas en sus sistemas de información, para realizar acciones de mejora de salud pública que mejoren la implementación de políticas de promoción y prevención en los territorios y los resultados en salud.

### **3.1.2. Retos para hacer más eficiente el gasto en salud**

Un sistema de salud que no gestione de manera eficiente su gasto no logra garantizar la calidad en la prestación del servicio para todos los colombianos ni tampoco su sostenibilidad financiera. Por tal razón, el PND 2018-2022, en su política sectorial de *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos* propone también lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud con cobertura universal sostenible financieramente. En particular, el sexto objetivo de la mencionada política sectorial *Sostenibilidad financiera, una responsabilidad de todos* plantea un conjunto de políticas específicas para lograr tal fin. Estas políticas son las siguientes: (i) hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, (ii) incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos, (iii) conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector. Paralelamente, el Documento CONPES 3950 pone en evidencia la presión financiera sobre el sistema, derivada de los altos costos atención en salud de la población venezolana, al no contar con un esquema de aseguramiento en salud.

El mecanismo de desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito que se tramitan a través del presente documento, servirá de catalizador para impulsar tres de las mencionadas líneas de política. Estas son: (i) el sistema para la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC; (ii) la necesidad de mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico, debido a las presiones presupuestales que generan las innovaciones

---

<sup>19</sup> Línea Salud para todos, con calidad y eficiencia sostenible por todos. Objetivo 3.

tecnológicas; y (iii) la demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante desde Venezuela.

### **Gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC**

En Colombia, por cambios normativos e institucionales del SGSSS, se pasó de un PBS de priorización explícita con lista de beneficios definidos, a un PBS amplio basado en exclusiones. Durante los primeros años de implementación de la Ley 100 de 1993, debido en buena medida a la falta de actualización oportuna del PBS<sup>20</sup>, los pacientes recurrieron a los mecanismos judiciales (tutelas) para acceder a los servicios no contemplados, prescritos por su médico tratante. Como respuesta, en el sistema de salud se crearon los comités técnico-científicos (CTC) en las EPS que se encargaban de revisar la pertinencia y aprobar (o negar) la prescripción de estos servicios.

Uno de los principales determinantes del gasto es el reconocimiento de servicios y tecnologías de alto costo que se pagan con recursos diferentes de la UPC. Posteriormente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional limitó la función de los CTC para negar servicios, aduciendo que la responsabilidad es del médico tratante, independiente si el servicio se encuentra en el PBS<sup>21</sup>. Esta jurisprudencia fue recogida por la Ley 1751 de 2015, donde se plantea un PBS amplio e integral que limita la prescripción solamente bajo las siguientes causales de exclusión: servicios y tecnologías con fines cosméticos o estéticos, los que no han sido aprobados para su uso en el país, los que no tienen suficiente evidencia de efectividad clínica y los que se presten exclusivamente fuera del país. Este gasto se ha mantenido entre dos y tres billones de pesos anuales corrientes en los últimos nueve años, a pesar de la implementación de diferentes medidas para reducirlos, como la regulación de precios de medicamentos y la inclusión al PBS.

En línea con lo anterior, en el RC alrededor del 25 % de las solicitudes de reconocimiento de estos gastos presentadas por las EPS no son aceptados. Como

---

<sup>20</sup> Si bien hubo algunas inclusiones de procedimientos y medicamentos entre el año 1994 y 2008, fue solo hasta el 2011 que se realizó la primera actualización integral al PBS con la inclusión de 1.852 prestaciones nuevas (Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, Comisión de Regulación en Salud [CRES]).

<sup>21</sup> “Actualmente, la jurisprudencia reitera que se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando “(i) *la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere*; (ii) *el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio*; (iii) *el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie*; y (iv) *el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo*. En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se *requiera* [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] *con necesidad* [condición (iii)]. Sentencia T-760 de 2018.

consecuencia de lo anterior, las IPS públicas y privadas reportan una cartera acumulada con las EPS que suma cerca de 1,5 % del PIB. Por otro lado, las EPS reclaman una deuda a la Adres y a las entidades territoriales relacionada con servicios y tecnologías no financiadas con la UPC por un 0,6 % del PIB (Superintendencia Nacional de Salud, 2017). Estos desbalances han llevado a que las EPS presenten niveles de insolvencia equivalentes al 0,73 % del PIB (Superintendencia Nacional de Salud, 2018), incumpliendo los márgenes estipulados para su habilitación financiera como aseguradoras. A finales de 2017, 13 de los 40 EPS tenían patrimonio positivo y muchos de los activos (hasta más de 80 % en algunos casos) de las EPS estaban constituidos en cuentas por cobrar, es decir, se encontraban esencialmente soportadas en deuda.

### **Política farmacéutica**

Otro factor importante de ineficiencia presupuestal tiene que ver con la evidenciada presión sobre el gasto que ha ejercido el costo de los medicamentos. Este rubro representa, en promedio, el 21 % del gasto total en salud del SGSSS entre 2007 y 2017, y a su vez constituyen el 80 % del gasto en servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Dado que, desde el 2010 Colombia no tenía un marco para regular los precios farmacéuticos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha introducido varias medidas para mejorar y fortalecer sus políticas farmacéuticas. Sin embargo, pese a los buenos resultados en términos de acceso a los medicamentos, el creciente gasto en medicamentos no ha sido controlado. En consecuencia, el país todavía necesita seguir desarrollando su capacidad para supervisar y controlar los servicios farmacéuticos. El reembolso a través de demandas judiciales de los insumos de alto costo (en su mayoría medicamentos), servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios (no PBS, Plan Obligatorio de Salud [POS], hasta 2016), se han intensificado en los últimos diez años, pasando de 600.000 millones de pesos en 2007 a 2,5 billones de pesos en 2016, es decir, alrededor del 10 % del gasto total del sector.

### **Demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante desde Venezuela**

Tal como lo evidencia el Documento CONPES 3950, la reciente ola de migrantes desde Venezuela, repentina y de gran magnitud, ha tenido un efecto significativo en el sector salud por el aumento en las atenciones de esta población, sus altos costos y el deterioro de la situación de salud pública de las comunidades receptoras. Colombia ha recibido a más de 1,4 millones de venezolanos y ha optado por una política solidaria de salud que les garantiza la atención en urgencias médicas, partos y vacunación, y recientemente, el derecho de afiliación al sistema de salud colombiano a todos los hijos de venezolanos nacidos en

Colombia después del 18 de agosto de 2015 y que estaban en riesgo de apátrida (Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, 2019).

Con corte a marzo de 2019, 115.928 personas cuentan con Permiso Especial de Permanencia (PEP) y han sido afiliadas al SGSSS bajo sus modalidades contributiva y subsidiada (el 68,3 % y el 31,7 %, respectivamente). No obstante, se identifica que un 80,6 % de las personas con PEP no ha sido afiliada al SGSSS y 665.665 migrantes (el 47 % del total en el país) no tienen la posibilidad de afiliarse al sistema pues su estatus migratorio no ha sido regularizado. Tanto los regularizados no afiliados como aquellos por regularizarse acceden al sistema de salud vía servicios de urgencias cuyos costos asociados son elevados y no están debidamente financiados. Las solicitudes de pago de hospitales públicos al Gobierno ascienden a más de 250.000 millones de pesos. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en promedio una urgencia cuesta un millón de pesos, mientras que, la UPC en promedio cuesta 831.000 pesos anuales. En este sentido, la principal brecha de financiamiento en el sistema de salud causada por la migración es la falta de aseguramiento de esta población.

### **3.2. Justificación económica y social**

Tal como se ha mencionado en la presente sección, los créditos propuestos permitirán generar beneficios económicos derivados de la implementación de incentivos adicionales dentro del Gobierno nacional y los actores del sistema para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto. En esta sección se presenta un análisis detallado de los mencionados beneficios con su respectivo análisis de sensibilidad.

El análisis económico del crédito planteado se realizó utilizando un análisis costo beneficio (CBA), el cual expresa los costos, pero también los beneficios en términos monetarios, ajustados por el valor temporal del dinero. Este análisis se utiliza principalmente para determinar la solidez y racionalidad de una inversión o decisión (justificación o factibilidad) y permite la comparación con otros proyectos. El CBA propuesto aquí sigue cuatro pasos principales: (i) identificación de las intervenciones del programa a analizar, que en este caso están relacionadas con los indicadores de desembolso (DLI); (ii) identificación de los costos relacionados con cada intervención<sup>22</sup>; (iii) proyección temporal de recursos relevantes para el impacto y las intervenciones, y (iv) estimación de la diferencia entre el Valor Presente Neto (VPN) de costos y beneficios, también llamados los beneficios netos del

---

<sup>22</sup> En este caso no se incluyen costos por cuanto los recursos del crédito no están asociados directamente a las actividades que permitirán alcanzar las metas trazadas, sino que se desembolsan paulatinamente en función de la verificación de los resultados.

programa y los indicadores derivados (tasa interna de retorno [TIR] y razón costo beneficio [RCB]).

El enfoque económico estándar para cuantificar el beneficio de una mejor salud en términos monetarios se basa en el concepto del *valor de la vida estadística* (o año de vida). Los beneficios y los costos contabilizados de este proyecto se modelaron usando un escenario marco fiscal, sistémico y demográfico. El marco propuesto proyecta un escenario del contexto colombiano por el periodo de duración del proyecto (tres años), aunque se modelaron beneficios por lapsos hasta de 12 años, (2019-2030), y se realizaron análisis individuales según la intervención considerada y el tipo de beneficio potencial a modelar.

### **3.2.1. Identificación de costos y beneficios**

Dos tipos generales de beneficios fueron considerados en este análisis. El primero de ellos es la reducción de la carga de la enfermedad, expresada como Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)<sup>23</sup>. El segundo tipo de beneficio económico es la reducción monetaria, debido a la expectativa de un impacto negativo en los costos totales. El beneficio estimado para la Nación, derivado del cumplimiento de los indicadores seleccionados, es de USD 631 millones (2,16 billones de pesos) que resultan de la agregación de los beneficios económicos derivados del cumplimiento de los indicadores asociados al desembolso.

### **Beneficios derivados del cumplimiento de indicadores asociados a una mejora en la calidad en la prestación de los servicios**

Los beneficios identificados derivados del cumplimiento de los indicadores de desembolso asociados a mejorar la calidad de los servicios de salud son los siguientes:

- Robustecimiento de los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores. A través de esta estrategia se espera incluir requisitos para reducir los efectos de los fenómenos climáticos en las instituciones de salud, con lo cual se podrá mejorar la calidad de la atención en de los usuarios. Los beneficios del cumplimiento de este indicador se calculan como reducciones de la carga de enfermedad, siguiendo los hallazgos y recomendaciones de Organización Mundial de la Salud (OMS), OCDE y el Banco Mundial, que han enfatizado en los efectos positivos de intervenciones focalizadas en las dimensiones de calidad en salud (entre las cuales se encuentran los temas de acreditación de prestadores) y su efecto positivo en la reducción de la carga

---

<sup>23</sup> "Un AVAD puede considerarse como un año perdido de vida "saludable". La suma de estos AVAD en toda la población, o la carga de la enfermedad, puede considerarse como una medida de la brecha entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal donde toda la población vive hasta una edad avanzada, libre de enfermedades y discapacidades" (Organización Mundial de la Salud, 2019).



de enfermedad. Para ello, se calculó el efecto combinado de la carga de enfermedad de un listado de condiciones críticas asociadas con atención primaria y se estimaron varios escenarios conservadores de impactos positivos. En el escenario base el total de beneficios económicos derivados de la implementación de esta política ascenderían a USD 106 millones (365.000 millones de pesos).

- Generación de incentivos para el desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud. Este indicador incluye varias acciones que tienen el potencial de generar beneficios al sistema (por valor de USD 118 millones o 407.000 millones de pesos) y que pueden ser divididas en dos hitos: (i) revisión y ajuste de la metodología de cálculo de la UPC y (ii) ajuste *ex post* de la UPC y aumento de la meta de detección temprana de cáncer de seno. Para el primer hito, se estimaron beneficios monetarios directos derivados de un mejor ajuste del riesgo producto de la actualización de la metodología, con lo que se espera reducir costos y mejorar la eficiencia, de acuerdo con la evidencia internacional. Para la estimación de los beneficios se consideró un escenario contrafactual de comparación, donde se mantienen los valores *per cápita* en los dos regímenes, y se mantiene el coeficiente de costos por edad, para aislar el efecto de aumento de costos derivado de envejecimiento e introducción de tecnologías. Se modelaron escenarios con impactos conservadores en los costos *per cápita*, (0,5 %, 1 % y 2 %). Los beneficios potenciales, aún en escenarios muy conservadores, son altos, dado el volumen de costo derivado de la UPC, que constituye un alto porcentaje del gasto total en salud. En un escenario base, el VPN de beneficios es de USD 115 millones (397.000 millones de pesos)<sup>24</sup>.

Por otra parte, el incentivo de aumento en la detección temprana de cáncer de seno potencialmente genera reducciones en la carga de enfermedad asociada a este diagnóstico. Para la estimación de beneficios, se modeló una reducción promedio de AVAD teniendo en cuenta el impacto total en la carga global de enfermedad del cáncer de mama, que en Colombia fue estimado en 0,104 % (*Institute for Health Metrics and Evaluation* [IHMD] 2017). Se estimaron beneficios por USD 3 millones (10.000 millones de pesos) al cumplimiento de esta meta (el 80 % del 69 % de mujeres con diagnóstico confirmado en estadios tempranos hasta 2A<sup>25</sup>).

---

<sup>24</sup> El VPN se calcula como la suma de beneficios en cada año, a los que se les aplica una tasa de descuento para presentarlos en valores presentes.

<sup>25</sup> La etapa 2A se caracteriza por la existencia de algún de los siguientes sucesos: (i) no existe tumor dentro del seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (axilas); (ii) el tumor en el seno mide 2 cm o menos y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o (iii) el tumor en el seno mide de 2 cm a 5 cm pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

- Implementación de los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa. El análisis económico correspondiente para esta estrategia determina que los beneficios derivados de la implementación con un horizonte de tiempo de tres años (2020-2022) y una tasa de descuento del 3 % ascienden a USD 118 millones (407.000 millones de pesos). Este escenario supone que el programa aumente la cobertura efectiva de manera media y utiliza un vector de gradualidad regular en el que los beneficios se alcanzan gradualmente.

### **Beneficios derivados del cumplimiento de indicadores asociados a una mejora en la eficiencia del gasto en salud**

Los beneficios identificados para la implementación de indicadores asociados a la mejora en la eficiencia del gasto en el sistema de salud, son los siguientes por cada dimensión o línea de acción:

- Reforma a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC. La estrategia apunta a mejorar la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, de allí que los beneficios son de carácter monetario y se calculan a partir de los valores monetarios indicados en la matriz de resultados del indicador *Ahorro por valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC en régimen contributivo*, el cual tiene una meta fija de 250.000 millones de pesos para el tercer año de desembolso. El análisis económico realizado indica para esta línea de acción con un horizonte de tiempo de tres años (2020-2022) y una tasa de descuento del 3 %, se obtendría un beneficio neto de USD 68 millones (233.000 millones de pesos).
- Implementación parcial de medidas necesarias para fortalecer la política farmacéutica. Mediante el logro de este indicador, que se ha fijado con un objetivo específico de reducción de costos (800.000 millones), que se logrará para el tercer año del programa y se establece explícitamente en el diseño del indicador. Por consiguiente, se modelan los beneficios de este indicador descontando a tiempo presente el cumplimiento de la meta, con lo que se tiene un beneficio para el periodo analizado de USD 206 millones (706.000 millones de pesos).

No obstante, las intervenciones acá consideradas tienen el potencial de continuar generando ahorros a futuro. Se estimaron estos ahorros con un modelo ajustado al gasto total (ajustado al crecimiento poblacional y al envejecimiento).

- Demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante venezolana. Mediante la afiliación al SGSSS de migrantes provenientes de Venezuela,

en un escenario conservador, se estima que se lograría un ahorro de USD 13 millones (44.000 millones de pesos) para el periodo de duración de los desembolsos y una tasa de descuento del 3 %. No obstante, al igual que en el caso anterior, las intervenciones acá consideradas tienen el potencial de continuar generando ahorros a futuro.

### **3.2.2. Análisis de sensibilidad**

Con el fin de considerar diferentes escenarios para los resultados presentados, se realizó un análisis de sensibilidad para aumentar el rango de confianza mediante la estimación de la variabilidad de los supuestos claves, tales como, la tasa de descuento, la carga de la reducción de la enfermedad y el efecto directo de las intervenciones en los costes. Para ello, se modelaron tres escenarios (pesimista, medio y optimista) utilizando un conjunto diferente de efectos para las intervenciones contempladas, incluyendo vectores de gradualidad que modelan el tiempo necesario para observar los beneficios de las mejoras en base a la matriz de resultados. También se utilizan escenarios sobre la contribución marginal a la cobertura efectiva.

El análisis de sensibilidad muestra resultados positivos, incluso en escenarios donde se modelan impactos muy conservadores (USD 445 millones o 1,52 billones de pesos). Este resultado explica el gran impacto derivado que pueden generar los cambios normativos y regulatorios, asociados a los indicadores de desembolso propuestos, en un sistema de salud como el colombiano.

## **3.2 Espacio fiscal**

El endeudamiento se enmarca en el cupo aprobado por el Congreso de la República, de conformidad con la capacidad de pago de la Nación en los términos y condiciones definidos por el artículo 364 de la Constitución Política de Colombia.

Está previsto que estas operaciones de crédito financien parcialmente la apropiación presupuestal de la que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social en su presupuesto de funcionamiento para financiamiento del aseguramiento del Sistema de Salud bajo el rubro:

A-03-03-04-52, con cargo al cual da cumplimiento a la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007<sup>26</sup>, la Ley 1393 de 2010<sup>27</sup>, la Ley 1438 de 2011<sup>28</sup> y la Ley 1607 de 2012<sup>29</sup>.

Por la naturaleza de estos instrumentos de crédito de los que dispone la banca multilateral, los desembolsos de los empréstitos se realizarán contra cumplimiento de metas previamente negociadas con los bancos, utilizando los mismos mecanismos, canales y estándares que se utilizan actualmente para ejecución del mencionado rubro presupuestal. Es decir, las normas y procedimientos para ejecución, seguimiento, control y reporte de los recursos serán las que la República de Colombia ha definido para el efecto.

Es importante mencionar que, con base en los montos totales de las apropiaciones presupuestales anuales para aseguramiento del sistema de salud que se asignan al Ministerio de Salud y Protección Social, el monto anual que financiarían estos recursos de crédito equivaldrían a aproximadamente al 6,47 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), proporción que permite concluir que, con estas operaciones no se está poniendo en riesgo alguno la financiación del Sistema de Salud con cargo a los recursos que recibirá del Presupuesto General de la Nación.

### **3.2 Evaluación de las alternativas de financiación y justificación de la fuente seleccionada**

El Gobierno nacional determinó que la alternativa de financiación a través de recursos de crédito externo con la banca multilateral es conveniente para el desarrollo del programa. Esto debido a que la banca multilateral cuenta con amplia experiencia en el apoyo al desarrollo de políticas del sector salud y en la definición de medidas para mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud, a partir de un enfoque inclusivo.

En particular, el sector cuenta con la experiencia de dos operaciones de crédito público anteriores que llevaron a cabo programas de Apoyo a la Reforma del SGSSS, cuyos resultados fueron reseñados en la sección de antecedentes del presente documento.

Finalmente, la banca multilateral ofrece el acompañamiento a la estructuración y seguimiento del programa, así como soporte técnico basado en las lecciones aprendidas a

---

<sup>26</sup> Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>27</sup> Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>28</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>29</sup> Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.

través de la experiencia internacional. En adición, las condiciones financieras que ofrece la banca multilateral a la Nación resultan ser favorables y competitivas para el financiamiento del PGN y representan un costo inferior al que accede el Gobierno nacional en los mercados de capitales internacionales.

#### **4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Para contribuir a solucionar las problemáticas planteadas en la sección anterior, se propone concertar con la banca multilateral unas operaciones de crédito en las que se utilizará como mecanismo de desembolso, la presentación de evidencia de cumplimiento de resultados previamente pactados. Es importante mencionar que los recursos solicitados se utilizarán para financiar el funcionamiento del sector, por lo que esta iniciativa no constituye un proyecto de inversión. Los mencionados recursos entran directamente en el presupuesto de funcionamiento del sistema que cuenta con unidad de caja. Sin embargo, el desembolso de los mencionados recursos está condicionado al cumplimiento de unos hitos directamente relacionados con los objetivos de política del presente documento.

Esta figura es apropiada dado que permite apalancar grandes cambios sistémicos a partir del cumplimiento de resultados. De la misma forma, el esquema propuesto proporcionará una oportunidad para maximizar las sinergias con otras inversiones y asistencia técnica, e incluso, movilizar recursos adicionales de cooperación técnica no reembolsable con otros potenciales socios nacionales e internacionales, públicos o privados.

Los resultados que comprometen los recursos se encuentran organizados en dos objetivos que responden a las dos grandes problemáticas planteadas. Cada uno de estos objetivos se asocia a un componente o conjunto de actividades que permite abordar cada una de las líneas de las problemáticas planteadas. Como complemento a los indicadores de desembolso, el programa estructurado incluyó indicadores adicionales para el seguimiento e impacto de cada una de las tareas específicas. Vale la pena aclarar que las actividades que se presentan a continuación no se financian con los recursos de las operaciones de crédito. Sin embargo, el desembolso de los recursos sí está condicionado al desarrollo de estas actividades que permiten alcanzar las metas asociadas.

##### **4.1. Objetivo general**

Mejorar la eficiencia en el gasto del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la utilización de indicadores de desembolso de un crédito por resultados con el fin de mejorar la atención de calidad al paciente en un sistema sostenible financieramente.

## **4.2. Objetivos específicos**

OE1. Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud de la población para mejorar la satisfacción por parte de los usuarios del sistema.

OE2. Mejorar la eficiencia del gasto en salud para garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS preservando los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera.

## **4.3. Componentes**

### **4.3.1. Componente 1. Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud de la población**

Este componente busca potenciar, a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores de desembolso asociados, una mejora significativa en la calidad de la prestación del servicio de salud para todos los colombianos. Para esto, se prevén mejoras en la infraestructura física de centros de salud, hospitales de primer nivel y EPS; el fomento de la detección temprana del cáncer de mama, y mejorar la eficiencia y cobertura del SGSSS en todo el territorio nacional. Cada una de estas estrategias está asociada a un indicador de desembolso:

- Con el fin de fortalecer los requerimientos de acreditación de los prestadores y proveedores de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá lineamientos mínimos para que las instalaciones tanto de aseguradores y prestadores de servicios de salud cuenten con los estándares de calidad suficientes para adaptarse a los cambios climáticos propios de Colombia y para poder responder ante emergencias derivadas de desastres naturales. Estos requerimientos deben incluir medidas específicas para la construcción de infraestructura que permita ahorro ambiental y de energía, entre otros, para garantizar que las instalaciones de los prestadores de servicios de salud y sus instalaciones ambulatorias correspondientes puedan lidiar con eventos climáticos extremos y estén equipadas para poder responder a incendios forestales. En los casos en que sea necesario, las instalaciones serán renovadas o incluso reubicadas para reducir el riesgo de inundación, ya sea por el aumento del nivel del mar, en áreas costeras, así como por inundaciones repentinas o inundaciones de ríos en áreas interiores y montañosas.
- Con el fin de fomentar la calidad en la detección, el acceso, la atención y el cuidado de pacientes con cáncer de mama, se prevé el diseño y la introducción de incentivos financieros *ex post* en la UPC. Esta dimensión busca enfocarse en la detección temprana del cáncer de mama, dada la alta tasa de incidencia de la enfermedad y la

relativa alta sobrevivencia de los pacientes a los que les detectó esta enfermedad de forma temprana. Para lograr tal fin, el Gobierno debe reglamentar los incentivos financieros a las EPS que detecten tempranamente el cáncer de mama y medir la efectividad de la política mencionada a través del cumplimiento de una meta cuantitativa específica (porcentaje de los pacientes con cáncer de seno detectados en la etapa 2A para el 2022<sup>30</sup>).

- Con el fin de mejorar la eficiencia y cobertura efectiva del SGSSS a través de la mejora en coordinación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, los prestadores de servicios y las EPS, se prevé la implementación del esquema de seguimiento en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). El objetivo de esta política es potenciar las acciones de prestación de servicios en el nivel básico de promoción y prevención en el territorio. En particular esta política busca incrementar la eficiencia y cobertura efectiva en acciones de promoción y prevención a través de: (i) diagnóstico de la situación en materia de promoción y prevención con base en el estándar establecido en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018); (ii) identificación de metas y compromisos de los actores en el territorio; (iii) suscripción de acuerdos Maite que contemplen las metas y compromisos en materia de actividades individuales de promoción y prevención; (iv) el diseño y desarrollo de un sistema nominal de seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento; (v) la implementación del sistema nominal en el marco de los acuerdos Maite, y (vi) la implementación de las actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud.

#### **4.3.2. Componente 2. Mejorar la eficiencia del gasto en salud**

Este componente busca mejorar significativamente la eficiencia presupuestal en salud en Colombia rediseñando la gestión del gasto en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, ajustando la regulación de los precios de referencia para los medicamentos nuevos y existentes y reduciendo el gasto derivado de servicios de emergencias y no emergencias de la población migrante con PEP. Para lograr lo anterior este componente se concentrará en las siguientes estrategias:

- Con el fin de mejorar la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, se prevé la implementación del Acuerdo de Punto Final. En particular, la gestión eficiente del gasto contempla las siguientes actividades: (i) transferencia del riesgo de

---

<sup>30</sup> La etapa 2A se caracteriza por la existencia de algún de los siguientes sucesos: (i) no existe tumor dentro del seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (axilas); (ii) el tumor en el seno mide 2 cm o menos y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o (iii) el tumor en el seno mide de 2 cm a 5 cm pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

gestión de servicios no financiados con la UPC a las EPS; (ii) reglamentación e implementación de la metodología de Valores Máximos de Recobro (VMR); (iii) definición de techos presupuestales por EPS a partir de los VMR y las frecuencias esperadas para la gestión de estos servicios y tecnologías; (iv) creación y puesta en marcha de un mecanismo de incentivo al ahorro del gasto al trasladarles el riesgo a las EPS; (v) seguimiento y control de la ejecución presupuestal ceñido a dichos techos y a los incentivos al ahorro; (vi) conciliación de las diferencias en las cuentas por concepto de tecnologías no financiadas con la UPC; (vii) reglamentación de mecanismos de pago de las deudas reconocidas; (viii) reconocimiento y pago de las deudas reconocidas; (ix) seguimiento y monitoreo a implementación de mecanismo de cierre contable de las deudas pagadas. La efectividad de la política mencionada se medirá mediante el cálculo de los ahorros para el sistema derivados la implementación de los valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo.

- Con el fin de generar mayor eficiencia en la gestión de los recursos del SGSSS, se implementarán nuevas metodologías para la regulación de precios de entrada de medicamentos de alto costo. Para desarrollar esta política, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará la regulación de los precios de entrada de los medicamentos y aplicará esta metodología a al menos 50 nuevas clases de estos. La efectividad de la política mencionada se medirá mediante el cálculo de los ahorros para el sistema derivados entre el precio regulado y el precio original de los medicamentos intervenidos.
- Finalmente, se prevé la reducción del gasto derivado de servicios de salud de la población migrante con PEP mediante su afiliación al SGSSS. Esta política no solo reducirá gasto, sino que otorgará a los migrantes los mismos derechos que cualquier otro ciudadano colombiano. La política se implementará mediante una resolución que defina las condiciones bajo las cuales los migrantes son elegibles para acceder a los servicios de atención médica en Colombia y los procesos para inscribirse en el SGSSS. Su efectividad será medida con el número de migrantes provenientes de Venezuela afiliados al SGSSS.

#### **4.4. Capacidad institucional y mecanismo de ejecución**

El prestatario será la República de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social será el organismo ejecutor y líder del proyecto, utilizando el mismo mecanismo de ejecución de recursos de aseguramiento que actualmente funciona a través de la Adres.



El seguimiento y monitoreo del proyecto se articulará al interior del Ministerio de Salud y Protección Social entre los distintos actores involucrados, con el fin de que se pueda contar con la información necesaria para monitorear los avances del programa, generar reportes de ejecución y solicitar los desembolsos al Banco. El detalle de las responsabilidades y funciones de cada grupo técnico y el flujo de información para el reporte de resultados quedará descrito en los manuales operativo del proyecto (MOP). Estos manuales serán acordados con la banca multilateral en el primer semestre de 2020. La relación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Adres seguirá siendo la misma que está hoy regulada por leyes nacionales.

La verificación externa e independiente de las metas establecidas en los indicadores la realizará el Departamento Nacional de Planeación (DNP), entidad que cuenta con la capacidad técnica y el mandato para realizar las validaciones. Así mismo, el DNP cuenta con la experiencia suficiente en la evaluación y monitoreo de proyectos, manejo de indicadores de resultados, evaluación de la confiabilidad de fuentes de información y los métodos utilizados para producirlos. La verificación permitirá que tanto el organismo ejecutor como los bancos tengan de manera oportuna un reporte de verificación de resultados previo a cada solicitud de desembolso. Los objetivos de la verificación de resultados son: (i) evaluar la exactitud, confiabilidad y consistencia de la información relacionada con los resultados de los indicadores y (ii) determinar el resultado de los indicadores en cada tramo de desembolsos, realizando el cálculo en los casos que no existan reportes automáticos e independientes. El protocolo de verificación para cada indicador se incluirá en los MOP.

El organismo ejecutor demostrará que se haya aprobado y entrado en vigor los MOP, de conformidad con los términos previamente acordados con los bancos. Esta condición es indispensable para iniciar la operatividad de los componentes y garantizar la adecuada ejecución del programa.

Los MOP detallarán la estrategia de ejecución de la operación, es decir, aspectos como: (i) el esquema organizacional del programa, (ii) los arreglos técnicos y operativos para su ejecución, (iii) el esquema de programación, seguimiento y evaluación de los resultados, (iv) las guías operativas del programa y (v) la descripción detallada de los indicadores de resultados, con especial énfasis en los de desembolso y sus protocolos de verificación. Los MOP incluirán los criterios para la verificación externa de resultados del programa a cargo del DNP.

#### 4.5. Costos del programa

El programa para financiar con créditos externos asciende a USD 300 millones, los cuales, por las características de la operación, serán desembolsados contra el cumplimiento de los resultados esperados en el marco de los dos componentes anteriormente presentados.

#### 4.6. Programación de desembolsos

Por las características propias del instrumento, los desembolsos programados durante la vigencia del programa fueron estipulados a partir del cronograma estimado de cumplimiento de los resultados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o bajo su liderazgo. El giro de los recursos por parte de la banca dependerá del cumplimiento de las metas acordadas y será proporcional al mismo.

Los USD 300 millones, correspondientes a las operaciones de crédito que se contraten con la banca multilateral, tendrán una proyección con un plazo de ejecución de tres años, que inicia en la vigencia 2020, como se evidencia en la Tabla 1. Es importante mencionar que el giro de los recursos solicitados puede ser adelantado o atrasado dependiendo de la fecha de cumplimiento de los indicadores acordados.

**Tabla 1. Programación estimada de desembolsos, 2020-2022 (USD)**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

#### 4.7. Seguimiento y evaluación

Con el fin de realizar el seguimiento a la ejecución de las operaciones de crédito, en los MOP se definirá una matriz de resultados que contará con los indicadores específicos del programa. Al ser unas operaciones en donde los desembolsos estimados están atados a resultados, se contemplaron seis indicadores que, de acuerdo con su cumplimiento, le permitirán a la Nación acceder a los recursos del programa de crédito.

La verificación de dichos indicadores estará a cargo del Departamento Nacional de Planeación en cumplimiento de sus funciones (numeral 2, artículo 3, Decreto 2189 de 2017<sup>31</sup>). Esta verificación se basará en un protocolo, el cual se limitará a la verificación del

---

<sup>31</sup> Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

cumplimiento de la meta cuantitativa de los indicadores de desembolso, a partir de la información recopilada y remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El mencionado protocolo será definido y detallado en los MOP, en los que también serán formalizados los mencionados indicadores y se determinará la meta asociada al cumplimiento de estos. Así mismo, los MOP del programa determinarán el procedimiento para la actualización o refinamiento de indicadores en caso de que sea necesario.

Adicionalmente, el DNP realizará el seguimiento regular a la operación de crédito público externo con base en los informes trimestrales enviados por la entidad ejecutora, de conformidad con lo previsto en el artículo 10º de la Ley 781 de 2002<sup>32</sup>, el artículo 20 del Decreto 2189 de 2017<sup>33</sup>, y teniendo en cuenta los lineamientos que para el efecto establece el Documento CONPES 3119 *Estrategia de endeudamiento con la banca multilateral y bilateral*<sup>34</sup>.

#### **4.7.1. Indicadores del programa**

Para realizar una evaluación de forma objetiva, que respalde las operaciones de crédito sin poner en riesgo el desembolso de los recursos, se plantearon los siguientes indicadores de resultado por componente:

##### **Indicadores de desembolso componente 1**

- (i). Actualización de la regulación para la certificación y acreditación para las EPS e IPS para mejorar la calidad de la atención, incluyendo normas de gestión medioambiental. En este indicador, el Gobierno llevará a cabo tres acciones específicas enfocadas en la publicación en el diario oficial de Colombia, la reglamentación que dé cuenta de:
  - (a) actualización de las normas de certificación que deben cumplir las IPS;
  - (b) proceso de acreditación para las EPS, en la que se definirán los estándares de calidad mínimos que deben cumplir y los procesos para asegurar que se cumplan las normas, contemplando estándares de gestión ambiental, y
  - (c) reglamento con un nuevo conjunto de normas y procesos para la acreditación de hospitales de baja complejidad. El Departamento Nacional de Planeación será responsable de la verificación del cumplimiento del indicador.
- (ii). Incentivos en el mecanismo *ex post* de la UPC para mejorar la calidad y eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de cáncer. Aquí se propone la introducción de incentivos

---

<sup>32</sup> Por la cual se amplían las autorizaciones conferidas al Gobierno nacional para celebrar operaciones de crédito público externo e interno y operaciones asimiladas a las anteriores y se dictan otras disposiciones.

<sup>33</sup> Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

<sup>34</sup> Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3119.pdf>.

financieros para las EPS traducidos en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud con calidad, que permita la eficiencia en la detección temprana del cáncer de mama. Este incentivo hace referencia a una metodología que permita el ajuste *ex post* en el pago de la UPC, a través de una reglamentación y deberá ser publicada en el diario oficial de Colombia. Posteriormente, debe definirse la metodología con la cual se hará efectivo mencionado incentivo. Este indicador tendrá verificación externa de cumplimiento por parte del DNP.

- (iii). Número de departamentos/distritos con la población afiliada con seguimiento actividades programáticas de promoción y mantenimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de los acuerdos Maite. Este indicador busca hacer seguimiento a las entidades territoriales y demás responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, a través de una herramienta tecnológica que permite evidenciar la realización de las acciones en salud señaladas. El resultado esperado se traduce en cambios en las condiciones de vida y hábitos que mantienen y recuperan la salud favoreciendo el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades. La verificación externa del cumplimiento del indicador propuesto será realizada por el DNP.

## **Indicadores de desembolso componente 2**

- (i). Ahorro por valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo. Este indicador busca la gestión eficiente del gasto a través de la transferencia del riesgo de gestión de servicios no incluidos en PBS a las EPS; la implementación de la metodología de Valores Máximos de Reconocimiento (VMR); la definición de techos presupuestales por EPS, a partir de los VMR y las frecuencias esperadas para la gestión de estos servicios y tecnologías; la creación y puesta en marcha de un mecanismo de incentivo al ahorro, y finalmente, el seguimiento y control de la ejecución presupuestal ceñido a dichos techos y a los incentivos al ahorro. La verificación externa del cumplimiento de este indicador será realizada por el DNP.
- (ii). Aumento de la eficiencia en el gasto farmacéutico como consecuencia de los cambios regulatorios en la política farmacéutica. Consiste en la introducción y aplicación de nuevas metodologías para la regulación de los precios de los medicamentos, la introducción de medicamentos de alto costo en el mercado (puerta de entrada), para lograr ahorros por eficiencia en el sistema de seguridad y permitir una mejor cobertura tanto de medicamentos como de dispositivos médicos. Lo anterior a través de la implementación de la reglamentación y aplicación de nueva metodología que permita

la regulación de precios de medicamentos. El resultado contará con la verificación externa de su cumplimiento realizada por el DNP.

- (iii). Número de personas migrantes afiliadas al SGSSS (incluyendo hijos de migrantes nacidos en Colombia). Este indicador busca mejorar la cobertura a través de aseguramiento de la población migrante que esté registrada y provistos de un PEP renovable, incrementando así la afiliación de esta población al SGSSS, con el goce de una atención efectiva en salud, en las mismas condiciones ofrecidas a un ciudadano colombiano. Es importante mencionar que este indicador será compartido por la banca multilateral, y la distribución de la meta y su ejecución se relacionan en la ficha del indicador. Igual que el indicador anterior, la verificación externa de su cumplimiento será realizada por el DNP.

## **5. RECOMENDACIONES**

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES):

1. Emitir concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por la suma de USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo", de acuerdo con las condiciones financieras que defina la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
2. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Salud y Protección Social, adelantar los trámites y gestiones necesarias para la concreción de las operaciones de crédito, de acuerdo con la normativa aplicable y de conformidad con sus competencias.
3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación realizar el seguimiento a la operación de crédito que financia el programa aquí establecido, según lo estipulado en la subsección de seguimiento del presente documento.
4. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social informar al Departamento Nacional de Planeación el cumplimiento de los indicadores atados a desembolso propuestos, en las fechas determinadas; y al Departamento Nacional de Planeación realizar la respectiva verificación de cumplimiento.
5. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizar las gestiones pertinentes para que anualmente se programe adecuadamente la fuente de financiamiento del crédito externo en el rubro presupuestal de aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

## Bibliografía

- Ardila, E. (mayo de 2018). *Las enfermedades crónicas*. Obtenido de Biomédica - Instituto Nacional de Salud: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016>
- Banco Mundial. (2019). *World Bank Open Data*. Obtenido de The World Bank: <https://data.worldbank.org/>
- Buitrago, G. R. (2018). *Variaciones en la práctica, costos y desenlaces clínicos de la atención médica ambulatoria de adultos diabéticos en el régimen contributivo en Colombia*. Washington, DC. Unpublished: Inter-American Development Bank.
- Charry, L. C. (2008). Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Revista de salud pública*, 10, 571-582.
- Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. (2019). *Prensa 5 de agosto de 2019*. Obtenido de Estado colombiano nacionalidad niños nacidos Colombia hijos migrantes venezolanos proteger sus derechos: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190805-Estado-colombiano-nacionalidad-ninos-nacidos-Colombia-hijos-migrantes-venezolanos-proteger-sus-derechos.aspx>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2019). *Cálculos propios, Min Salud*. Bogotá: Encuesta de Calidad de Vida. Obtenido de Encuesta de Calidad de Vida.
- Departamento Nacional de Planeación. (2019). Salud para todos con calidad y eficiencia sostenible por todos. *Bases Plan Nacional de Desarrollo, Pacto por Colombia Pacto por la Equidad 2018 - 2022*, 258 - 284.
- Herrán, Ó. F. (2016). Dietary transition and excess weight in adults according to the Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia. *Biomédica*, 36(1), 109-120.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2019). *IETS*. Recuperado el septiembre de 2019, de <http://www.iets.org.co/IETS/IETS.aspx>
- Ley-1955. (2019). *Diario oficial de la República de Colombia AÑO CLV N. 50964*.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2017). *Boletín de prensa 179 de 2017*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Travesia-de-pacientes-con-VIH-por-Colombia.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de Aseguramiento primer trimestre de 2017*. Recuperado el octubre de 2017, de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Consulta a base de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Cáncer de mama: Hojas informativas para los profesionales de salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11242:breast-cancer-summaries-health-professionals&Itemid=41581&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242:breast-cancer-summaries-health-professionals&Itemid=41581&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia sobre Salud, Ambiente, y Cambio Climático en la región de las Américas 2020 - 2023*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (documento en construcción).
- Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado*. Bogotá.

Superintendencia Nacional de Salud. (2018). *Informe de seguimiento de indicadores financieros de permanencia para EPS a diciembre de 2017*. Bogotá D.C.: Superintendencia Nacional de Salud.



Documento

# **CONPES 3984**

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL  
REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

EXTENSIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MEDIDA CORRECTIVA DE ASUNCIÓN  
TEMPORAL DE LA COMPETENCIA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD, EDUCACIÓN, ALIMENTACIÓN ESCOLAR, Y AGUA POTABLE Y  
SANEAMIENTO BÁSICO EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, EN  
APLICACIÓN DEL DECRETO 028 DE 2008, ADOPTADA MEDIANTE EL  
DOCUMENTO CONPES 3883

Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Ministerio de Educación Nacional  
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio  
Departamento Nacional de Planeación

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 20 de febrero de 2020

## CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

Iván Duque Márquez  
Presidente de la República

Marta Lucía Ramírez  
Blanco Vicepresidenta de la  
República

Alicia Victoria Arango  
Olmos Ministra del Interior

Claudia Blum de Barberi  
Ministra de Relaciones Exteriores

Alberto Carrasquilla Barrera  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Margarita Leonor Cabello  
Blanco Ministra de Justicia y del  
Derecho

Carlos Holmes Trujillo  
García Ministro de Defensa  
Nacional

Andrés Valencia Pinzón  
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Iván Darío González Ortiz  
Ministro de Salud y Protección Social (IE)

Carlos Alberto Baena  
López Ministro del Trabajo (E)

María Fernanda Suárez  
Londoño Ministra de Minas y  
Energía

José Manuel Restrepo Abondano  
Ministro de Comercio, Industria y Turismo

María Victoria Angulo  
González Ministra de Educación  
Nacional

Ricardo José Lozano Picón  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Jonathan Tybalt Malagón González  
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio

Sylvia Cristina Constaín Rengifo  
Ministra de Tecnologías de la Información y las  
Comunicaciones

Ángela María Orozco  
Gómez Ministra de Transporte

Carmen Inés Vásquez  
Camacho Ministra de Cultura

Ernesto Lucena  
Barrero Ministro del  
Deporte

Mabel Gisela Torres Torres  
Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación

Luis Alberto Rodríguez Ospino  
Director General del Departamento Nacional de Planeación

Daniel Gómez Gaviria Subdirector  
General Sectorial

Amparo García Montaña  
Subdirectora General Territorial

## Resumen ejecutivo

El 21 de febrero de 2017, mediante el Documento CONPES 3883 se adoptó la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, con el objetivo de asegurar la continuidad, cobertura y calidad de estos servicios, financiados con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) por un periodo de dos años. Esta decisión fue tomada en el marco de la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que ejecutan las entidades territoriales, definida en el Decreto Constitucional con fuerza de Ley 028 de 2008<sup>2</sup>, que identificó la persistencia de eventos de riesgo en la prestación de los servicios, a pesar del establecimiento y ejecución de las medidas preventivas.

A pesar de los avances alcanzados por los gobiernos territoriales persisten riesgos y rezagos en el desarrollo de la medida prevista en el Documento CONPES 3883 que justifican la extensión de la vigencia de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia en el servicio de salud, educación, alimentación escolar y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, por un término de hasta dos años. Lo anterior con base en lo establecido en el parágrafo único del numeral 13.3.3 del artículo 13 del Decreto Ley 028 de 2008 y el artículo 2.6.3.4.2.13 del Decreto 1068 de 2015; sin perjuicio de solicitar a la Dirección General de Apoyo Fiscal (DAF) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público el levantamiento de la medida durante su vigencia (previo al vencimiento) cuando las condiciones y mejora de la prestación del servicio lo permitan, según el seguimiento que se realice.

En este sentido, y de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 028 de 2008 y demás normas reglamentarias, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la extensión de manera cautelar de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira el sector de salud y agua y saneamiento básico se asumen las competencias del departamento de La Guajira; en educación de las entidades territoriales certificadas (ETC) de La Guajira, Riohacha, Maicao y Uribia, y en alimentación escolar las ETC de Riohacha, Maicao y Uribia y en las doce entidades territoriales no certificadas Abania, Barrancas, Dibulla, Distracción, El Molino, Fonseca, Hatonuevo, La Jagua del Pilar, Manaure, San Juan del Cesar, Urumita y Villanueva

---

<sup>1</sup> Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3883.p.df>

<sup>2</sup> Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones.

<sup>3</sup> Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario sector de hacienda y crédito público.

Clasificación: H7, H72, H75.

## 1. INTRODUCCIÓN

Como resultado de la implementación de la adopción medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, en aplicación del Decreto 028 de 2008<sup>4</sup> y adoptada mediante el Documento CONPES 3883<sup>5</sup>, la Dirección General de Apoyo Fiscal (DAF) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que a pesar de los avances de las entidades territoriales en los últimos 3 años se ha dado cumplimiento a las condiciones para reasumir la competencia en consecuencia, no se han superado los eventos de riesgo que justificaron la adopción de la medida. Los informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia generados por la DAF para cada uno de los servicios se presentan en los anexos del presente documento.

En el sector salud la entidad territorial no cumplió con 19 de las 27 condiciones establecidas y se identificaron situaciones adicionales que justifican la extensión de la medida: (i) no se permitió la administración de la totalidad de los recursos que financian el sector; (ii) inoportuna defensa jurídica que generó afectaciones con medidas cautelares; (iii) se suscribieron acuerdos de pago, pagados con recursos corrientes del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud desfinanciando las acciones de salud pública y el aseguramiento; (iv) inoportunidad en la contratación de recurso humano y de suministro de insumos; (v) insuficiencia en la gestión de auditoría de las cuentas médicas, y (vi) desconocimiento del valor de la deuda por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y ausencia de un escenario financiero viable para el saneamiento de dichas deudas.

En el sector de educación, se evidencia que se presentaron avances en términos de garantía de la cobertura, la normalización en la prestación del servicio educativo en el departamento, la superación parcial de los eventos de riesgo presentados en el Documento CONPES 3883. Sin embargo, las entidades territoriales objeto de la medida no cumplieron con las condiciones necesarias para la reasunción de la competencia reflejado en que ninguna tuvo un porcentaje de cumplimiento de condiciones superior al 60 %. Esto pone en evidencia la falta de capacidad instalada de las entidades para continuar con la cobertura y prestación del servicio.

En relación con la alimentación escolar, en las entidades territoriales también se presentó un bajo porcentaje de cumplimiento de las condiciones para la reasunción de las competencias poniendo en evidencia que, a pesar de los esfuerzos para avanzar en el cumplimiento las actividades y condiciones para reasumir la competencia, estos son insuficientes para demostrar la superación total de los eventos de riesgo que motivaron la adopción de la medida. Opcionalmente, en los sectores de educación y alimentación escolar se identificó la necesidad del fortalecimiento de las capacidades institucionales de las entidades territoriales, razón que también justifica la extensión de la medida.

En el sector de agua potable y saneamiento básico, es evidencia que el departamento de La Guajira no alcanzó el cumplimiento del 80 % de la ejecución del Plan General Estratégico de Inversiones (PEGI) 2017-2019, no se logró la meta de realizar los planes de acción de los municipios vinculados a los Planes Departamentales de Agua (PDA) y, aunque la condición de pago de subsidios se cumplió, no se tuvo en cuenta la necesidad de establecer los procesos de auditoría en los municipios descertificados ni en los demás municipios vinculados al PDA. Esta situación demuestra la permanencia de los eventos de riesgo que configura la justificación para la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de competencia en la prestación de agua potable y saneamiento básico.

De esta manera, y de acuerdo con lo establecido en el Decreto Constitucional con fuerza de Ley 028 de 2008<sup>7</sup> y sus normas reglamentarias, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) la extensión de manera cautelar por dos años de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia en la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potables y saneamiento básico en el departamento de La Guajira. En el sector de salud y agua y saneamiento básico se asumen las competencias del departamento de La Guajira; educación de las entidades territoriales certificadas (ETC) de La Guajira, Riohacha, Maicao y Uribe, y en alimentación escolar las ETC de Riohacha, Maicao y Uribe y en las doce entidades territoriales no certificadas: Barranquilla, Barrancas, Dibulla, Distracción, El Molino, Fonseca, Hatonuevo, La Jagua del Pilar, Manaure, San Juan del Cesar, Urumita y Villanueva. Esto, sin perjuicio de la posibilidad de solicitar a la DAF un levantamiento previo a la finalización de la medida por parte del ministerio sectorial respectivo, el DNP o cualquiera de las entidades territoriales a las que corresponde; lo anterior, basado en el cumplimiento de las actividades a evaluar y condiciones para reasumir la competencia contenidas en este documento.

Con esta medida, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio continuarán con la asunción de

competencias en la prestación de los servicios en salud, educación y alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico, respectivamente, con el objetivo de subsanar la situación actual del departamento y contribuir con el fortalecimiento de las capacidades institucionales de las entidades territoriales de La Guajira, y así, asegurar la continuidad, cobertura y calidad en la prestación de servicios durante la medida y después de su levantamiento.

El documento está compuesto por nueve secciones, incluyendo esta introducción. La segunda sección presenta los antecedentes que justifican la extensión. La tercera sección contiene un diagnóstico de los recursos del SGP en 2019. Las siguientes cuatro secciones evidencian la persistencia de los eventos de riesgo en la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico, respectivamente, y explican la estrategia de extensión de la medida en cada uno (entidad encargada, sus facultades y responsabilidades, condiciones para que las entidades territoriales reasuman sus competencias, indicadores definidos para hacer seguimiento al cumplimiento de estas responsabilidades y condiciones, y vigencia y costos de la medida). La octava sección presenta, de manera indicativa, los costos de la medida y su financiamiento. La última sección contiene las recomendaciones al CONPES.

## 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En esta sección se describe, la normativa vigente sustenta la estrategia de monitoreo, seguimiento y control de los recursos del SGP, e, incluye los antecedentes normativos que justifican la adopción o extensión de la medida correctiva de la asunción temporal de competencias como instrumento de control a los eventos de riesgo identificados con las actividades de seguimiento o monitoreo. Por último, se realiza una reseña sobre el proceso de adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira adoptado por el Documento CONPES 3883 de 2017.

### 2.1. Antecedentes normativos de las competencias territoriales en los sectores de educación, salud, y agua potable y saneamiento básico

De acuerdo con las competencias establecidas dentro del modelo de descentralización colombiano, las entidades territoriales tienen responsabilidades fundamentales en la prestación de servicios a la ciudadanía, especialmente en sectores básicos como lo son educación, salud, y agua potable y saneamiento básico, en cumplimiento de las normas constitucionales. Tabla 1 se presentan las principales competencias territoriales respecto a estos sectores.

Tabla 1. Normatividad relacionada con las competencias de los sectores.

---

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2020).

## 2.2. Antecedentes normativos la estrategia de monitor, seguimiento y control a los recursos del SGP que sustentan la adopción y extensión de medidas correctivas especialmente la asunción temporal de competencias

En virtud del Acto Legislativo 04 de 2009<sup>7</sup>, que modificó los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, se expidió el Decreto Ley 028 de 2008 que ha sido reglamentado por el Decreto 168 del 2009<sup>17</sup>, el Decreto 791 de 2009<sup>8</sup>, el Decreto 1068 de 2015<sup>9</sup> y el Decreto 1077 de 2015<sup>20</sup> (para el caso del sector de vivienda, ciudad y territorio). La estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto ejecutado por las entidades territoriales con SGP, como se establece en el decreto en mención, coordinada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a través de la DAF en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación (DNP) para el caso de Propósito General y Asignaciones Especiales, y los Ministerios de Educación, Salud y Vivienda Ciudad y Territorio en lo pertinente a sus competencias.

---



En el marco la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio realizar el monitoreo de la prestación de servicios y del uso de los recursos en sus respectivos sectores y en el caso de la Asignación Especial de Alimentación Escolar, esta competencia se encuentra delegada a DNP.

En el caso que se evidencie alguna situación de riesgo relacionada con los eventos definidos en el artículo 9 del Decreto 028 de 2008, se podrán adoptar medidas preventivas o correctivas con la finalidad de asegurar la continuidad, cobertura y calidad en la prestación de servicios que se financian con cargo a los recursos del SGP. En particular, el parágrafo 2 del artículo 2.6.3.3.3 del Decreto 1068 de 2015 determina que la presencia de dos o más eventos de riesgo podrá generar la adopción de medidas correctivas. En igual forma, el parágrafo del artículo 11 del Decreto 028 de 2008 define el incumplimiento al plan de desempeño como otra razón para la aplicación inmediata de medidas correctivas.

Entre estas medidas correctivas está la asunción temporal de la competencia de la prestación de servicios. El artículo 2.6.3.4.2.14 del Decreto 1068 de 2015 determina que los eventos que fundamentan su adopción por parte de la DAF son: (i) la no adopción del plan de desempeño, complementario a las medidas correctivas de giro directo o suspensión de giro cuando el Ministerio de Hacienda y Crédito Público establezca el incumplimiento de los teniendo en cuenta los informes de seguimiento (iii) cuando se evidencien situaciones que presenten inminente riesgo en la utilización de los recursos o en la prestación del servicio de acuerdo con el Documento CONPES 3883 en el departamento de La Guajira se presentaron las tres causales antes mencionadas que justificaron la adopción de esta medida correctiva.

Las competencias generales de las entidades estatales encargadas de asumir la competencia para asegurar la prestación de los servicios fueron definidas en el Decreto 028 de 2008 y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015. Entre estas se destaca (i) atribuciones en materia de programación presupuestal, ordenación del gasto, competencia contractual y nominación del personal<sup>3</sup>; (ii) adopción de las medidas administrativas presupuestales, financieras, contables y contractuales<sup>4</sup>; (iii) designación del equipo interventor que lidera las diferentes áreas de gestión de las secretarías asociadas a los sectores intervenidos y (iv) realización del seguimiento y evaluación periódica de la gestión de la medida. Las dos primeras competencias son atribuciones

que comprenden los recursos del SGP quede la entidad territorial sobre la cual se adopta esta medida correctiva.

Adicional a los recursos del SGP, el artículo 18 de la Ley 1450 de 2011, en el marco de la asunción temporal de la competencia establece que la entidad territorial objeto de esta medida deberá seguir, de conformidad con su autonomía y reglas presupuestales, apropiando en su presupuesto los recursos necesarios, diferentes a los del SGP, destinados a la financiación del servicio o servicios afectados durante el tiempo que perdure la medida, dichos recursos deberán ser transferidos a la entidad que asuma la competencia con el fin de garantizar la continuidad, cobertura y calidad en la prestación del servicio.

Finalmente, respecto a la extensión de una medida correctiva tal como es el caso de la asunción temporal de la competencia el artículo 2.6.3.4.4. del Decreto 1068 de 2015 establece que la continuidad de las medidas de seguimiento y control debe permanecer hasta que los informes sectoriales remitidos por la DAF determinen su cumplimiento por parte de la entidad territorial anterior para las medidas adoptadas por el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio o la Superintendencia Nacional de Salud. La reformulación o adopción de nuevas medidas, se rige por lo dispuesto en el Decreto 028 de 2008.

Adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira

Mediante el Documento CONPES 3883 aprobado el 21 de febrero de 2017, se adoptó la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, en aplicación del Decreto 028 de 2008. La mencionada medida se fundamenta en la identificación en el departamento de La Guajira de la ocurrencia de los tres eventos causales definidos en el artículo 2.6.3.4.2.14 del Decreto 1068 de 2015: (i) la no adopción del plan de desempeño, complementario a las medidas correctivas de giro directo o suspensión de giro; (ii) cuando el Ministerio de Hacienda y Crédito Público establezca el incumplimiento de dichos planes, teniendo en cuenta los informes de seguimiento, y (iii) cuando se evidencien situaciones que presenten inminente riesgo en la utilización de los recursos o en la prestación del servicio

En el sector salud, se evidenciaron cinco eventos de riesgo en lo correspondiente a la prestación del servicio (i) el departamento no entregó la información o los soportes requeridos a

<sup>25</sup> De acuerdo con lo dispuesto por las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007

<sup>26</sup> Cabe resaltar que, como se establece en este mismo artículo, la ocurrencia de al menos uno de estos eventos justifica la medida.

los responsables de implementar las actividades propias de la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al uso de los recursos del SGP (ii) se observó un cambio en la destinación de recursos, un manejo inadecuado de estos y falta de control en el manejo de las cuentas maestras (iii) la contratación no se realizó en los plazos dispuestos por la normatividad vigente sobre la materia, (iv) se presentaron situaciones que resultaron de inminente riesgo para la prestación adecuada del servicio y el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en los servicios, y (v) se presentaron deficiencias en la defensa jurídica.

De acuerdo con estos resultados, se acordaron condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podría reasumir la competencia en la prestación del servicio de salud. Estas condiciones se establecieron en la sección 4.2.3 Del documento CONPES 3883, dentro de las cuales se destacan: la programación presupuestal de los recursos asignados al sector y ejecutar las actividades relacionadas con la planificación o planeación del sector salud del departamento; depurar y pagar las deudas derivadas de la prestación de servicios y tecnologías No POS suministradas a los afiliados al régimen subsidiado y por atención a la población pobre no asegurada, y garantizar la suscripción de los contratos de atención a la población pobre no vinculada con subsidio a la demanda de forma oportuna, entre otras.

En el sector educación, se evidenció la ausencia del reporte o envío de información, el cambio en la destinación de los recursos y la suscripción de contratos cuyo objeto y actividades no aseguraban la prestación del servicio educativo en las condiciones definidas por la normativa vigente. En particular, en la vigencia 2016, se identificó que tres de las ETC en educación del departamento de La Guajira se ubicaron en los niveles de riesgo crítico a (Maicao, Riohacha y Uribia) y una en crítico medio (departamento de La Guajira), conforme a indicadores financieros, de eficiencia del uso de plantas, de cobertura y de calidad.

De acuerdo con estos resultados, se acordaron condiciones generales con las cuales el departamento de La Guajira el distrito de Riohacha, y los municipios de Maicao y Uribia podrían reasumir la competencia en la prestación del servicio de educación. Estas condiciones se establecieron en la sección 5.2.3 del documento CONPES 3883, dentro de las cuales se destacan: depurar las deudas del sector educativo causadas antes de la asunción temporal de la competencia; implementar un sistema de información financiero integrado que permita la eficiencia en los procesos de presupuesto, contabilidad, tesorería y control de pago, y tener la capacidad técnica instalada que le permita asumir los procesos de gestión sectorial que implante el Ministerio de Educación Nacional y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.

En alimentación escolar, se evidenciaron los siguientes eventos de riesgo: (i) no reporte o inconsistencias en el reporte de información conforme a las disposiciones y calidad exigida por las entidades del Gobierno nacional; (ii) no publicación de los actos administrativos, contratos e informes de supervisión conforme a la normativa; (iii) no disponer de los mecanismos de

participación ciudadana y de rendición de cuentas, especialmente, no tener conformado el Comité de Alimentación Escolar; (iv) falta de planeación para la contratación y ejecución de contratos que no aseguran la prestación del servicio de alimentación escolar, y (v) presencia de situaciones que resultan en inminente riesgo para la prestación del servicio.

De acuerdo con estos resultados, se acordaron condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podría reasumir la competencia en la prestación del servicio de alimentación escolar. Estas condiciones se establecieron en la sección 6.2.3 del Documento CONPES 3883, dentro de las cuales se destacan: organizar la información financiera y contractual para la operación del servicio de alimentación escolar que tenía la entidad territorial antes de la asunción temporal de la competencia; implementar o fortalecer el sistema de información financiero integrado que permita el seguimiento y control al uso de los recursos de la asignación especial para alimentación escolar del SGP y las diferentes fuentes de financiación que concurren en los procesos de presupuesto, contabilidad, tesorería y control de pagos la normalización en la prestación del servicio, y el diseño de una estrategia para fortalecer el modelo de economía local por medio de las compras a nivel local y con enfoque rural, que permita articularse con la administración temporal.

En agua potable y saneamiento básico, se determinó que en el departamento de La Guajira se configuraba un riesgo inminente en la utilización de los recursos del SGP y en la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico<sup>7</sup> que justificaba la asunción temporal de la competencia del departamento en el sector. Los problemas identificados se relacionaron principalmente con: (i) la administración de los recursos del SGP en agua potable y saneamiento básico en los municipios descertificados, y (ii) la eficiencia y eficacia en la ejecución de los recursos del SGP en el marco del PDA, que generan riesgos en la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento básico.

De acuerdo con estos resultados, se acordaron condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podría reasumir la competencia en la prestación del servicio de agua y saneamiento básico. Estas condiciones se establecieron en la sección 7.2.3 del Documento CONPES 3883, dentro de las cuales se destacan: presentar un avance en la ejecución de los proyectos del PDA establecido en el Plan General Estratégico del Departamento por encima del 80 %; estructurar planes de acción para los municipios vinculados al P el plan de aseguramiento en la prestación de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y

aseo en los municipios vinculados al programa de Agua y Saneamiento para la Prosperidad(PAP)- PDA.

#### ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2019

El artículo 357 de la Constitución Política de Colombia estableció que el monto del SGP de los departamentos, distritos y municipios se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la nación durante los cuatro años anteriores, incluidos el correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución. Para la vigencia 2019, el crecimiento nominal fue de 9,7 %.

Con base en esta disposición constitucional, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como entidad encargada de calcular anualmente el monto total del SGP y de incorporarlo en el Presupuesto General de la Nación (PGN) de la respectiva vigencia certificó al DNP<sup>28</sup> el monto total del SGP correspondiente a la vigencia 2019. este ascendió a 41,1 billones de pesos

correspondientes a la apropiación de doce doceavas para dicha vigencia. La apropiación de estos recursos en las distintas participaciones se muestra en la Tabla 2. Tabla 2. Asignación SGP en 2019 (Pesos corrientes)

---

<sup>28</sup> Mediante radicado DNP nro. 20186630413182.

En el Documento de Distribución SG-3P4-2019 se distribuyeron 19,3 billones de pesos correspondientes a la distribución parcial de las doce doceavas de la participación para educación (población atendida.) En el Documento de Distribución SGP35-2019 se asignaron las once - doceavas de las participaciones correspondientes a 9,5 billones de pesos, de la distribución de las once doceavas de la participación para salud (componentes de régimen subsidiado, salud pública y prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta). En el documento SGP-36-2019 se distribuyeron 7,8 billones de pesos para la distribución parcial de las doce doceavas de la participación para educación y de las once doceavas de las participaciones para agua potable y saneamiento básico, propósito general y para las asignaciones especiales. En el documento SGP-37-2019 se distribuyeron 2,6 billones de pesos correspondientes a la distribución parcial de las doce doceavas de la participación para educación (criterio población atendida.) En el documento SGP-38-2019 se distribuyeron 469.795 millones de pesos Distribución final de las doce doceavas de la participación para educación (criterio población atendida, y ajuste a calidad gratuita educativa). En el documento de distribución SGP-39-2019 se realizó la distribución de 1,2 billones para la última doceava de las participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, propósito general y para las asignaciones especiales

#### SALUD

Seguimiento y evaluación a la adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud en el departamento de La Guajira, establecida en el Documento CONPES 3883 El seguimiento y evaluación a la adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud en el departamentos está a cargo de la DAF. Los resultados se presentan en el informe de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio salud (Anexo B). Como se presenta en este informe en el mes de noviembre de 2019, la gobernación no dio cumplimiento a la totalidad de sus compromiso se influyó en el incumplimiento por parte de la administración temporal de 19 de las 27 condiciones establecidas.

A continuación, en la Tabla 3 se presenta el cumplimiento de condiciones y actividades de las entidades territoriales para reasumir la competencia. Los resultados completos se pueden consultar en los informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud (Anexo B).

Tabla 3. Resumen de la evaluación del cumplimiento de actividades y condiciones para reasumir la competencia del sector salud.

Inoportunidad en la contratación, tanto de recurso humano como de suministro de insumos, para el cumplimiento de las competencias sectoriales

Insuficiencia en la gestión de auditoría de las cuentas médicas de prestación de servicios a la atención de población pobre no afiliada y servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (no UPC).

Desconocimiento del valor de la deuda por servicios y tecnologías en salud UPC y ausencia de un escenario financiero viable para el saneamiento de dichas deudas.

Estas situaciones demuestran la necesidad de definir actividades que: reconozcan los avances fortalezcan las acciones donde se concentraron los mayores incumplimientos; considerar modificaciones legislativas sectoriales recientes<sup>29</sup>, y garanticen el desarrollo de capacidades técnicas, físicas, administrativas y financieras en la entidad territorial. Lo anterior, con el objetivo de alcanzar la sostenibilidad de las entidades, a partir de los logros de la administración temporal.

En consecuencia, se requiere la definición de nuevas condiciones, actividades e indicadores que midan los avances dentro del proceso para reasumir la competencia. Extensión de la medida correctiva para la asunción temporal de competencia en la prestación del servicio de salud

De acuerdo con los informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud (Anexo B), se evidencia la persistencia de riesgos e incumplimientos en el desarrollo de la medida correctiva la asunción temporal de la competencia en el sector salud. El incumplimiento de las condiciones que justifican el levantamiento evidencia la necesidad de extender la medida de asunción temporal de la competencia en la prestación del servicio de salud al departamento de La Guajira por un término de dos años<sup>30</sup>. En todo caso, si llegasen a cumplirse las condiciones para reasumir la competencia antes del plazo previsto, será posible solicitar a la DAF el levantamiento de la medida dentro de la vigencia de esta, cuando las condiciones lo permitan, según el seguimiento que se realice.

Entidad estatal encargada de asumir la competencia

Con el fin de dar continuidad al desarrollo de la medida correctiva en el sector salud en el departamento de La Guajira, el Ministerio de Salud y Protección Social mantendrá la competencia en concordancia con el numeral 13.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008, artículo 18 de la Ley 1450 de 2011 y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015. Lo anterior, de conformidad con el concepto técnico de la DAF del 1 de marzo de 2017, con radicado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público nro.22017006102, que establece:

De acuerdo con el inciso 2º del numeral 13.3.1. del Artículo 13 del Decreto 028 de 2008 y el numeral 2 del artículo 2.6.3.4.2.18 del Decreto 1068 de 2015, en virtud de la aplicación

de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia, el administrador temporal, asume la facultad para asegurar la ordenación del gasto del presupuesto de la entidad sujeto de la medida para lo cual podrá modificar, adicionar, aplazar, reducir o hacer traslados al presupuesto, en general ejecutar los mecanismo de modificación al presupuesto.

En consecuencia, el ámbito de aplicación de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia son las entidades territoriales de acuerdo al artículo 2 del Decreto 028 de 2008, por lo cual, independientemente del arreglo institucional de cada entidad territorial y la secretaria encargada de la ejecución de los recursos sujetos de la asunción temporal de la competencia, el administrador temporal asume todas las competencias en la prestación del servicio, incluyendo la programación presupuestal, ordenación del gasto, competencia contractual y nominación del personal que estaban a cargo de la entidad territorial (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2017.)

Facultades y responsabilidades de la nación al asumir la competencia

El administrador temporal designado, delegado del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá ejercer las competencias asignadas al departamento por la Ley 715 de 2001, o aquellas que le modifiquen o adicionen y conforme a las mismas administrará todos los recursos del sector salud del departamento en el Fondo Local de Salud de conformidad con el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el 18 de la Ley 1450 de 2011, así como la Resolución 3042 de 2007 y sus modificatorias. Para el efecto, el administrador temporal, en lo que considere pertinente, coordinará y articulará la gestión con la entidad territorial para el logro de los objetivos previstos.

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del administrador temporal designado para este efecto, ejercerá durante la vigencia de la medida correctiva de asunción temporal, las competencias definidas en el artículo 13, numeral 13.3 del Decreto 028 de 2008, los artículos 2.6.3.4.2.18 a 2.6.3.4.2.23 del Decreto 1068 de 2015, el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 18 de la Ley 1450 de 2011.



Condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podrá reasumir la competencia en la prestación del servicio de salud. La entidad territorial podrá reasumir las competencias una vez sean superados los eventos que justifican la medida, para lo cual el departamento de La Guajira deberá apoyar la gestión del administrador temporal durante el proceso, así como, lograr de manera conjunta, los siguientes objetivos:

Desarrollar y consolidar el proceso de planeación integral en salud, mediante la armonización de los insumos estratégicos, operativos y financieros acorde con lo dispuesto por la Resolución 1536 de 2015 y en la Resolución 518 de 2015.

Administrar, ejecutar y hacer seguimiento a los recursos del Fondo Local de Salud, de conformidad con el artículo 18 de la Ley 1450 de 2011, así como la Resolución 3042 de 2007 y sus modificatorias; en materia contable, presupuestal y de tesorería, de conformidad con lo previsto en la ley, en condiciones de oportunidad, confiabilidad y consistencia. Para lo cual, la entidad territorial, conforme al artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, deberá transferir la totalidad de los recursos del sector del Fondo Local de Salud al administrar, sin perjuicio

de los recursos propios que asigne al mismo, de conformidad con el concepto técnico de la DAF del 1 de marzo de 2017, con radicado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público nro. 22017006102.

Reportar la información requerida por las entidades del orden nacional en las condiciones y tiempos establecidos, así como, dar respuesta a los requerimientos enviados por parte de los órganos de control y las entidades del orden nacional en condiciones de oportunidad, confiabilidad y consistencia.

Organizar y consolidar la red prestadora de servicios de salud, logrando la viabilidad del Programa de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes de Prestadores de Servicios de Salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior debe involucrar a las empresas sociales del Estado de la red pública y propender por su sostenibilidad y equilibrio financiero. Así mismo, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación de los prestadores para operar en territorio, incluyendo inversiones en proyectos que busquen ampliar la capacidad resolutive y el portafolio de servicios. Se debe armonizar la interacción para la prestación de servicios de salud con las IPS indígenas y la red privada. Lo anterior, incluyendo el cumplimiento de las órdenes de la Corte Constitucional en la Sentencia 3T02 de 2017.

Depurar, auditar, financiar y pagar las cuentas derivadas de la prestación de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC en el régimen subsidiado de los servicios prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 en el marco del saneamiento propuesto en el

artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 y las normas que lo reglamenten. Para el desarrollo de lo expuesto deben tenerse en cuenta los pagos que han sido efectuados vía embargos y las obligaciones que el Departamento reconoció en el marco del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Depurar y auditar las cuentas por concepto de atenciones en salud a la población no afiliada y de migrantes, así como disponer las fuentes territoriales necesarias para lograr el mayor saneamiento posible de la deuda reconocida, en caso de que exista. Para el desarrollo de lo expuesto deben tenerse en cuenta los pagos que han sido efectuados vía embargos y las obligaciones que el departamento reconoció en el marco del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios en el caso que de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno nacional.

Cumplir con los procesos de supervisión y liquidación oportuna de los contratos suscritos para la prestación de los servicios de salud.

Garantizar los recursos de la cofinanciación del aseguramiento en salud del departamento, en atención a las directrices y normativas vigentes, y siendo garante del mismo proceso a nivel municipal.

Demostrar el ejercicio de depuración, constitución y saneamiento de la deuda real derivada

del incumplimiento en la cofinanciación del aseguramiento.

Utilizar los mecanismos previstos en el Decreto 064 de 2020 o la norma que lo modifique o sustituya, y la Sentencia T302 de 2017 para orientar y apoyar a los municipios e IPS en la afiliación de oficio de la población que reúna las condiciones para ser afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Promover la depuración de los listados censales en el marco de la Resolución 1838 de 2018, con la participación de los municipios y las autoridades indígenas del territorio. Garantizar que los recursos del componente de salud pública del SGP se utilicen para el financiamiento de las actividades de dicho componente, en observancia de lo señalado por el artículo 60 de la Ley 715 de 2001, el artículo 3 de la Ley 617 de 2000 y la Resolución 518 de mayo de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Garantizar la ejecución de los recursos de acuerdo con los porcentajes establecidos en la Resolución 518 de 2015, o aquella que le modifique o adicione, para el Plan de Intervenciones Colectivas y las acciones de gestión de salud pública, atendiendo el ámbito territorial y el tipo de beneficiarios permitidos.

Realizar la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, prioritariamente con las empresas sociales del Estado ubicadas en su jurisdicción, de acuerdo con la Resolución 518 de 2015, y las acciones de gestión en salud pública, de forma oportuna conforme al Plan de Acción de Salud.

Consolidar todos los procesos para la gestión de salud pública en el marco de lo definido en la Resolución 518 de 2015, así como contar con el recurso humano idóneo y competente,

de manera continua, apoyando la capacitación requerida.

Ejercer la supervisión o interventoría de los contratos celebrados con empresas sociales del Estado por concepto de Plan de Intervenciones Colectivas, que refleje el porcentaje de cumplimiento en las metas planteadas.

Demostrar el ejercicio de constitución y saneamiento de la deuda de salud pública.

Diseñar, implementar y promover la financiación del plan de trabajo territorial de manera gradual y progresiva, definido para la continuidad de la implementación del lineamiento técnico para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa, en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, de conformidad con la Resolución 5406 de 2015, o aquella que le modifique o sustituya.

Garantizar la continuidad y promover la financiación del Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición, con enfoque comunitario en las zonas rurales dispersas de los 4 municipios de la Alta Guajira, en el marco del Modelo de Atención definido para las particularidades del territorio y el cumplimiento de la Sentencia-3T02 de 2017.

Avanzar en el desarrollo de la inspección, vigilancia y control sanitario, de los comedores escolares, en el marco de las acciones dirigidas al cumplimiento del programa de Alimentación Escolar (PAE), conforme a los requisitos de la Resolución 29452 de 2017 del Ministerio de Educación Nacional

Garantizar una defensa jurídica integral a los recursos del sector salud.

Adelantar las acciones tendientes a cumplir con la custodia de toda la documentación generada de acuerdo con la Ley 594 de 2000 o la norma que la modifique o sustituya.

Publicar en el Sistema Electrónico de Contratación Público (Secop) todos los documentos y actos administrativos de los procesos de contratación de acuerdo con el Decreto 1082 de 2015.

Acorde con lo anterior, reorganizar la estructura administrativa y de planta de personal de la Secretaría de Salud, con el fin ejercer las competencias de la normatividad vigente.

**Indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva**

Con el fin de lograr los objetivos previstos para reasumir la competencia por parte del departamento, tanto el administrador temporal como la Gobernación en su conjunto, deberán cumplir con los indicadores de seguimiento y evaluación y deberán reportar su avance conforme

al Sistema de Monitoreo Seguimiento y Control previsto para efectos del Decreto 028 de 2008. Las actividades, indicadores y metas para la Administración temporal y para el departamento, se encuentran en la Tabla 11 y la Tabla 12 Anexo A del presente documento, por el término de la extensión de la medida.

**Vigencia de la medida**

La extensión de la medida de asunción temporal de la competencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social se establece por un término de hasta dos años, con base en lo establecido en el párrafo único del numeral 13.3.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008 y el artículo 2.6.3.4.2.13 del Decreto 1068 de 2015. Esto, sin perjuicio de solicitar a la DAF el levantamiento de la medida durante su vigencia (previo al vencimiento) cuando las condiciones y mejora de la prestación del servicio lo permitan, según el seguimiento que se realice.

**Costos de la medida**

En la Tabla 5 se presentan, de manera indicativa, los costos estimados de la medida de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud en el departamento de La Guajira.

**Tabla 4. Costo de la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de competencias por vigencia en el sector salud**

(Millones de pesos)

## EDUCACIÓN

Seguimiento y evaluación a la adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación en el departamento de La Guajira

En el marco de sus competencias, la DAF adelantó acciones de seguimiento y evaluación a las cuatro ETC afectadas por la medida, emitiendo los respectivos informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación (Anexo C). En ellos se concluye la necesidad de extender el tiempo de esta medida por dos años hasta que se verifique la permanencia de la capacidad instalada para la no afectación en la prestación del servicio educativo a fin de mantener los logros alcanzados por la administración temporal.

En los informes se evidencia que la gestión del Ministerio de Educación Nacional a través de la administración temporal ha conllevado a logros en términos de garantía de la cobertura, a la normalidad en la prestación del servicio educativo en el departamento, así como a la superación parcial de los eventos de riesgo presentados en el Documento CONPES 3883. Sin embargo, a pesar de los avances alcanzados durante los tres años de duración de la medida, los esfuerzos realizados por las ETC no logran ser suficientes para dar cumplimiento total a las actividades necesarias para la superación de los riesgos y de las condiciones necesarias para la reasunción de la competencia.

A continuación, en la Tabla 5 se presenta un resumen de los resultados del cumplimiento de condiciones y actividades de las entidades territoriales para reasumir la competencia. Los resultados completos se pueden consultar en los cuatro informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación (Anexo C).

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento de actividades y condiciones para reasumir la competencia del sector educación para cada entidad territorial.

Adicionalmente, en estos informes se evidencia la necesidad del fortalecimiento de capacidades institucionales de la ETC para prestar el servicio educativo una vez esa reasumida la competencia. En consecuencia, se requiere la definición de nuevas condiciones, actividades e indicadores que midan los avances dentro del proceso para reasumir la competencia.

Extensión de la medida correctiva para la asunción temporal de competencia en la prestación del servicio de educación

De acuerdo con los informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación (Anexo C), se demuestra que, transcurridos tres años de la implementación de la medida, persisten situaciones que ponen en riesgo la prestación del servicio educativo en las ETC del departamento de La Guajira, Situación presentada por el incumplimiento de actividades y condiciones para reasumir la competencia en el sector por parte del departamento de La Guajira, el distrito de Riohacha y los municipios de Maicao y Uribia. En consecuencia, los resultados de la evaluación de la medida en la vigencia la necesidad de extender la medida de asunción temporal de la competencia en la prestación del servicio educativo al departamento de La Guajira, el distrito de Riohacha y los municipios de Maicao y

Uribia, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 028 de 2008 y sus decretos reglamentarios 2911 de 2008 y 168 de 2009.

Entidad estatal encargada de asumir la competencia

El Ministerio de Educación Nacional seguirá siendo la entidad estatal encargada de asumir

la competencia para la prestación del servicio de educación por ser sectorialmente responsable. Esto, en función de sus competencias de regular la prestación del servicio educativo y realizar las acciones necesarias para mejorar la administración de los recursos del sector.

Facultades y responsabilidades de la nación al asumir la competencia

El Ministerio de Educación Nacional tendrá las atribuciones y facultades conforme a los numerales 13.3 y 13.3.1 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008, así como al numeral 18.2 del artículo 18 del Decreto 2911 de 2008. Adicionalmente, el Ministerio de Educación Nacional, a través del administrador temporal, ejercerá durante la extensión de la vigencia de la medida de asunción temporal las competencias que en virtud de la Ley 715 de 2001 les corresponden a las ETC de La Guajira, Maicao, Riohacha y Uribia.

Es importante mencionar que el objetivo del Ministerio de Educación Nacional es normalizar la prestación efectiva del servicio educativo, por lo que deberá garantizar los procesos inherentes a la prestación del servicio educativo relacionados con la cobertura, calidad, reporte de

información, procesos administrativos y financieros, hasta tanto las ETC reasuman la competencia. De igual forma, al menos durante 6 meses con posterioridad a la entrega de la competencia a la ETC, el Ministerio de Educación Nacional deberá brindar un acompañamiento a la entidad territorial para garantizar el cierre adecuado de los procesos que hasta el cierre de la medida de asunción de la competencia realice la Administración Temporal, en especial el cierre fiscal, defensa judicial post medida y la liquidación de los contratos suscritos en vigencia de la medida de asunción de la competencia.

Condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podrá reasumir la competencia en la prestación del servicio de educación

De acuerdo con el informe de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación (Anexo C), emitido por la DAF, para que las ETC del departamento de la Guajira puedan reasumir la competencia en el sector de educación deberá cumplirlas siguientes condiciones: Apropiar recursos dentro del presupuesto de otras fuentes diferentes al SGP en cuantía no inferior al máximo invertido entre las vigencias 2016 y 2019 indexado, para ser transferidos a las cuentas maestras de calidad o diferente de nómina a la administración temporal para

la prestación del servicio educativo. Para la fuente de regalías deberá demostrarse articulación con la programación establecida por la administración temporal para garantizar que la inversión esté destinada a dar respuesta a las prioridades definidas por la administración temporal(en el marco del Artículo 18 de la Ley 1450 de 2011).

Suministrar oportunamente toda la información requerida por la administración temporal durante la vigencia de la medida.

Depurar las deudas del sector educativo causadas antes de la asunción de la competencia.

Sanear los saldos existentes por pagar de las deudas identificadas en el punto anterior, previo trámite de validación con el Ministerio de Educación Nacional, en virtud del artículo 148 de la Ley 1450 de 2011.

Reportar en el Consolidador de Hacienda e Información Pública(CHIP) con criterios de oportunidad, calidad y consistencia, las categorías relacionadas con el sector educativo y PAE, previa formalización de las responsabilidades institucional en el interior de la entidad territorial.

Implementar un sistema de información financiero integrado que permita la articulación en los procesos de presupuesto, contabilidad, tesorería y control de pagos, de conformidad con los roles definidos en el manual de procesos de gestión financiera, garantizando la coordinación entre las dependencias que intervienen.

Presentar o crear las herramientas y la armonización de los procesos que conforman el ciclo de programación y ejecución de la inversión, articulado oportunamente con los requerimientos del sector educativo incluyendo el PAE. Esta condición debe ser asumida por la Secretaría de Hacienda y Secretaría de Planeación

Adoptar mediante acto administrativo la planta de personal administrativo del nivel central presentada por la administración temporal, que viabilice el Ministerio de Educación Nacional para el funcionamiento de la Secretaría de Educación, a financiar con recursos del SGP en educación y propios. Adelantar el concurso de méritos para la provisión en carrera administrativa de dichos cargos, de acuerdo con los procesos misionales y sus respectivos manuales de funciones y perfiles idóneos. El número de cargos a financiar con recursos propios no podrá ser inferior al que se financia actualmente con dichos recursos (vigencia 2019). Disponer de personal de planta con el perfil requerido y capacitado, y demostrar la articulación de la Secretaría de Educación con las demás dependencias de la administración territorial (Secretaría de Hacienda Secretaría de Planeación, Contratación y Defensa Jurídica).

Cumplir con la rendición de cuentas a que esté obligada la entidad territorial, incluyendo el sector educativo y el PAE con base en la información suministrada para la administración temporal.

Indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva

En la Tabla 13, Tabla 14, Tabla 15, Tabla 16 y Tabla 17 del Anexo A se detallan las actividades e indicadores de seguimiento con los cual se determinará el cumplimiento y los avances de la medida prevista en el presente documento. Estas tablas son producto de la descripción detallada de las actividades, periodicidad, meta y fórmula de cálculo de los indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva así como la relación de los responsables de realizar dicho reporte que la DAF remitió al DNP, los cuales se relacionan con las condiciones generales presentadas en la sección 5.2.3, para las ETC del departamento de la Guajira.

Específicamente las condiciones generales de cumplimiento y los indicadores de seguimiento de la medida correctiva se presentan para todas las ETC (La Guajira, Maicao, Riohacha y Uribia) en la Tabla 13. Adicionalmente, los relacionados con el departamento de La Guajira se presentan en la Tabla 14, los relacionados con Riohacha en la Tabla 15, los relacionados con Maicao en la Tabla 16 y los relacionados con Uribia en la Tabla 17.



### Vigencia de la medida

La extensión a la medida de asunción temporal de la competencia por parte del Ministerio de Educación Nacional se establece por un término de hasta dos años, con base en lo establecido en el párrafo único del numeral 13.3.3 del artículo 13 del Decreto 28 de 2008 y el artículo 2.6.3.4.2.13 del Decreto 1068 de 2015. Esto, sin perjuicio de solicitar a la DAF el levantamiento de la medida durante su vigencia (previo al vencimiento) cuando las condiciones y mejora de la prestación del servicio lo permitan, según el seguimiento que se realice.

### Costos de la medida

Para continuar con la administración de la competencia del sector educativo las ETC del departamento de la Guajira, el Ministerio de Educación Nacional se quiere mantener el equipo que coordine y apoye las diferentes actividades de la Secretaría de Educación: áreas administrativa y financiera, jurídica, contractual y control interno disciplinario. El objetivo de este equipo es fortalecer la capacidad técnica de las ETC, condición necesaria para reasumir la competencia.

Este equipo seguirá siendo apoyado por los funcionarios que actualmente pertenecen a la planta del sector en las ETC en educación que reúnan el perfil y las calidades para hacerlo.

En la Tabla 6 se presentan, de manera indicativa, los costos estimados de la medida de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de educación en el departamento de La Guajira.

Tabla 6. Costo de la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de competencias por vigencia en el sector educación

(Millones de pesos)

Fuente: Ministerio de Educación Nacional(2020).

### ALIMENTACIÓN ESCOLAR

Seguimiento y evaluación a la adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de alimentación escolar en el departamento de La Guajira

Con el fin de determinar si los eventos de riesgo que motivaron la medida fueron superados, la DAF adelantó las acciones para realizar el seguimiento y evaluación a los indicadores y condiciones para que los doce municipios no certificados (Albania, Barrancas, Dibulla, Distracción, El Molino, Fonseca, Hatonuevo, La Jagua del Pilar, Manaure, San Juan del Cesar, Urumita y Villanueva) y las tres ETC (Riohacha, Maicao y Uribia) afectadas reasumieran la competencia en la prestación del servicio de alimentación escolar los resultados de este ejercicio se presentan en los 15 informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de alimentación escolar (Anexo D). En estos informes se evidencia que, a pesar de los esfuerzos en algunos casos para avanzar en el cumplimiento las actividades y condiciones para reasumir la competencia, estos son insuficientes para demostrar la superación total de los eventos de riesgo que motivaron la adopción de la medida. A continuación, en la Tabla 7 se presenta un resumen de los resultados del cumplimiento de condiciones y actividades de las entidades territoriales para reasumir la competencia. Los resultados completos se pueden consultar en los 15 informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de alimentación escolar (Anexo D).

**Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento de actividades y condiciones para reasumir la competencia del servicio de alimentación escolar para cada entidad territorial.**

Fuente: DNP (2020), a partir de información del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2020).

Adicionalmente, en estos informes se evidencia la necesidad del fortalecimiento de capacidades institucional es de las entidades territoriales. En consecuencia, se requiere la definición de nuevas condiciones, actividades e indicadores que midan los avances dentro del proceso para reasumir la competencia.

Extensión de la medida correctiva para la asunción temporal de competencia en la prestación del servicio de alimentación escolar

De acuerdo con los informes de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de alimentación escolar (Anexo D), emitidos por la DAF, existe evidencia del incumplimiento de las actividades y condiciones para reasumir la competencia en el sector por parte de los municipios de La Guajira afectados por la medida, situación que expone la persistencia de las situaciones de riesgo en la ejecución de los recursos y en la prestación del servicio. En consecuencia, y de conformidad el Decreto 028 de 2008 y sus decretos reglamentarios, es necesaria la extensión de la medida correctiva en la prestación del servicio de alimentación escolar en los municipios no certificados en educación de Albania, Barrancas, Dibulla, Distracción, El Molino, Fonseca, Hatonuevo, La Jagua del Pilar, Manaure, San Juan del Cesar, Urumita y Villanueva, y en las ETC en educación del departamento de La Guajira: Riohacha, Maicao y Uribia.

Entidad estatal encargada de asumir la competencia

Para asegurar la prestación del servicio de alimentación escolar en estos municipios el Ministerio de Educación Nacional continuará asumiendo la competencia de acuerdo con lo señalado por el artículo 136, parágrafo 4 de la Ley 1450 de 2011, reglamentado por el Decreto 1852 de 2015, y en concordancia con el numeral 13.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008 y el artículo 2.6.3.4.2.13 del Decreto 1068 de 2015.

Facultades y responsabilidades de la nación al asumir la competencia

Adicional a las facultades y responsabilidades relacionadas en la medida correctiva de asunción temporal de competencias para la prestación del servicio de educación (Sección 5n. Educación)<sup>31</sup>, el Ministerio de Educación Nacional a, través del administrador temporal designado para el sector, seguirá ejerciendo la competencia de garantizar el PAE conforme a lo definido en el numeral 17 del artículo 76 de la Ley 715 de 2001.

<sup>31</sup> Numerales 13.3.1, 13.3.2 y 13.3.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008, el Decreto 1068 de 2015 y el numeral 18.2 del artículo 18 del Decreto 2911 de 2008.

Condiciones generar les con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podrá reasumir la competencia en la prestación del servicio alimentación escolar

Para que los municipios no certificados en educación de Albania, Barrancas, Dibulla, Distracción, El Molino, Fonseca, Hatonuevo, La Jagua del Pilar, Manaure, San Juan del Cesar, Urumita, Villanueva y las ETC de Riohacha, Maicao y Uribia del departamento de La Guajira reasuman la competencia deberán entregar un informe trimestral del nivel de avance en el cumplimiento de las siguientes condiciones, con los respectivos soportes documentales. Los informes deberán recoger el histórico de información de los cortes anteriores, de tal forma que el último dé cuenta de toda la vigencia

Apropiar dentro del presupuesto anual de la entidad territorial recursos de otras fuentes, diferentes a la asignación especial para alimentación escolar del SGP y del Documento CONPES Social 151, en cuantía no inferior al máximo invertido entre las vigencias 2016 y 2019 indexado, para ser transferidos a la cuenta maestra de administración temporal ara

la menaje y utensilios prestación del servicio de alimentación escolar, la adquisición de, y la inversión en infraestructura (restaurantes escolares, cocina y zona de almacenamiento para la fuente de recursos de regalías la entidad territorial deberá demostrar articulación con la programación establecida por la administración temporal para garantizar que la inversión esté destinada a dar respuesta a las prioridades definidas por la administración temporal (en el marco del Artículo 18 de la Ley 1450 de 2011).

Implementar o fortalecer el sistema de información financiero integrado que permita el seguimiento y control al uso de los recursos, desagregando las diferentes fuentes de financiación que concurren en alimentación escolar, en los procesos de presupuesto, contabilidad, tesorería control de pagos para cada vigencia (corriente y anteriores), armonizado con el Catálogo de Clasificación Presupuestal de las Entidades Territoriales (CCPET) de conformidad con los roles definidos en el manual de funciones, garantizando la coordinación entre las dependencias que intervienen.

Reportaren los sistemas de información dispuestos por el Gobierno nacional la información relacionada con el PAE con criterios de oportunidad, calidad y consistencia (CH, Sistema de Matrícula [Simat] y el Secop).

Fortalecer el proceso de planeación y ciclo presupuestal de la inversión en alimentación escolar en la entidad territorial y garantizado el proceso de armonización del sector interior de la administración municipal.

---

<sup>32</sup> Los informes trimestrales deben tener las siguientes fechas de corte: de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre, 31 de diciembre. Los informes deben ser entregados a más tardar 10 días hábiles después de la fecha de corte.

Articular acciones con la administración temporal para acompañar procesos de construcción de los Planes Alimentarios Indígenas Propios de Instituciones Educativas de la entidad territorial, con el fin de promover que el PAE contribuya con la recuperación y el fortalecimiento de procesos culturales de alimentación de los pueblos indígenas en los casos en que aplique. Debe demostrar que puede sostenerlos una vez recupere la competencia.

Formalizar, promover y poner en marcha los mecanismos de gestión social y participación ciudadana de la alimentación escolar, conforme la normatividad vigente. Suministrar oportunamente toda la información requerida por la administración temporal durante la vigencia de la medida.

Las siguientes condiciones, serán evaluadas al vencimiento del término de la extensión de la medida correctiva o previa a la solicitud de levantamiento anticipado de la medida:

Conformar el equipo PAE con personal suficiente e idóneo, conforme a la normatividad vigente, que garantice la sostenibilidad del trabajo adelantado en alimentación escolar por la administración temporal.

Surtirla capacitación del módulo para el manejo de recursos que financian la alimentación escolar a través de las cuentas maestras, llevada a cabo por la DAF del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Presentar el escenario financiero del servicio de alimentación escolar de la siguiente vigencia, incluyendo todas las fuentes de financiación de la entidad territorial, para la sostenibilidad del servicio.

Participar en el proceso contractual para la prestación del servicio de la vigencia 20.22 Si el levantamiento de la medida correctiva se solicita para la vigencia 0 21, la entidad territorial deberá presentar un escenario de planeación contractual para la administración del servicio en las vigencias subsiguientes.

Indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva

En la Tabla 18 del Anexo A se detallan las actividades e indicadores de seguimiento los cuales determinará el cumplimiento y los avances de la medida correctiva prevista en el presente documento. En la Tabla 19 del Anexo A se presenta la relación de las entidades responsables de los indicadores de seguimiento y evaluación presentados en la tabla 18. Estas tablas son producto de la descripción detallada de las actividades e indicadores de seguimiento que la DAF remitió al DNP, de conformidad con lo señalado en los artículos 18 y 19 del Decreto 2911 de 2008.

Incluye una descripción de las actividades, la periodicidad, meta y fórmula de cálculo de los indicadores

<sup>33</sup> Esta condición aplica exclusivamente para la ETC en educación.

de seguimiento y evaluación de la medida correctiva para los municipios del departamento de La Guajira.

Algunos de estos indicadores involucran actividades relacionadas con el reporte adecuado de información por parte de las entidades territoriales en sistemas como el Formulario Único Territorial F( UT), el Simat y el Secop. De igual forma, la gran mayoría de los indicadores se encuentra dentro de las líneas de gestión financiera y administrativa o están orientados a mejora de procesos y supervisiones contractuales. En la línea de recursos humanos, se destacan indicadores que incluyen actividades como conformación del equipo PAE y finalmente, en la línea de prestación del servicio se define la actividad de entrega efectiva de acuerdo con las raciones pagadas establecidas en el contrato.

#### Vigencia de la medida

La extensión a la medida de asunción temporal de la competencia por parte del Ministerio de Educación Nacional se establece por un término de hasta dos años, con base en lo establecido en el parágrafo único del numeral 13.3.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008 y el artículo 2.6.3.4.2.13 del Decreto 1068 de 2015. Esto, sin perjuicio de solicitar a la DAF el levantamiento de la medida durante su vigencia (previo al vencimiento) cuando las condiciones y mejora de la prestación del servicio lo permitan, según el seguimiento que se realice.

#### Costos de la medida

Para continuar con la administración de la competencia la prestación del servicio de alimentación escolar en el departamento de Guajira, en todas las ETC y municipios afectados por la medida, el Ministerio de Educación Nacional requiere seguir financiando el equipo conformado en la primera etapa de esta medida, especializado en alimentación escolar y responsable de coordinar y apoyar las diferentes actividades de las secretarías de educación. El equipo conformado, cuenta con personal específico en las áreas administrativa, financiera y jurídica, y, teniendo en cuenta las particularidades de la operación del PAE, se cuenta con un grupo de profesionales especializado en seguimiento. Cabe señalar que este equipo debe ser apoyado por los funcionarios que actualmente pertenecen a la planta del sector en el departamento y los municipios certificados en educación que reúnan el perfil y las calidades para hacerlo.

Adicionalmente, es necesario garantizar los recursos para el desplazamiento de los equipos, en cumplimiento de las obligaciones asignadas a cada persona vinculada a la Administración temporal. En la Tabla 8 se presentan, de manera indicativa, los costos estimados de la medida de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de alimentación escolar en el departamento de La Guajira.

Tabla 8. Costo de la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de competencias por vigencia en el servicio de alimentación escolar (Millones de pesos)

Fuente: Ministerio de Educación Nacional(2020).

#### AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO

Seguimiento y evaluación a la adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira

La DAF adelantó las acciones de seguimiento y evaluación de la medida correctiva de asunción temporal de competencia de la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira<sup>4</sup>. De esta manera la DAF emite el informe de evaluación

a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico(Anexo E), donde se evidencia que el departamento de La Guajira no alcanzó el cumplimiento de tres de las cinco condiciones establecidas para que reasuma la competencia en el sector y cumplió las dos condiciones restantes.

Respecto a las condiciones no cumplidas por el departamento, el informe concluye que: La ejecución del Plan General Estratégico de Inversiones (PEGI)2017-2019, herramienta de planeación de los PDA, alcanzó solo el 69 %.

No se logró la meta de realizar los planes de acción de los municipios vinculados al PDA

Aunque hubo pago de cuentas de cobro por subsidios, no se establecieron procesos de auditoría en los municipios descertificados ni en los demás municipios vinculados al. PDA Respecto a las condiciones cumplidas, el informe concluye que

La definición de los instrumentos de planeación de corto y largo plazo de P-PADPA, se cumplió porque cuenta con un Plan General Estratégico 2017-2019 y con los correspondientes Planes Anuales de Inversión aprobados por el comité Directivo.

<sup>34</sup> De acuerdo con lo establecido en el numeral 7 del artículo 6 del Decreto 028 de 2008.

Implementar el plan de aseguramiento en la prestación de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo en los municipios vinculados al PA-PPDA, se cumplió porque se implementó en los municipios del Departamento el Plan de Aseguramiento.

Finalmente, al evaluación presentada por la DAF establece que el departamento de La

Guajira no cuenta con una estructura administrativa propia lo suficientemente robusta para hacerse cargo de los procesos que se manejan al interior del PDA. Por lo anterior, se configura la nueva condición para reasumirla competencia: Estructurar un gestor del PDA a través de una empresa de servicios públicos descentralizada o de un grupo de trabajo sectorial en la planta de personal del departamento.

Extensión de la adopción de medidas correctivas para la asunción temprana de competencia en la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico

De acuerdo con el informe de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico (Anexo E), emitido por la DAF, el departamento de La Guajira no alcanzó el cumplimiento de las condiciones establecidas para reasumirla competencia en el sector. En consecuencia, es necesario extender la vigencia de la medida por dos años o hasta que se verifique que la entidad territorial tiene la capacidad para asumir y mantener las condiciones que generaron la medida. A continuación se presentan las características de la extensión de la medida

Entidad estatal encargada de asumir la competencia

El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio será la entidad encargada para asumir las competencias en concordancia con el numeral 13.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008, y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015, así como, lo previsto en el artículo 3 de la Ley 1176 de 2007 (modificado por la Ley 1777 de 2019), y el Decreto 1077 de 2015.

Para este efecto, la entidad señalada, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, acordaron desde el inicio de la medida, un mecanismo unificado a su cargo el ejercicio de las competencias asumidas y que deberá continuar en el marco de la extensión recomendada.

Facultades y responsabilidades de la nación al asumir la competencia

El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, ejercerá las competencias generales y responsabilidades derivadas de lo establecido en el Decreto 028 de 2008 y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015. Adicional a estas, dicho ministerio ejercerá las competencias en virtud de la Ley 142 de 1994, la Ley 1176 de 2007, la Ley 1450 de 2011 y las atribuciones en virtud de lo establecido en el Decreto 1077 de 2015.



Condiciones generales con sujeción a las cuales el departamento de La Guajira podrá reasumir la competencia en la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico

De acuerdo con el informe de evaluación a la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de agua potable y saneamiento básico(Anexo E), emitido por la DAF, para que el departamento de La Guajira pueda reasumir la competencia en el sector de agua potable y saneamiento básico, deberá cumplir dentro de los dos años de la extensión de la medida con las siguientes condiciones

Presentar un avance en la ejecución de los proyectos del PDA establecidos en su Plan General Estratégico de Inversiones(PEGI) por encima del 80%

Estructurar los planes de acción para los municipios vinculados al PDA.

Diseñar y difundir una metodología de auditoría a las facturas por déficit de subsidios que presentan los prestadores a los municipios vinculados al PDA.

Estructurar un Gestor del PDA a través de una empresa de servicios públicos descentralizada o de un grupo de trabajo sectorial en la planta de personal del departamento.

Indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva

En la Tabla 20 del Anexo A, se detallan las actividades e indicadores de seguimiento con los cuales se determinará el cumplimiento y los avances de la extensión de la medida de intervención prevista en el presente documento. Esta tabla, remitida por la DAF, presenta una descripción detallada de las actividades, la periodicidad, meta y fórmula de cálculo de los indicadores de seguimiento y evaluación de la medida correctiva del departamento de La Guajira, y la relación de los responsables de realizar dicho reporte.

Vigencia de la medida

La extensión de la medida de asunción temporal de la competencia por parte del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio en el departamento de La Guajira se establece por un término de hasta dos años con base en lo establecido en el párrafo único del numeral 13.3.3 del artículo 13 del Decreto 028 de 2008 y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015Es.to, sin perjuicio de solicitar a la DAF el levantamiento de la medida durante su vigencia (previo al vencimiento) cuando las condiciones y mejora de la prestación del servicio lo permitan, según el seguimiento que se realice.

### Costos de la medida

La extensión de la medida de asunción temporal de la competencia en agua potable y saneamiento básico tiene un costo total de 15.870 millones de pesos. De manera indicativa, en la Tabla 9 se expone el costo estimado de la medida para cada año

Tabla 9. Costo de la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de competencias por vigencia en el sector agua potable y saneamiento básico (Millones de pesos)

Fuente: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio(2020).

### FINANCIAMIENTO

Conforme a lo establecido en el artículo 23 del Decreto 0028 de 2008, y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015, la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral se financia con cargo a los recursos del PGN. Para este fin, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignará anualmente los recursos requeridos para el efecto. La necesidad de recursos que se sugiere tener en cuenta para la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico el departamento de La Guajira se presentó en las secciones 4.2.6, 5.2.6, 6.2.6 y 7.2.6, respectivamente.

En la Tabla 10 se presenta de manera indicativa los costos de la extensión de la medida de asunción temporal de competencias. En total, la medida tiene un costo de 22.827 millones de pesos. De estos, aproximadamente 3.274 millones de pesos corresponden a las necesidades de recursos del sector salud, 9,580 millones de pesos la prestación del servicio de educación, 1,731 millones de pesos al servicio de alimentación escolar y 284.2 millones de pesos del sector de agua potable y saneamiento básico.

Tabla 10. Costo total de la extensión de la medida correctiva de asunción de competencias  
de La Guajira  
(Millones de pesos)

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social(2020), Ministerio de Educación Nacional(2020),  
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio(2020).

## RECOMENDACIONES

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social, e Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social:

Aprobar el presente documento la extensión de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud en el departamento de La Guajira; de educación(en los niveles de preescolar, básica y media) en departamento de La Guajira

y sus entidades territoriales certificadas de alimentación escolar en los municipios certificados y no certificados, y de agua potable y saneamiento básico en departamento de La Guajira; en virtud del Decreto Ley028 de 2008, y teniendo en cuenta lo dispuesto en la Sentencia T- 302 de 2017.

Solicitar a la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

Acompañar, junto con el Ministerio de Educación Nacional al departamento de La Guajira y a sus entidades territoriales certificadas en educación, en la definición de los recursos y las acciones relacionadas con el saneamiento financiero del sector educación.

Realizar actividades anuales de seguimiento a los compromisos y responsabilidades de cada nivel de gobierno para superar los eventos de riesgo identificados en este documento y normalizar la prestación del servicio de salud, del servicio educativo (visitas de campo y evaluación de los informes presentados por el Ministerio de Educación Nacional, la Gobernación y las alcaldías), del servicio de alimentación escolar y el servicio de agua potable y saneamiento básico en La Guajira.

Acompañar el proceso de punto final territorial en salud en el departamento de la Guajira, en el marco de las competencias establecidas por la normatividad vigente. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

Expedir la resolución por la cual se adopta la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico a las respectivas entidades territoriales del departamento de La Guajira, en virtud del Decreto Ley 028 de 2008 y lo reglamentado por el Decreto 1068 de 2015.

Asignar los recursos del Presupuesto General de la Nación de conformidad a los montos anuales acordados con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, para asumir la competencia temporal de administrar la prestación de los servicios de salud, educación,

alimentación escolar y agua potable y saneamiento básico, a los cuales se refiere los informes contenidos en el presente documento.

Solicitar al Ministerio de Educación Nacional, al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio:

Implementar la estrategia operativa que permita la extensión de la asunción temporal de

la competencia de la prestación de los servicios salud, educación, alimentación escolar y agua potable y saneamiento básico según sea su competencia.

Trabajar articuladamente entre las tres entidades desde el punto de vista administrativo y financiero para la adecuada ejecución de las competencias asumidas

Consolidar el equipo de trabajo, y definir los procesos y procedimiento para asegurar

la prestación de los servicios de educación, de alimentación escolar, de salud y de agua potable y saneamiento básico.

Evaluar periódicamente los avances logrados en el desarrollo de la asunción temporal de la competencia de los servicios de educación, alimentación escolar, salud, y agua potable y saneamiento básico según sea su competencia.

Adelantar las acciones requeridas para el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos para la aplicación efectiva de la asunción temporal de la competencia

en la prestación de los servicios de educación, alimentación escolar, salud, y agua potable y saneamiento básicos, según sea su competencia.

Tomar las medidas pertinentes directamente, o a través del administrador temporal que designe, para superar los eventos de riesgo detectados y presentados en el presente documento.

Tener en cuenta lo dispuesto en la Sentencia 3T02 de 2017, en relación con la determinación de la Corte Constitucional sobre el estado de cosas inconstitucional en el Departamento de La Guajira, en las acciones adelantadas en el marco de la sunción temporal de la competencia para los sectores de educación (incluyendo el servicio de alimentación escolar), salud y agua potable y saneamiento básico.

Promover el apoyo técnico y jurídico de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado para difundir políticas de prevención de conductas antijurídicas en torno a las medidas cautelares decretadas sobre recursos, según aplique en cada sector.

Solicitar al Ministerio del Interior:

Garantizar la seguridad del equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, que apoyarán la asunción temporal de la competencia en cada sector. Apoyar al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio y al Departamento Nacional de Planeación en la atención de la Sentencia 3T02 de 2017, con los procesos de consulta, concertación y socialización, que se requieren con las comunidades étnicas del departamento de La Guajira.

Solicitar al Ministerio de Educación Nacionales Ministerio de Salud y Protección Social el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio y las entidades territoriales través de las administraciones temporales, deben crear mecanismos de articulación que contribuyan al cumplimiento de las metas en el contexto de la medida correctiva con el objetivo de garantizar la correcta prestación de los servicios, en procura del bienestar de la comunidad

Solicitar al departamento de La Guajira y las demás entidades territoriales a las cuales se les aplica la medida correctiva de asunción temporal de las competencias: Adoptar de manera rigurosa la medida correctiva que implica el despojo de sus competencias en materia sectorial razón por la cual todas las inversiones que se realicen en los sectores afectados con esta medida deberán hacerse a través de las administraciones temporales designadas por el Gobierno nacional para dicha medida.

Adoptar las medidas requeridas para la entrega efectiva y oportuna de la información, documentación, instalaciones, equipos y recursos que permitan la asunción temporal de la competencia.

Programar y ejecutar las acciones señaladas en el presente documento que le permitan cumplir con las condiciones exigidas para reasumir la competencia en los respectivos sectores.

Seguir apropiando dentro de sus presupuestos recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones destinados a cada uno de los sectores y asignaciones objeto de la medida para mantener la continuidad, cobertura y calidad en la prestación del servicio. Estos recursos deberán ser transferidos con situación de fondos a las administraciones temporales, encargadas de prestar los servicio(como se establece en artículo 18 de la Ley1450 de 2011). En materia de regalías, la competencia para gestionar los recursos por disposición legal está en cabeza de las entidades territoriales; sin perjuicio de lo anterior, la formulación de proyectos y ejecución de recursos deberá hacerse de manera articulada con las administraciones temporales.

Solicitar al departamento de La Guajira en el marco del Decreto Ley 028 de 200:8

Apoyar la implementación de la medida de asunción temporal de competencia aquí prevista, desde todas las instancias gubernamentales del departamento, incluyendo la Asamblea Departamental.

b.

de la República, que permita el acompañamiento para hacer la devolución de competencias al departamento.

Transferir la totalidad de los recursos del sector salud al Fondo Local de Salud de conformidad con los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 18 de la Ley 1450 de 2011, así como la Resolución 3042 de 2007 y sus modificaciones.

Elaborar y adoptar una metodología de valoración de contingencias derivadas de procesos judiciales, tomando como referencia, si se estima conveniente, la metodología

Crear el fondo de contingencias departamentales de conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Ley 1955 de 2019, como una cuenta especial dentro del presupuesto departamental, asignando fuentes de financiación para la provisión de recursos para el pago de contingencias derivadas de procesos judiciales.

Revisar la posibilidad de solicitar a la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la admisión a un proceso de reestructuración de pasivos en el marco de la Ley 550 de 1999, para recuperar la sostenibilidad del departamento y mitigar los riesgos frente a medidas cautelares.

Solicitar a los órganos de control acompañar en las estrategias implementadas en el marco de la medida correctiva de asunción temporal de competencias por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

Solicitar a las administraciones temporales

Garantizar la transferencia de conocimiento a las entidades territoriales con el fin de permitir la generación de una capacidad instalada territorial que permita la continuidad y sostenibilidad de los procesos construidos en procura de las metas sectoriales alcanzadas y el mejoramiento de los indicadores de continuidad, cobertura y calidad.

Brindar apoyo e información a las entidades territoriales, en el marco de la construcción de los Planes de Desarrollo, para la formulación de las líneas base, metas e indicadores de los sectores intervenidos.

# Documento CONPES

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

## ESTRATEGIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Departamento Nacional de Planeación

Ministerio de Justicia y del Derecho

Ministerio de Salud y Protección Social

Ministerio del Trabajo

Ministerio de Educación Nacional

Ministerio de Cultura

Ministerio del Deporte

Departamento para la Prosperidad Social

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 14 de Abril de 2020

# 3992

2

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL  
CONPES

Iván Duque Márquez

Presidente de la República

Marta Lucía Ramírez Blanco

Vicepresidenta de la República

Alicia Victoria Arango Olmos

Ministra del Interior

Claudia Blum de Barberi

Ministra de Relaciones Exteriores

Alberto Carrasquilla Barrera<sup>1</sup>

Ministro de Hacienda y Crédito Público

Margarita Leonor Cabello Blanco

Ministra de Justicia y del Derecho

Carlos Holmes Trujillo García

Ministro de Defensa Nacional

Rodolfo Enrique Zea Navarro

Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Fernando Ruíz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Ángel Custodio Cabrera Báez

Ministro del Trabajo

María Fernanda Suárez Londoño

Ministra de Minas y Energía



José Manuel Restrepo Abondano  
Ministro de Comercio, Industria y Turismo  
María Victoria Angulo González  
Ministra de Educación Nacional  
Ricardo José Lozano Picón  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible  
Jonathan Tybalt Malagón González  
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio  
Sylvia Cristina Constaín Rengifo  
Ministra de Tecnologías de la Información y las  
Comunicaciones  
Ángela María Orozco Gómez  
Ministra de Transporte  
Carmen Inés Vásquez Camacho  
Ministra de Cultura  
Ernesto Lucena Barrero  
Ministro del Deporte  
Mabel Gisela Torres Torres  
Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación  
Luis Alberto Rodríguez Ospino  
Director General del Departamento Nacional de Planeación  
Daniel Gómez Gaviria  
Subdirector General Sectorial  
Amparo García Montaña  
Subdirectora General Territorial

<sup>1</sup> Estos miembros del CONPES no participaron en la sesión de aprobación del presente documento CONPES.

3

### Resumen ejecutivo

La población colombiana ha presentado un deterioro de su salud mental en los últimos 20 años. En relación a los trastornos mentales se identificó que una de cada diez personas en el 2017 padeció un trastorno mental y estos se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)<sup>2</sup> entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

Por otro lado, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) son considerados tanto factores que influyen en la aparición de síntomas mentales, como problemas mentales en sí mismos. En este sentido, entre los años 1990 y 2017, las violencias ocuparon la primera causa de muerte y discapacidad en el país (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Con respecto al consumo de SPA, para el 2013, el porcentaje de abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita con respecto a los consumidores era del 57,70 % (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). Así mismo, para el 2016 la edad promedio de inicio de consumo de SPA era 13,6 años (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).

Las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana se asocian a tres problemáticas principales: en primer lugar, la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental. En segundo lugar, las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos, y finalmente, a las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales. Para solucionar las problemáticas anteriormente planteadas este documento promueve la salud mental de la población que habita en el territorio colombiano a través de tres principales ejes de acción: el primer eje enfocado en aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos

mentales o consumo de SPA. El segundo eje está relacionado con el fortalecimiento de los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y busca desarrollar competencias socioemocionales en toda la población. El último eje orientado a mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social.

Esta política se desarrollará en un horizonte de 4 años, con acciones a 2023 y tiene un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos. Además, cuenta con la participación y

<sup>2</sup> Corresponde a la pérdida de años de vida de las poblaciones debido a discapacidad o mortalidad por una enfermedad o evento.

4

liderazgo del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura, el Departamento para la Prosperidad Social, el Ministerio del Deporte y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Clasificación: I12, I18.

Palabras clave: salud mental, problemas mentales, trastornos mentales, salud pública, sustancias psicoactivas, violencias, suicidio, violencias en niños, niñas y adolescentes.

5

#### TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN .....	11
2.1. Antecedentes normativos de la política de salud mental .....	11
2.2. Desarrollo normativo para la prevención y atención de las violencias .....	15
2.3. Políticas para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas .....	17
2.4. Justificación .....	18
3. MARCO CONCEPTUAL .....	20
4. DIAGNÓSTICO .....	25
4.1. Baja coordinación intersectorial en temas de salud mental .....	26
4.1.1. Escasa articulación de los espacios y de la oferta con incidencia en la salud mental de la población colombiana .....	26
4.1.2. Fragmentación y limitado uso de la información sobre salud mental en el país ...	28
4.2. Barreras en los entornos y en las competencias de los individuos para afrontar situaciones adversas .....	29
4.2.1. Entornos como factores de riesgo para la salud mental .....	30
4.2.2. Bajo desarrollo de competencias socioemocionales para afrontar situaciones adversas .....	42
4.3. Limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales .....	42
4.3.1. Reducida y desarticulada oferta en salud para la atención integral de las personas con problemas o trastornos mentales .....	43
4.3.2. Baja disponibilidad del talento humano y limitaciones en su formación en salud para la atención integral a problemas o trastornos mentales .....	46
4.3.3. Desconocimiento de la oferta social y ausencia de articulación sociosanitaria para la inclusión social en problemas y trastornos mentales .....	47
5. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA .....	48
5.1. Objetivo general .....	48
5.2. Objetivos específicos .....	48
5.3. Plan de acción .....	49
5.3.1. Estrategia para la coordinación intersectorial en temas de salud mental .....	49

5.3.2. Estrategia de fortalecimiento de entornos protectores .....	51
6	
5.3.3. Estrategia para la atención en salud e inclusión social .....	55
5.4. Seguimiento .....	57
5.5. Financiamiento .....	57
6. RECOMENDACIONES .....	59
ANEXOS .....	61
Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento (PAS) .....	61
BIBLIOGRAFÍA .....	62

7

#### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Personas y atenciones por trastornos mentales, del comportamiento y por consumo de SPA, Colombia 2018 .....	44
Tabla 2. Cronograma de seguimiento .....	57
Tabla 3. Financiamiento de la política .....	58

#### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tasas de violencia intrafamiliar por grupos de edad .....	36
Gráfico 2. Denuncias y exámenes medicolegales por presunto delito sexual cometido contra niñas, niños y adolescentes en Colombia (2011-2019) .....	41

#### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Funcionamiento e implementación de políticas y comités nacionales relacionados con salud mental .....	28
---	----

8

#### SIGLAS Y ABREVIACIONES

AVAD Años de vida potencialmente perdido por discapacidad  
 CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social  
 DDHH Derechos humanos  
 ENSM Encuesta Nacional de Salud Mental  
 EPS Entidades promotoras de salud  
 ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
 Inpec Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario  
 IPS Instituciones prestadoras de servicios de salud  
 ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible  
 OMS Organización Mundial de la Salud  
 PAB Plan de Atención Básica  
 PAS Plan de Acción y Seguimiento  
 PDSP Plan Decenal de Salud Pública  
 PTS Planes territoriales de salud  
 RETHUS Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud  
 RIAS Rutas Integrales de Atención en Salud  
 SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud  
 Sispro Sistema Integrado de Información de la Protección Social  
 SPA Sustancias psicoactivas  
 SRPA Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente  
 SSO Servicio social obligatorio  
 TEP Trastorno de estrés postraumático

9

#### 1. INTRODUCCIÓN

La salud mental está relacionada con los comportamientos que desarrollan los sujetos individuales y colectivos, adquiridos mediante el aprendizaje de recursos emocionales,

cognitivos y mentales. Estos recursos se despliegan en interacción con otras personas o situaciones, para transitar en la vida cotidiana y afrontar situaciones de tensión emocional (Ley 1616 de 2013). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, en los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, lo cual se evidencia en el incremento de problemas (síntomas o conductas que producen malestar emocional) y trastornos mentales (alteraciones significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental).

Por otro lado, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) son considerados tanto factores que influyen en la aparición de síntomas mentales, como problemas mentales en sí mismos. Con respecto al consumo de SPA, para el 2013, el porcentaje de abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita con respecto a los consumidores era del 57,70 % (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). Así mismo, para el 2016 la edad promedio de inicio de consumo de SPA era 13,6 años (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).

Así mismo, durante el último siglo, la violencia ha persistido como la primera causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)<sup>3</sup> en el país (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). En relación a los trastornos mentales se identificó que una de cada diez personas en el 2017 padeció un trastorno mental y estos se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

Los problemas y trastornos mentales pueden ocasionar, entre otros, deserción educativa, baja productividad laboral, bajo rendimiento escolar, aumento del consumo de SPA, aumento en la probabilidad de relación con el delito y desarrollo de enfermedades crónicas que aumentan los efectos nocivos de los problemas de salud mental entre la población (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2017; Cunningham, Acosta, & Muller, 2016; Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015). El peor desenlace en salud mental es el suicidio, ya que es un evento prevenible y tiene un serio impacto en al menos otras seis personas (Organización Mundial de la Salud, 2000). Entre 2017 y 2018, se ha incrementado la tasa de suicidio en 1,35 puntos porcentuales (p.p.); siendo mayor en adolescentes, jóvenes, adultos mayores y población indígena (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018).

<sup>3</sup> Corresponde a la pérdida de años de vida de las poblaciones debido a discapacidad o mortalidad por una enfermedad o evento.

10

En el país se han expedido un gran número de documentos normativos y de política pública en torno a la salud mental, violencias y consumo de SPA. Entre los más recientes se encuentran: (i) la Política Nacional de Salud Mental, expedida en 2018 por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual orienta estrategias para la promoción de la salud mental, reducción de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, suicidio, violencias y epilepsia, integralidad de atenciones en salud e inclusión social; (ii) frente al consumo de SPA, el Ministerio de Justicia y del Derecho expidió en 2018 la Política Integral para Enfrentar el Problema de Drogas-Ruta Futuro, la cual se articula con el primer pilar de la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo expedida por Ministerio de Salud y Protección Social en 2019, intentando generar respuestas continuas y efectivas para la atención integral de la población en riesgo o consumo problemático de SPA; (iii) en relación con violencias, el Ministerio del Interior en conjunto con el Ministerio de Defensa Nacional, expidió en 2019 la Política Marco de Seguridad y Convivencia Ciudadana, la cual busca, entre otras cosas, prevenir la violencia intrafamiliar e interpersonal, a través estrategias que fortalezcan la familia, la seguridad y la convivencia.

Si bien el país logró avances significativos en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental, aún existen rezagos en términos de implementación de los

lineamientos establecidos en la política de salud mental. En particular existen problemas de articulación intersectorial en la implementación a nivel nacional y territorial de una estrategia que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio. De esta forma, el presente documento CONPES propone avanzar hacia la implementación de un esquema de articulación intersectorial a nivel nacional y territorial que permita lograr consolidar un plan de acción entre las diferentes entidades, sectores y espacios que inciden en las problemáticas abordadas.

También se propone un conjunto de acciones con el fin de eliminar las principales barreras de los entornos sociales en los que se desenvuelven los individuos y que inciden en su salud mental. Por último, se proponen algunas actividades para mejorar la atención integral de los pacientes que requieren rehabilitación en el sistema de salud, así como varias acciones que permitan que los pacientes rehabilitados puedan acceder a una oferta de inclusión social.

El documento contiene seis secciones, incluida esta introducción. En la segunda sección se hace un resumen de los antecedentes normativos y de política pública que justifica la realización de este documento. En la tercera sección, se realiza el marco conceptual, en el que se explica la salud mental, se retoman los modelos ecológicos y de determinantes sociales para analizar las violencias, problemas, trastornos mentales y consumo de SPA, haciendo

11  
énfasis en la importancia de la intervención de las niñas, niños y adolescentes. En la cuarta sección se realiza un análisis de las problemáticas que limitan la promoción de la salud mental de la población residente en el territorio colombiano, así como la atención integral en salud e inclusión social en población víctima de todo tipo de violencia, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA. En la quinta sección se detalla la definición de la política, se definen sus objetivos, se presentan las principales estrategias, y su esquema de seguimiento y financiamiento. Finalmente, en la sexta sección, se presentan las recomendaciones al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) para la correcta implementación de esta política.

## 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Para comprender la necesidad de este documento se requiere conocer los desarrollos normativos y de política pública en salud mental, así como los vacíos y limitaciones en la implementación a nivel nacional y territorial. Además, la revisión de los antecedentes permitirá evidenciar la importancia de abordar la salud mental como eje del desarrollo humano, y de establecer acciones desde diferentes sectores del Gobierno nacional. Con el fin de profundizar en los avances de política en salud mental y en los desarrollos normativos que han buscado prevenir factores que afectan la salud mental, esta sección presenta una discusión alrededor de los siguientes elementos: (i) los principales avances de política en salud mental; (ii) los principales avances normativos para la prevención y atención de las distintas formas de violencias; (iii) los principales desarrollos normativos y de política alrededor del consumo de SPA. Por último, se explican los costos sociales en el país que justifican la realización de este documento de política.

### 2.1. Antecedentes normativos de la política de salud mental

En los últimos 30 años la política de salud mental ha logrado avances significativos en lo normativo y desde el punto de vista conceptual. Los avances de política pasaron de ver la salud mental como la ausencia de enfermedad, a un abordaje desde el concepto de salud mental positiva<sup>4</sup>, el cual requiere establecer acciones a toda la población residente en el territorio colombiano interviniendo los determinantes sociales que influyen en la salud mental.

<sup>4</sup> Este concepto se retoma de la Ley 1616 de 2013, el cual establece la salud mental como un estado de bienestar de cada persona para desarrollarse en los diferentes entornos, afrontar las tensiones normales de la vida y

contribuir a la comunidad.

12

Los primeros avances en la política de salud mental iniciaron en la década de los setenta a través de los Macro diagnósticos de salud mental<sup>5</sup>, que eran estudios que realizaban un análisis de las patologías atendidas<sup>6</sup>, las instituciones, y los profesionales que atendían a las personas con trastornos mentales; estos establecían lineamientos para la inclusión de acciones en salud mental en la atención hospitalaria (Urrego Mendoza, 2007; Parales, Urrego, & Herazo, 2018). De esta manera, el enfoque de salud mental en términos de conceptualización y prestación de servicios en la década de los setenta y ochenta estaba centrado en la atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

A partir de la década de los noventa se dio un cambio importante en la política de salud mental. Con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993<sup>7</sup> y a través de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se buscaba brindar protección integral en todos los niveles, desde la promoción de la salud mental, hasta la atención de problemas y trastornos mentales, que incluye el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación. Lo anterior se materializó a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), en sus modalidades subsidiado y contributivo, y a través del Plan de Atención Básica (PAB) que corresponde al conjunto de intervenciones encaminadas a promover la salud y prevenir la enfermedad. De esta forma, el Gobierno nacional estableció las políticas en salud pública y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de garantizar intervenciones colectivas, lo que permitió generar acciones más allá de las instituciones de salud.

En términos de conceptualización de la salud mental también se dio un cambio importante a partir de la década de los noventa, en la medida en que se ha venido integrando, de manera progresiva, el enfoque de salud mental positiva a la política pública. Este enfoque ha permitido abordar los temas de salud mental más allá de la enfermedad, a través de la intervención de determinantes sociales que afectan el estado de bienestar de la población y promover capacidades en las personas para afrontar situaciones en la vida.

Uno de los avances más significativos en salud mental fue la expedición en 1998 de la primera Política Nacional de Salud Mental<sup>8</sup>, la cual incluyó directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo socioeconómico y calidad de vida. Esta política relacionó por primera vez la salud

<sup>5</sup> Se desarrollaron 3 macrodiagnósticos de salud mental, un primer estudio en 1974, un segundo en 1981 y el tercero en 1986-1987.

<sup>6</sup> Las principales patologías estaban asociadas con trastornos mentales.

<sup>7</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>8</sup> Esta se expide por medio de la resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud, la cual incluyó las directrices establecidas en el documento Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria, publicado por la OMS en 1990.

13

mental con las conductas adictivas a SPA y violencias, incluidas las del conflicto armado. Así mismo, apuntó a la prevención en la aparición de la enfermedad mental, reorientación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y actuación conjunta con la vigilancia en salud pública (Parales, Urrego, & Herazo, 2018). Sin embargo, y dado que esta política fue aprobada en medio de un cambio de Gobierno nacional, la política no logró el impacto esperado en términos de difusión y recursos financieros, lo que dificultó su adopción y operativización a nivel territorial (Ardón Centeno & Cubillos Novella, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2007).

A raíz de los problemas para la implementación de la política de salud mental de 1998, en 2005 el Ministerio de la Protección Social reformuló la política a través de la expedición del documento Lineamientos de políticas de salud mental para Colombia. Estos lineamientos propusieron una metodología para la planeación del componente de salud

mental en los Planes Territoriales de Salud (PTS), y fueron la base para la estructuración de múltiples políticas a nivel regional (Ministerio de la Protección Social, 2007).

De igual forma, y con el fin de lograr avanzar en la organización institucional que requiere el desarrollo de la política de salud mental, la Ley 1122 de 2007<sup>9</sup> ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en los planes de Salud Pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial. Específicamente, la ley incluyó el análisis de la salud mental, con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio, en el perfil epidemiológico, como insumo para la elaboración de los planes nacionales de Salud Pública (PNSP)<sup>10</sup>. Así mismo, incorporó estrategias para la promoción de la salud mental, tratamiento de los trastornos mentales, prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

Estos lineamientos fueron incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010<sup>11</sup> posicionando la salud mental como una prioridad nacional, fomentando su incorporación en los planes territoriales de salud (PTS) y asignando la responsabilidad de la promoción, con énfasis en el ámbito familiar, a las EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS. De igual manera, estos lineamientos se retomaron para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, incorporando la salud mental y la convivencia social dentro de las ocho dimensiones prioritarias<sup>12</sup>. El PDSP evidenció la necesidad de trabajo articulado

<sup>9</sup> Por la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS.

<sup>10</sup> Este perfil epidemiológico buscó describir la morbilidad, mortalidad y carga en salud presentada por la salud mental en torno a la violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio, este instrumento es de utilidad en el establecimiento de estrategias incluidas en el PDSP del país.

<sup>11</sup> Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

<sup>12</sup> El PDSP 2012-2021 define ocho dimensiones prioritarias para implementación de acciones en salud pública en el país, las cuales son: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, 14

desde diferentes sectores de Gobierno, para intervenir los determinantes sociales relacionados con la salud mental. Por otro lado, en 2009 se expidió la Ley 1306 de 2009<sup>13</sup>, la cual determinó la protección general e inclusión social de las personas con discapacidad mental.

A pesar de que todos los avances logrados en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental evidenciaron la necesidad de generar estrategias de promoción de la salud mental en diferentes sectores del Gobierno, se continuó con un abordaje desde la enfermedad, implementando acciones de promoción únicamente desde el sector salud.

En virtud de lo anterior, fue proferida la Ley 1616 de 2013<sup>14</sup>, la cual garantizó el derecho a la salud mental, con prioridad en la niñez y adolescencia, y estableció que para el fortalecimiento de la salud mental en la población colombiana sería necesaria la expedición de la Política Pública Nacional de Salud Mental del sector salud y un documento CONPES sobre salud mental con participación de actores institucionales. Esta ley además indicó que los dos documentos de política mencionados anteriormente debían basarse en el concepto de salud mental positiva, el cual se considera un desarrollo positivo a toda la población residente en el territorio colombiano interviniendo determinantes tales como: la inclusión social, la eliminación del estigma y la discriminación, la seguridad económica y alimentaria, el buen trato y la prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso escolar, prevención del suicidio y la prevención del consumo de SPA (Ley 1616, 2013).

En desarrollo del mandato de ley mencionado anteriormente, en el año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social profirió la Política Nacional de Salud Mental<sup>15</sup>, la cual busca promover la salud mental para el desarrollo integral de los sujetos individuales y colectivos; reducción de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, suicidio, violencias y epilepsia<sup>16</sup>; integralidad de atenciones en salud e inclusión social. Mas

recientemente, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad propuso avanzar en la expedición del documento CONPES de salud mental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles y salud y ámbito laboral.

<sup>13</sup> Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados.

<sup>14</sup> Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

<sup>15</sup> Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

<sup>16</sup> En este documento de política se priorizó la epilepsia, debido a que corresponde a un trastorno que genera alta discapacidad en la población.

15

el cual abordará de manera intersectorial<sup>17</sup> la gestión integral para la salud mental de la población colombiana. Por último, en el año 2019 se expidió la política de seguridad y convivencia ciudadana, la cual desarrolla acciones para el establecimiento de entornos seguros y salud mental para la convivencia.

Si bien el país ha logrado avances importantes en normatividad y en el diseño de políticas y en la adopción de un enfoque que permita abordar temas de promoción y prevención de determinantes sociales de la salud mental, aún es necesario redoblar esfuerzos para lograr mejorar la articulación intersectorial que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio.

## 2.2. Desarrollo normativo para la prevención y atención de las violencias

La violencia es uno de los principales factores que influyen en la incidencia de problemas mentales. En esa medida, el país ha logrado varios desarrollos normativos y de política que han estado orientados a la protección de víctimas, prevención y atención de distintos tipos de violencias. A continuación, se mostrarán los principales avances.

La intensificación del conflicto armado en la década de 1990 deterioró la salud pública, incluida la salud mental, debido a múltiples acciones violentas y de infracciones a los Derechos Humanos (DDHH). Las constantes amenazas a las misiones médicas ocasionaron entre otras cosas, la afectación de la infraestructura en salud y restringieron la oferta institucional en salud (Instituto Nacional de Salud, 2017). La respuesta del Estado para enfrentar los impactos prolongados del conflicto fue la expedición del Documento CONPES 2804 Programa nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia<sup>18</sup>, en el cual se creó el sistema de información y alerta temprana para identificar situaciones de riesgo de violencia, evaluar su magnitud y formular alternativas de solución territorial, y los consejos de seguridad regionales y municipales, para el diseño de mecanismos de prevención del desplazamiento. Así mismo se expidió la Ley 387 de 1997<sup>19</sup> en la que se estableció el Programa nacional integral a la población desplazada por la violencia.

<sup>17</sup> El PND define que las entidades participantes son: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Departamento para la Prosperidad Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Cultura, Ministerio de Trabajo y Ministerio del Deporte.

<sup>18</sup> Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2804.pdf>.

<sup>19</sup> Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

16

Más recientemente se expidió la Ley 1448 de 2011<sup>20</sup>, la cual se ordenan medidas para la atención, asistencia y reparación integral de víctimas del conflicto armado interno, se definen, entre otras cosas, los derechos de las víctimas, medidas de protección integral, atención, asistencia y reparación a las víctimas. En 2016 se firmó el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, materializada a través del Plan marco de Implementación del Acuerdo final (2017) propuesta para un lapso



de 15 años y el cual plantea desafíos en procesos para la reconciliación nacional y construcción activa de paz; así como atención y rehabilitación psicosocial a las víctimas de conflicto armado.

En materia de violencia intrafamiliar también se han logrado desarrollos normativos importantes. En 1996, se expidió la Ley 294 de 1996<sup>21</sup>, la cual crea el delito de violencia intrafamiliar, reconoce como víctimas al cónyuge, los menores de edad y cualquier persona que viva permanentemente en la unidad doméstica. Las estrategias se basaron en establecer medidas de protección; sin embargo, no se contemplaron medidas de prevención y atención de este tipo de violencias. Con el fin de operacionalizar estas medidas, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 4288 de 1996<sup>22</sup> en la cual incluyó en el PAB, el tema de las violencias con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica.

Además, dado que las mujeres son las principales víctimas de violencias en el país, se expidió la Ley 1257 de 2008<sup>23</sup>, la cual reconoce por primera vez la violencia contra las mujeres, y organizó una respuesta institucional, reconociendo la violencia en el ámbito público y privado.

En el ámbito educativo, se expidió la Ley 1620 de 2013<sup>24</sup> la cual crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y formación para los DDHH, la educación para la sexualidad y prevención de la violencia escolar. Además, creó mecanismos para la promoción, prevención, atención, detección y manejo de conductas que vayan en contra de la convivencia escolar, incluyendo el involucramiento activo de los padres y familiares en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

<sup>20</sup> Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

<sup>21</sup> Por la cual se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

<sup>22</sup> Por la cual se define el PAB del SGSSS.

<sup>23</sup> Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

<sup>24</sup> Por la cual se crea el Sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los DDHH, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar.

17

Una de las formas de garantizar la protección de los menores de 18 años, fue la expedición del Código de infancia y Adolescencia<sup>25</sup> el cual promueve el desarrollo integral y la protección de sus derechos. Consecutivamente, se expidió Ley 1446 de 2007<sup>26</sup>, la cual define la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, y establece acciones de prevención y atención que incluyen la realización de campañas en medios masivos de comunicación, la asignación de la responsabilidad de prevención al sector educativo y la creación del comité consultivo intersectorial nacional y territorial.

Sumado a lo anterior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar expidió en 2017 El lineamiento técnico para la atención integral de niñas, niños y adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados por causa de la violencia, el cual complementa la definición de violencia hacia menores de edad establecida por la Ley 1446, en la medida en que incluye la negligencia como un tipo de violencia, y establece que esta se puede presentar en diferentes ámbitos en que se desarrolla la niñez y adolescencia.

### **2.3. Políticas para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas**

El consumo temprano de SPA se relaciona con abuso y dependencia a futuro, los cuales están asociadas a trastornos mentales. Así el país ha avanzado en documento para la prevención de la demanda del consumo de SPA y atención integral de las adicción y trastornos mentales.

De manera general, se expidió en 2007 la Política Nacional de Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto, la cual propuso intervenciones de factores sociales para

prevención y atención integrada para las personas con consumo de SPA. De manera consecutiva se expide el Acuerdo 029 de 2011<sup>27</sup> sobre tratamiento psiquiátrico y psicológico a menores de 18 años con consumo riesgoso y abuso de SPA y la Ley 1566 de 2012<sup>28</sup>, donde se reconoce el abuso y la adicción a SPA como asunto de salud pública, donde las patologías asociadas al consumo deben ser atendidas por el SGSSS.

Posteriormente, se expide el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, y la

Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual dirige

<sup>25</sup> Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Este fue el primer documento de política expedido desde un enfoque de derechos que hace un llamado a la integralidad de acciones desde diferentes sectores del gobierno.

<sup>26</sup> Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

<sup>27</sup> Por el cual define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

<sup>28</sup> Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.

18

acciones en la promoción de condiciones y estilos de vida saludable, prevención y atención del consumo y abuso de SPA y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública. Y dentro de los desarrollos más recientes, se encuentra en el año 2019, la expedición de la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo<sup>29</sup> por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se articula con la Política Integral para Enfrentar el Problema de Drogas-Ruta Futuro, expedida en 2018 por el Ministerio de Justicia y del Derecho. Estas reconocen a las personas consumidoras como sujetos de derechos, buscan garantizar respuestas continuas para la atención integral de las personas, familias y comunidades con riesgo o consumo problemático de SPA.

#### 2.4. Justificación

Si bien el país cuenta con un alto desarrollo normativo y de política pública en materia de salud mental, violencias y reducción de consumo de SPA, su implementación evidencia rezagos a nivel nacional y territorial. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, los trastornos mentales se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD entre 2008 y 2018, además la prevalencia de trastornos sea ha aumentado en 0,53 puntos porcentuales (pp), pasando de 9,72% en 1990 a 10,25% en 2017, en donde aproximadamente 1 de cada 10 personas presenta algún tipo de trastorno mental (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Por otro lado, el suicidio es el peor desenlace en salud mental, que tiene un serio impacto en al menos otras seis personas (Organización Mundial de la Salud, 2000), en los últimos 11 años se ha incrementado la tasa de suicidio en 1,35 p.p., en 2008 esta fue de 4,58 por 100.000 habitantes y en 2018 de 5,93 por 100.000 habitantes; siendo mayores en adolescentes, jóvenes, adultos mayores y población indígena<sup>30</sup>.

En efecto, uno de los factores que explica esta alta prevalencia, está relacionado con la desarticulación y fragmentación de la salud mental con otras políticas y otros sectores que inciden en esta. A esto se suma, que la mayoría de las intervenciones en salud mental se realizan desde el sector salud, en gran medida porque la salud mental aún está asociada exclusivamente a trastornos mentales, desligándola de factores como la violencia y consumo de SPA.

Teniendo en cuenta que los factores que influyen en la incidencia de violencias y consumo de SPA están relacionados con la definición de salud mental positiva; este documento de política busca implementar una estrategia que permita desarrollar lo

<sup>29</sup> Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

<sup>30</sup> Según cifras para el año 2018 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

establecido en el PDSP 2012-2021, la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental de 2018.

Es importante anotar que la promoción de la salud mental y prevención de las violencias, consumo de SPA y problemas o trastornos mentales requiere contemplar, dentro de la reducción de brechas de inequidades, estrategias de superación de la pobreza y otras acciones en materia de seguridad y convivencia. En esa medida, es importante tener en cuenta que las estrategias que desarrolla el presente documento CONPES se complementan con otras políticas que fueron expedidas recientemente entre ellas, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, la Ruta Futuro: Política integral para enfrentar el Problema de las Drogas del Ministerio de Justicia y del Derecho, y la Política Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana del Ministerio del Interior. Asimismo, es importante poner de presente que este documento de política no abordará de manera específica los factores asociados a las violencias colectivas (violencia asociada a conflicto armado, genocidio, represión, terrorismo, crimen organizado, entre otras), para este último se requiere la definición de otro instrumento de política, el cual deberá articularse con el presente documento.

Adicionalmente, de acuerdo con la investigación sobre salud mental global y desarrollo sostenible realizada por la Comisión Lancet, el costo económico en salud mental a nivel mundial es abrumador. Cada año se pierden más de 12.000 millones de días hábiles debido a enfermedades mentales. Entre los años, esto le costará a la economía global 16 billones de dólares en pérdida de rendimiento económico, más que el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias combinadas. Asignar recursos económicos a la salud mental presenta un alto retorno de la inversión, donde cada dólar estadounidense (USD) invertido en enfermedades mentales comunes, como la depresión, produce un retorno de 3-5 USD. Esta investigación demostró que existen soluciones rentables para la prestación de atención de salud mental incluso en entornos de bajos recursos. Con una inversión correcta, solo 2 USD per cápita se podría extender la atención de salud mental a casi la mitad de la población que vive con una enfermedad mental en países de ingresos medianos y bajos. (Eaton, Qureshi, Salaria, & Ryan, 2018).

Por tanto, y teniendo en cuenta que el país requiere avanzar en la implementación de la política de salud mental, este documento propone una estrategia que promueva la salud mental de la población a través de acciones de los diferentes sectores tanto a nivel nacional y territorial. Asimismo, mejorar la atención de las personas con consumo o abuso de sustancia psicoactivas, violencias, problemas y trastornos mentales.

20

### 3. MARCO CONCEPTUAL

El abordaje integral de la salud mental es uno de los retos del país en salud pública. La comprensión de la salud mental se ha centrado exclusivamente en la presencia de enfermedad mental y por lo tanto su intervención se ha limitado, en mayor medida, al tratamiento de la enfermedad. El concepto de salud mental fue transformado a partir de la Ley 1616 de 2013<sup>31</sup> la cual la define como un estado dinámico que se manifiesta en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, permitiendo a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales que le permitan transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. Esta transformación del concepto promueve el abordaje de la salud mental a toda la población que reside en el territorio colombiano.

Para abordar el análisis de salud mental, se propone usar como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el cual consiste en que el desarrollo humano ocurre,

por interacciones recíprocas, entre el individuo y su ambiente. De esta forma, los distintos ambientes en los que participan los individuos influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional; así mismo, el individuo moldea los ambientes en respuesta a sus necesidades y demandas individuales (Bronfenbrenner U, 1977; Cuartas, 2019). Estas formas de interacción se encuentran asociadas a la salud mental de las personas y las poblaciones.

El modelo ecológico se divide en cuatro sistemas: (i) Macrosistema: está relacionado con la cultura, los valores, los principios, las creencias, y las normas sociales; (ii) Exosistema: espacio que comprende las dimensiones económico-políticas, y de políticas públicas, donde producen hechos que afectan positiva o negativamente las vidas de las personas; (iii) Mesosistema: lugar donde el individuo es participativo y existen interrelaciones o vínculos entre más de un entorno; (iv) Microsistema: es el nivel personal y proximal en el que se desarrolla una persona, corresponde al entorno individual en el que en mayor medida interactúa, se relaciona, pasa tiempo e influye directamente el individuo (Bronfenbrenner U., 1977; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Posteriormente, Bronfenbrenner & Ceci realizaron una extensión al modelo ecológico, y crearon la teoría bioecológica, en la cual establecieron cuatro componentes: (i) procesos, en los cuales se establece una interacción bidireccional entre los individuos y colectivos con respecto a personas significativas (padres, familiares, amigos cercanos, profesores, mentores, compañeros de trabajo, pareja, entre otros); (ii) personas, relacionadas con las características biopsicológicas de los individuos y colectivos, las cuales incluyen la

<sup>31</sup> Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental.

21

disposición, las capacidades, la experiencia, los conocimientos y las habilidades; (iii) entornos, como el lugar donde se desarrollan las interacciones y las experiencias, y (iv) tiempo, relacionado con la continuidad de exposición y curso de vida en que se presenta dichas interacciones y experiencias (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

De esta forma, para saber cómo abordar la promoción de la salud mental, es necesario incluir en el análisis los entornos y el curso de vida, y de manera transversal el enfoque interseccional. Los entornos consisten en aquellos espacios históricos, físicos, sociales y culturales en los cuales se desarrolla una persona; incluyen no solo la nominación del espacio, sino también las dinámicas que se generan a su alrededor, los roles que se asumen y las interacciones que se presentan. Para efectos del análisis del presente documento CONPES se considerarán seis entornos: comunitario, laboral, educativo, hogar, virtual e institucional<sup>32</sup>

El entorno comunitario corresponde a los diferentes espacios de encuentro e intercambio donde se forjan las dinámicas sociales, históricas, culturales y políticas de la sociedad, sus dinámicas permiten generar lazos afectivos sociales (Estrategia de Entorno Comunitario Saludable, 2018). El entorno laboral es donde se despliegan los recursos emocionales y sociales a compañeros de trabajo, superiores o clientes; de este modo, los factores psicosociales que se establezcan en este espacio permitirán proteger o afectar el bienestar, la integridad física y mental de los trabajadores, así como su interacción con otros individuos (Ministerio de la Protección Social, 2007; Stansfeld & Candy, 2006). El entorno educativo es donde la comunidad educativa desarrolla capacidades por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, es considerado uno de los escenarios con mayor cercanía a las necesidades psicosociales de los estudiantes y sus familias (Estrategia de entorno educativo Saludable, 2018). El entorno hogar<sup>33</sup> constituye el espacio de residencia y convivencia de una familia, allí se promueven referentes sociales y culturales básicos para interactuar en sociedad (Estrategia de Entorno Hogar Saludable, 2018).

El entorno virtual es un escenario transitorio que interactúa de manera permanente con otros entornos, siendo importante para fortalecer redes de cuidado y de apoyo social; además, este es considerado un escenario que promueve el desarrollo integral de la niñez y adolescencia (Política Nacional de Infancia y Adolescencia, 2018). Finalmente, el entorno

<sup>32</sup> Lineamiento Nacional de Entornos (2016) se identificaron cinco entornos, el entorno virtual se incluye dada las problemáticas asociadas a violencias e ideación suicida.

<sup>33</sup> Para este entorno se cuenta con un marco normativo y político para el abordaje de las familias como un sujeto colectivo de derechos y agente de transformación social, donde sus integrantes se desarrollan y actúan como agentes transformadores y corresponsables. Dicho avance se evidencia a través del Código de Infancia y Adolescencia, la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, y el Lineamiento para la inclusión de familias en los servicios ICBF.

22

institucional corresponde a espacios intramurales donde viven y conviven un grupo de personas. Para las niñas, niños y adolescentes se concibe como un escenario que promueve el desarrollo integral para la transición por los diferentes momentos vitales particulares, y que deben ser abordados por instituciones que atiendan eventos de salud, situaciones de vulneración de derechos, dependencia funcional, social, económica o psicológica, entre otros. Desde esta perspectiva, debe acoger y garantizar las oportunidades para el desarrollo integral, así como los mecanismos para la inclusión social que les permitan a la niñez y adolescencia tramitar las situaciones transitorias de institucionalización a las que ingresaron por su propia voluntad, orden administrativa o judicial (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018)

Se comprende por curso de vida, el reconocimiento de las experiencias acumuladas del individuo en las diferentes etapas del desarrollo (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), las cuales son influenciadas por los contextos familiar, social, económico y cultural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). El enfoque interseccional incluye en su análisis las diferencias poblacionales<sup>34</sup> y territoriales<sup>35</sup>, en el cual se analiza la combinación de distintas formas de trato desigual injustificado, que surgen por los sistemas de discriminación y opresión por razones de género, raza, etnia, clase, edad, discapacidad, y otras experiencias relacionadas con construcciones históricas, sociales y políticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); este concepto trasciende el enfoque diferencial, el cual considera de manera individual cada eje de discriminación.

De esta manera, la salud mental es el resultado de la interacción entre el individuo, sus relaciones, la comunidad en la que vive y los estándares de la sociedad en la que se encuentra. Entonces, para que los cambios en materia de salud mental y convivencia social se sostengan y logren permear las vidas y condiciones donde se desarrollan los sujetos, con sus características y particularidades hasta el sistema social, se requiere tener en cuenta la integralidad de los sistemas y componentes nombrados previamente.

#### Determinantes sociales de la salud mental

El modelo de determinantes sociales plantea que los niveles de salud de la población están influenciados por una serie de determinantes, estructurales e intermedios, que interactúan entre sí. Los determinantes estructurales hacen referencia a contextos

<sup>34</sup> Características que determinan la posición que ocupa los sujetos en la sociedad, divididas en características identitarias (género y etnia), condiciones (discapacidad y enfermedad) y situaciones (víctimas de violencia y habitantes de calle) que presenta un individuo, su familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

<sup>35</sup> Identificación de contrastes en territorios rurales, rurales dispersos y urbanos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

23

socioeconómicos, políticos y ejes de desigualdad<sup>36</sup>; y los determinantes intermedios, corresponden a las condiciones o factores materiales (vivienda, situación laboral, disponibilidad de alimentos, etc.), psicosociales, conductuales y de acceso a servicios de

salud. (Plan Decenal de Salud Pública, 2012). La intervención de estos es tan estratégica, que desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se hace un llamado a todos los países en la transformación positiva de dichos determinantes para subsanar las inequidades. Así, se identificó que trece<sup>37</sup> de los diecisiete ODS se encuentran relacionados con la salud mental (Eaton, Qureshi, Salaria, & Ryan).

Estos determinantes sociales influyen en la salud mental de los sujetos individuales y colectivos. Por ejemplo, la pobreza, la desigualdad de ingresos y los sistemas de discriminación por género, grupo étnico y estratificación, confieren desventajas que aumentan la probabilidad de presentar problemas o trastornos mentales, que pueden desencadenar en deserción escolar, dificultades en el funcionamiento familiar y conducta social. De igual manera, la exposición a eventos adversos como violencias, migración forzada, desastres naturales, entre otros, también inciden en la presencia de problemas y trastornos mentales (Eaton, Qureshi, Salaria, & Ryan, 2018).

Los problemas mentales corresponden a aquellos síntomas o conductas que producen malestar emocional y generan limitaciones para la relación con otros, pero son menos graves que un trastorno mental. En esta línea, los problemas mentales están asociados, según el curso de vida, a dificultades de aprendizaje y de comunicación, conductas de riesgo alimentario, alteraciones del sueño, exposición a eventos traumáticos como violencias o pérdidas de un familiar, síntomas de depresión y ansiedad, entre otros (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015). Por otro lado, los trastornos mentales son alteraciones clínicamente significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental que generan disfunción del desarrollo de las funciones mentales, procesos psicológicos o biológicos en el individuo. Estos se diferencian de los problemas en salud mental en la severidad de la sintomatología, grado de disfuncionalidad del individuo y condiciones crónicas asociadas a trastornos depresivos y de ansiedad, esquizofrenia, la epilepsia, trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, trastornos de la memoria, entre otros (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

<sup>36</sup> Contexto socioeconómico y político: gobernanza, políticas macroeconómicas, políticas sociales (mercado de trabajo, vivienda), políticas públicas (educación, salud, protección social), cultura y valores. Ejes de desigualdad: género, etnia, clase social, edad, territorio.

<sup>37</sup> Los trece ODS relacionados con la salud mental son: Igualdad de género; fin de la pobreza; hambre cero; trabajo decente y crecimiento económico; industria, innovación e infraestructura; reducción de las desigualdades; agua limpia y saneamiento; energía asequible y no contaminante; ciudades y comunidades sostenibles; producción y consumo responsable; acción por el clima; paz, justicia e instituciones sólidas; y educación de calidad.

24

### Enfoque para la prevención de violencias en niñas, niños y adolescentes

Con el fin de entender como el modelo ecológico explica las violencias en la niñez y adolescencia, Cicchetti, Toth, and Maughan (2000) desarrollan un modelo sencillo a partir del ecológico, conocido como el modelo bioecológico transaccional de violencia contra las niñas y niños, para explicar cómo diversos factores del sistema ecológico (i) pueden causar que las niñas, niños y adolescentes se vean expuestos o no a la violencia, y (ii) que esta exposición genere diversas consecuencias de desarrollo (Cicchetti, Toth, & Maughan, 2000; Cuartas, 2019). Este modelo reconoce que la ocurrencia de la violencia se da por la interacción de múltiples factores de riesgo en el ambiente e insuficientes factores protectores. El modelo bioecológico transaccional muestra que múltiples factores en el macrosistema (la aceptación de la violencia), exosistema (la violencia en el barrio), el microsistema (el estrés parental), y el individuo (el sexo y temperamento del menor de edad), pueden constituir factores de riesgo o protección. Estos factores, entonces, interactúan entre sí para determinar un mayor riesgo o protección, donde un desequilibrio negativo causado por exceso de riesgos y ausencia de factores protectores puede incrementar la probabilidad de exposición a la violencia (Cicchetti & Toth, Child maltreatment, 2005; Cuartas, 2019)



Teniendo en cuenta que el hogar es el primer y principal entorno en el que la primera infancia interactúa, los modelos y estilos de vida de los miembros de la familia determinan unos patrones de comportamiento en el niño y la niña que se interiorizan de manera involuntaria; por lo tanto el tipo de relación que se establezca, la imagen que tenga el menor de las personas con quien reside y la transmisión cultural que se realice, será una primera referencia de normas y valores, las cuales le permitirán emitir juicios sobre sí mismo, siendo la base para la formación de su personalidad, y será determinante en la manera de interactuar con miembros de su familia e individuos de otros entornos (Departamento Nacional de Planeación, 2007; Jaramillo, 2007).

De igual manera, la interacción con otros individuos se da en entornos comunitarios, educativos, laborales e institucionales en donde se aprenden normas y costumbres sociales que le permiten ser activos en su comunidad. Siendo el entorno educativo, uno de los lugares donde el niño o niña obtendrá un mayor número de experiencias significativas en su desarrollo. Unos entornos con un ambiente estresante, violento o con acciones que forjan eventos o experiencias traumáticas pueden generar problemas mentales en las niñas y niños, tal como el estrés tóxico, truncando su desarrollo cognitivo y socioemocional y afectando procesos fisiológicos, psicológicos y comportamentales (Center on the Developing Child, 2020). Esto trae consigo la pérdida de productividad de las generaciones futuras: los adultos víctimas de cualquier tipo de violencia durante la infancia tienen, en promedio, un menor logro educativo, mayor probabilidad de desempleo, menores salarios y menos activos

25

productivos (Borghans, ter Weel, & Weinber, 2008; Bowles, Samuel; Herbert Gintis; Melissa Osborne, 2001; Cawley, Heckman, & Vytlačil, 2001; Fellitti, 2002).

En conclusión, es indispensable realizar un análisis bidireccional entre el individuo y el entorno. En el que se incluya su contexto social, y se permita guiar las estrategias para la promoción de la salud mental, y la prevención de factores como las violencias, consumo de SPA, problemas o trastornos mentales. La promoción de la salud mental implica la potencialización de factores protectores, los cuales deben proveer a la persona competencias para la vida. Por otro lado, la prevención primaria implica la realización de estrategias para el reconocimiento de los síntomas, el fomento de redes de apoyo, la identificación de exposición a entornos estresantes o nocivos, y la modificación de entornos o desarrollo de estrategias de afrontamiento. Así, la identificación y tratamiento temprano de síntomas mentales permite brindar apoyo social según las necesidades, promover el autocuidado, establecer un mayor monitoreo de la situación para reducir el deterioro funcional progresivo de la persona (Eaton, Qureshi, Salaria, & Ryan).

#### 4. DIAGNÓSTICO

En los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, evidenciado en el aumento de problemas y trastornos mentales. Con respecto a trastornos se encuentra que: (i) 10,25 % de las personas en el 2017 padecía de un trastorno mental, y (ii) los trastornos mentales se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

Por otro lado, las violencias y el consumo de SPA son considerados tanto factores que influyen en la aparición de síntomas mentales, como problemas mentales en sí mismos. En cuanto a las violencias se encuentra que (i) 4 de cada 10 jóvenes entre los 18 y 24 años ha sufrido algún tipo de violencia antes de ser mayores de edad; (ii) se registra un aumento de 2.570 casos de presunto abuso sexual en menores de edad, pasando de 19.641 en 2011 a 22.211 en 2018, y (iii) existe un posicionamiento de la violencia interpersonal como la primera causa de AVAD entre 1990 y 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Con respecto al consumo de SPA, para el 2013, el porcentaje de abuso o dependencia

de cualquier sustancia ilícita con respecto a los consumidores era del 57,70 % (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). Así mismo, para el 2016 la edad promedio de inicio de consumo de SPA era 13,6 años (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).

Además, la intensificación de los problemas y trastornos mentales se asocia con el incremento de 1,35 p.p. en la tasa de suicidio, la cual en el 2008 fue de 4,58 por 100.000 habitantes y en 2018 de 5,93 por 100.000 habitantes; siendo mayor en adolescentes, 26

jóvenes, adultos mayores y población indígena (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018).

Dentro de este contexto, esta sección identifica tres problemáticas relacionadas con el deterioro en la salud mental de la población colombiana: (i) baja coordinación intersectorial que genera desarticulación en la agenda pública en salud mental y limitada gestión del conocimiento; (ii) entornos que no promueven la salud mental y las competencias socioemocionales; y (iii) debilidades institucionales para la atención en salud e inclusión social de víctimas de violencias y personas con problemas, trastornos mentales, o consumo de SPA.

#### 4.1. Baja coordinación intersectorial en temas de salud mental

Para que la intervención estatal incida de forma positiva en la salud mental es necesario contar con lineamientos definidos, que permitan orientar de manera unificada las estrategias y acciones para solucionar esta problemática. Para esto es fundamental la articulación de los diferentes sectores del Gobierno nacional, la sociedad civil, la academia, la comunidad y el territorio, ya que es en este último en donde realmente se implementan acciones de política de acuerdo con las necesidades identificadas y los recursos disponibles. Para llevar acabo respuestas eficaces, la nación y el territorio deben determinar los factores de protección y de riesgo indispensables para la toma de decisiones.

##### 4.1.1. Escasa articulación de los espacios y de la oferta con incidencia en la salud mental de la población colombiana

Una de las principales barreras para lograr avanzar en la implementación de estrategias, acciones de política y planes de salud mental, es la falta de articulación de las políticas que inciden en la promoción de la salud mental y en la prevención de problemas mentales, violencias, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos mentales y suicidio. La articulación sectorial e interinstitucional es un proceso fundamental para avanzar en la implementación de la presente política que tiene un fuerte enfoque intersectorial. Una articulación efectiva exige que este proceso no solo se dé entre agentes o sectores que inciden en la salud mental, sino también entre los distintos espacios de operación, es decir entre la nación y las entidades territoriales.

En la actualidad coexisten múltiples políticas y espacios (entre comités territoriales y nacionales)<sup>38</sup> lideradas desde diferentes sectores que inciden en la salud mental, no obstante,

<sup>38</sup> Entre las cuales se encuentran: Comisión Intersectorial para el Desarrollo de la Política de Habitante de Calle, Mesa Técnica Nacional de Familia, Mecanismo Articulador para el Abordaje de las Violencias de Género, Comisión Nacional de los derechos sexuales y reproductivos, Consejo Nacional de Discapacidad, Consejo 27

se diseñan y promueven estrategias con fines y enfoques adaptados exclusivamente a la misionalidad de cada entidad o sector, con intervenciones segmentadas, y desconociendo la complementariedad de estrategias ya desarrolladas (Figura 1). Pese a que se cuenta con estos instrumentos de política y espacios, el país no tiene una estrategia y un plan de acción de largo plazo en salud mental, de tal forma que en términos de implementación no se ha logrado intervenir de manera focalizada (desde el punto de vista poblacional) y articulada (en términos de oferta social) para lograr el impacto esperado.

Existe evidencia que señala que la articulación que se requiere en el país para lograr



impactos sociales de políticas intersectoriales es deficiente (DNP, 2018). Dado que todos los espacios presentados anteriormente manejan agendas individuales, se desconocen los avances realizados por otras entidades, a pesar de que todas están enfocadas en lograr fines comunes. Entre dichos fines se encuentran: (i) transformar normas sociales y representaciones asociadas a la violencia y discriminación; (ii) convertir entornos seguros; (iii) reducir la brecha de inequidad; (iv) desarrollar competencias y habilidades en las personas y comunidades, y (v) atención integral. En consecuencia, las entidades territoriales no logran asignar de la forma más efectiva y eficiente recursos humanos, financieros, materiales, y tecnológicos que le apunten a lograr impactos en salud mental.

Nacional de Personas Mayores, Comité interinstitucional de lucha contra la trata de personas, Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Asistencia y Reparación Integral a Víctimas, Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, Mesa Intersectorial de Cuidado, Comité de Evaluación de Riesgo y Recomendación de Medidas, Sistema Nacional de coordinación del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), Mesa Nacional de Convivencia Escolar, Comisión de Seguimiento de la Leyes 1257 y 1719, Consejo de Seguridad y Convivencia Ciudadana, Comisión Intersectorial de Salud Pública, Comisión intersectorial de la reducción de la demanda SPA, Mesa Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes, Consejos Territoriales de Política Social y Mesas Territoriales de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento de Familias.

28

#### Figura 1. Funcionamiento e implementación de políticas y comités nacionales relacionados con salud mental

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2020).

Nota: aunque en la figura no se presentan todas las políticas o comités que abordan la salud mental en el país, se hace un ejercicio ilustrativo para evidenciar el problema.

#### 4.1.2. Fragmentación y limitado uso de la información sobre salud mental en el país

Con el fin de brindar una atención oportuna y adecuada en salud mental es necesario tener información nacional y territorial sobre los factores protectores y de riesgo de la población, así como un registro que permita identificar la población afectada y sus causas. Sin embargo, aunque existen múltiples observatorios que miden variables de salud mental en el país, se presenta una baja socialización y alta fragmentación de la información a nivel nacional y territorial, lo que limita la realización de una caracterización y análisis integral de la población, para así lograr una priorización y focalización en temas de salud mental. Además, dada la ausencia de información robusta y consolidada a nivel nacional, las decisiones en materia de salud mental en el país se encuentran soportadas en su mayoría en referentes internacionales, lo cual limita la adaptación de dichos referentes a las necesidades de cada población.

De manera que, el país cuenta con múltiples herramientas de captura de información públicas y privadas que generan datos en salud mental, problemas y trastornos mentales, 29

entre las que se encuentran<sup>39</sup>: el Observatorio de familias a cargo del DNP, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), el Observatorio de Salud Mental, el Observatorio de Envejecimiento Humano y Vejez, el Observatorio Nacional de Salud, el Observatorio de Drogas, el Observatorio de Violencias de Género, El Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, el Sistema para la Prevención de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior, el Observatorio del Bienestar de la Niñez, el Sistema Único de Información de la Niñez, el Registro Único de Víctimas, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, el Observatorio de Discriminación Racial del Proceso de Comunidades Negras, entre otros. Sin embargo, no se cuenta con la integración e interoperabilidad de los datos y de la información. Asimismo, no se tiene un instrumento que permita orientar las acciones y focalizar la oferta intersectorial en algunos segmentos poblacionales. Esto limita a sectores del Gobierno nacional y tomadores de decisión en la realización de análisis completos sobre la situación de salud mental de la

población.

Finalmente, si bien el país cuenta con estudios y encuestas que priorizan la evaluación del riesgo de cada problemática, entre los que se identifican: la ENSM; la Encuesta Nacional de Violencias contra Niños, Niñas y Adolescentes, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), las tres realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social; Forensis a cargo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; estudios de consumo de SPA, realizados por el Observatorio de Drogas de Colombia, entre otros; únicamente los registros administrativos de Forensis logran desagregarse a nivel municipal. Esta restricción limita el análisis de los factores de protección y de riesgo en salud mental, incluido el consumo de SPA y violencias, diferenciado a nivel poblacional, territorial y por entornos que permita la toma de decisiones de política adaptada a las necesidades nacionales, departamentales, y municipales.

#### 4.2. Barreras en los entornos y en las competencias de los individuos para afrontar situaciones adversas

Como se mencionó anteriormente, el país viene avanzando en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a promover la salud mental, el desarrollo integral en la primera infancia, infancia y adolescencia, así como la prevención de diferentes tipos de violencias y consumo de SPA. No obstante, actualmente la violencia interpersonal continúa siendo la primera causa de mortalidad y AVAD en el país: entre 2017 y 2018 se evidenció un aumento del 2,3 % en violencia intrafamiliar y del 10,3 % de violencia sexual

<sup>39</sup> Se entiende por instrumentos de captación de datos e información: estudios, encuestas, registros administrativos, y sistemas de información.

30

contra menores de edad (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). Así mismo, en los últimos 11 años se evidenció un aumento de 1,35 p.p. en las tasas de suicidio<sup>40</sup> (Forensis, 2018; Observatorio de Drogas de Colombia, 2013; 2016).

Así, la violencia intrafamiliar y de pareja está asociada a normas sociales y posiciones de poder (Forensis, 2018). Además, el consumo de SPA en edades tempranas está relacionado con la oferta de drogas y el bajo involucramiento parental, con diferencias por género, edad y posición social (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013; 2016). A su vez, el suicidio se asocia a factores detonantes como el conflicto de pareja o expareja, desamor, problemas económicos o jurídicos, acoso escolar, muerte o suicidio de un familiar, problemas laborales y maltrato físico, mental o sexual. Para los adultos mayores el suicidio se relaciona con la enfermedad física o mental (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013; 2016).

Como se explicó en el marco conceptual, estos comportamientos se dan en interrelación entre el individuo, su curso de vida y los entornos en los que este se desarrolla. A continuación, se realizará la identificación de los problemas por entorno, para luego describir las limitaciones socioemocionales que presentan las personas y comunidades para afrontar las exigencias de la vida y establecer relaciones sociales favorables.

##### 4.2.1. Entornos como factores de riesgo para la salud mental

Para promover la salud mental, y a su vez prevenir las violencias, el consumo de SPA, y los problemas o trastornos mentales, es necesario contar con entornos seguros que generen apoyo comunitario a la población. En general, aún existen algunos factores de riesgo que limitan los entornos en los que se desenvuelven las personas. A continuación, se describen las principales barreras que se encuentran en los diferentes entornos.

##### Entorno comunitario

Los entornos comunitarios equitativos e incluyentes facilitan las relaciones con los demás, así como el fomento de las redes comunitarias, la participación social y la interacción con el ambiente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Sin embargo, en el país se

encuentran entornos comunitarios con estereotipos, prejuicios y discriminación hacia ciertos grupos poblacionales. La ENSM (2015) encontró que el 14,8 % de niños y niñas entre 7 y 11 años, y el 21,3 % de personas entre 45 y 59 años se han sentido discriminadas, siendo mayor en las mujeres. Esta exclusión es hasta de un 65,9 % frente a problemas como la

<sup>40</sup> La tasa de suicidio en 2008 fue de 4,58 por 100.000 habitantes y en 2018 de 5,93.

31

adicción a SPA e incluyen en menores porcentajes a desmovilizados de los grupos armados (22,2 %), personas con patología infecciosas (20,7 %), y con trastorno mental 17,6 %).

Además, uno de los factores que incide en la promoción de la salud mental es la realización de actividades culturales, deportivas y recreativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). De acuerdo con la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo Libre (2012), solo el 18,9 % de los hombres y el 9,2 % de las mujeres dedican tiempo diario a realizar actividades de tipo cultural, deportivo o dedicadas a sus aficiones. En la población escolarizada este problema es aún mayor, solo el 31 % de los escolares y el 13,4 % de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física, además el 67,9 % y el 76,6 % respectivamente, tienen tiempo excesivo frente las pantallas (Encuesta Nacional de Situación Nutricional, 2015). Lo anterior está relacionado con la insuficiencia de infraestructura cultural y deportiva (Departamento Nacional de Planeación, 2017), y con la baja percepción de seguridad en zonas públicas (parques, canchas, vías, humedales, rondas de ríos, caños, entre otros) que en algunos casos cuentan con la presencia de puntos de expendio de drogas y control territorial (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).

En términos generales, un porcentaje significativo de la población colombiana es sedentaria, lo cual se constituye como un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de padecer enfermedades crónicas como cáncer, depresión y a largo plazo demencia.

Finalmente, en cuanto a la participación comunitaria, la cual es un indicador para medir la fortaleza de vínculos sociales, se encuentra que más de la mitad de los colombianos no participan en ningún grupo social o comunitario (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015). Sumado a esto, la Encuesta de Cultura Política (2015) evidencia una baja participación de la población en la agenda pública: entre el 63,4 % y el 76 % de las personas mayores de 18 años no han escuchado hablar de espacios de participación ciudadana; además, entre el 20 % y el 51,3 % desconocen los mecanismos de participación. Es importante resaltar que la participación en grupos comunitarios es un factor protector que permite el fortalecimiento de redes de apoyo, el cual puede mitigar el impacto de situaciones estresantes, así como promover que las personas, familias, y comunidades tengan un rol activo dentro de la sociedad. Adicionalmente, este factor protector es a su vez el escenario propicio para el control social, la regulación y el establecimiento de acuerdos o compromisos.

#### Entorno laboral

Las personas pasan gran parte de su vida en el entorno laboral. Un contexto laboral con limitada comunicación entre compañeros de trabajo y superiores, inseguridad laboral, bajas perspectivas de promoción profesional, actividades poco valoradas, carencia de elementos para el trabajo, baja remuneración económica, entre otras, pueden desencadenar

32

en el individuo estrés laboral, siendo este último el inicio de trastornos de ansiedad o depresión, y en algunos casos situaciones de consumo de SPA e intento de suicidio (Ministerio de Trabajo, 2013).

Colombia tiene una alta prevalencia de factores de riesgo psicosociales en el entorno laboral. De acuerdo con la segunda Encuesta de condiciones de trabajo (2013), la mitad de los trabajadores reportaron afectaciones por actividades monótonas y exposición al trabajo en público. Entre el 20 % y el 30 % de los trabajadores notificaron exposición a riesgos asociados de manera directa con estrés laboral debido a la poca claridad en la definición

de responsabilidades, inexistencia de pausas de trabajo autorizadas, impedimento para detenerse cuando se quiere, mucho trabajo con poco tiempo para realizarlo, y constantes cambios en lo que se espera del trabajador (Ministerio de la Protección Social, 2007). Adicionalmente, se encontró un incremento del 43 % de ansiedad y depresión en los trabajadores, posicionándose en el tercer lugar de las causas de morbilidad en población trabajadora entre los años 2009 a 2012, detrás de las afectaciones auditivas y musculoesqueléticas, esta última derivada de riesgos psicosociales en los trabajadores. De esta manera, el apoyo brindado por el supervisor y los compañeros de trabajo actúan como factores protectores en estos contextos (Ministerio de Trabajo, 2013).

Dado que el estrés es uno de los principales problemas en la salud mental de los trabajadores a nivel mundial, se establece como un problema para las instituciones debido al aumento de ausentismo por enfermedad, baja motivación y reducción de la productividad (Organización Mundial de la Salud, 2004). A nivel internacional se encuentra que la depresión está entre las principales causas de morbilidad, asociada al 20 % del tiempo perdido por ausentismo, y entre 50 % y 60 % por presentismo. En el país, según la ENSM (2015), entre el 8,9 % y el 10,3 % de la población presenta ausentismo laboral.

Por otro lado, se identifica que largas jornadas laborales y altos tiempos de desplazamiento del trabajo a la casa y viceversa, generan desequilibrios de tiempo en: familia y pares, actividades de esparcimiento, y actividades físicas; las cuales actúan como factores protectores de la salud mental del individuo y de la familia. Es de resaltar que de las personas asalariadas el 27,5 % trabaja más de 48 horas a la semana y se desconoce el número de horas trabajadas en la informalidad (Departamento Nacional de Planeación, 2019; Organización Internacional del Trabajo, 2019). Por último, el bajo desempeño laboral se puede dar en dos vías: en primer lugar, se presentan afectaciones psicosociales en el entorno laboral y, en segundo lugar, la persona sufre problemas o trastornos mentales en entornos diferentes al laboral. Por lo que es importante la detección temprana, la sensibilización en el entorno, y la inclusión de las personas con problemas o trastornos mentales (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

33

Aunque en 2019 el Ministerio del Trabajo expidió la resolución 2404<sup>41</sup>, la cual establece los requerimientos para la identificación, evaluación, monitoreo e intervención de factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral, actualmente se desconoce si las empresas o personas objeto de dicha norma utilizan los resultados de la batería de riesgo psicosocial para el diseño, ajuste e implementación de sus políticas internas. Lo anterior con el propósito de mitigar el riesgo psicosocial de los trabajadores.

#### Entorno educativo

Existen varios factores de riesgo en el entorno educativo que pueden afectar la salud mental de la niñez y adolescencia, entre ellos se encuentra el bajo rendimiento académico, la deserción escolar, la baja capacidad de las escuelas para proporcionar un ambiente apropiado para apoyar el aprendizaje, y la provisión inadecuada del servicio educativo (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En efecto, la deserción escolar es uno de los principales problemas que afecta a la población escolarizada, principalmente aquellos que están en los niveles de educación media y superior. Pese al aumento que se ha dado en la matrícula en estos niveles, el número de alumnos que logra culminar sus estudios no es alto: de cada 100 niñas y niños que ingresan al primer año de educación, solo 44 logran graduarse como bachilleres. Más grave aún, en educación superior, la tasa de deserción para 2018 fue del 46 %. De esta forma, la deserción escolar es un factor que incide en la aparición de problemas, trastornos mentales, y otras afectaciones; las cuales al mismo tiempo pueden incidir en el desempeño y el éxito escolar de

la infancia, adolescencia y juventud (Suarez & Díaz, 2015).

Adicionalmente, existen otros factores de riesgo que impactan la salud mental de la población escolarizada, entre ellos se encuentran las agresiones, intimidaciones y el bullying. Según la encuesta de Salud de Escolares ENSE (2017), el 20,5 % de los estudiantes refirió haber sido víctima de agresiones durante el último año. Específicamente, uno de cada cuatro escolares en Colombia participó en peleas físicas en el último año, y el 15,4 % de los escolares refirió haber sido intimidado al menos una vez en el último mes. De esta manera, la violencia en el ámbito educativo se posiciona como uno de los temas prioritarios en términos de convivencia de las instituciones educativas. Adicionalmente, la Prueba PISA 2015 encontró que cerca del 30 % de los estudiantes encuestados en Colombia sufrió de bullying<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> Por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadores y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones.

<sup>42</sup> En PISA 2015 se encontró para Colombia los  
chismes desagr

34

Otro de los problemas que afectan a la población escolarizada es el consumo de SPA. Según la encuesta de consumo de SPA (2016) se encontró una relación directamente proporcional entre la oferta y el uso de drogas. Se encontró que el 41,29 % de los menores considera que se distribuyen drogas dentro del colegio y el 48,29 % alrededor de este. Así mismo, el 24,84 % de los estudiantes ha visto personalmente a un alumno vendiendo o pasando droga en el colegio y el 35,76 % ha visto consumir drogas dentro o alrededor del colegio. Entre la población escolar entre los 12 y 18 años, el alcohol es la sustancia más consumida (6 de cada 10 reportaron haber consumido alcohol en el último año, y en promedio el consumo inició a los 13,1 años); con relación al consumo de SPA ilícitas, 6 de cada 100 reportaron su consumo, siendo la marihuana la más consumida, seguida de la cocaína.

Es clave reconocer el entorno escolar como uno de los escenarios con mayor cercanía a las necesidades psicosociales de los estudiantes y sus familias. Así, dado que los vínculos familiares son un factor protector para la reducción de eventos como el consumo de SPA, y promoción de la salud mental y convivencia social, se hace necesario que desde este entorno se promuevan estrategias dirigidas a fortalecer este vínculo familiar.

Si bien se ha diseñado la Ruta de Atención Integral para la convivencia escolar que se configura como una herramienta del Sistema Nacional de Convivencia Escolar, aún persisten dificultades para su implementación en los territorios. Del mismo modo, el Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar (Suice), proyectado como la herramienta que facilita el reporte de información sobre las diversas situaciones que afectan la convivencia escolar, aún no se ha posicionado en todo el territorio nacional con reportes periódicos para el seguimiento efectivo a los casos de violencia y consumo de SPA en los entornos educativos. Por otro lado, se hace necesario el fortalecimiento de competencias ciudadanas y socioemocionales en este entorno, ya que según los resultados de la Prueba Saber 2012 en Competencias Ciudadanas en grados 3 °, 5 ° y 9 ° identifican que en el manejo de la ira los estudiantes de quinto grado ante situaciones de rabia: hacen cosas sin pensar (50 %) y tratar mal a otras personas (47 %) (Icfes, 2013).

Finalmente, la identificación de síntomas mentales de manera oportuna es indispensable para prevenir la deserción escolar, el fracaso académico, las violencias o el consumo de SPA. Dado que el entorno escolar es donde las niñas, niños y adolescentes pasan gran parte del tiempo, se hace indispensable que desde la comunidad educativa se identifique y se remita a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que por lo menos un 44,7 % de la población infantil de 7 a 11 años requiere de una evaluación formal



por parte de un profesional de la salud mental. Es de resaltar que 3 de cada 100 niñas y niños sufren de un trastorno mental, siendo mayor en las niñas (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

### Entorno hogar

En el entorno hogar existen tres limitaciones que restringen el desarrollo del proyecto de vida individual, el avance familiar, y el progreso social y comunitario. La primera limitación corresponde vulneraciones sociales y económicas; la segunda está relacionada con las violencias intrafamiliar o de pareja, y la tercera hace referencia a débiles vínculos familiares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Sin perjuicio de la importancia de la primera problemática y de las acciones que se vienen adelantando por parte del Gobierno nacional para superación de la pobreza<sup>43</sup>, el presente documento CONPES se centrará en abordar las dos últimas problemáticas.

En este entorno se identificaron dos tipos de violencia, la primera es la violencia intrafamiliar, la cual se incrementó en 7,01 p.p, pasando de una tasa de 49,85 por cada 100.000 habitantes en 2012 a una tasa de 56,86 en 2018, siendo mayor en menores de edad (Gráfico 1) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). La violencia intrafamiliar tradicionalmente se presenta dentro de la estructura familiar jerárquica, los dos principales ejes de desequilibrio de poder son el género y la edad. Por lo que las principales víctimas de violencia son las niñas, niños y adolescentes, las mujeres y los ancianos (Forensis, 2017). Esta es justificada por medio de la normalización de relaciones de poder que se ejercen por los roles y estereotipos relacionados con el género. Por ejemplo, hombres proveedores con mayor autoridad, mujeres dedicadas a las actividades del hogar y al cuidado de los hijos e hijas, escenario en el que muchas veces se utiliza la violencia como forma de castigo y pautas de crianza. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), una de cada cuatro personas mayores de 18 años tolera la violencia como método de crianza.

<sup>43</sup> Las estrategias de superación de la pobreza de la población colombiana se articularán con el presente documento de política.

36

### Gráfico 1. Tasas de violencia intrafamiliar por grupos de edad

Fuente: Forensis, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018).

El segundo tipo de violencia es la de pareja, siendo una de las formas más comunes de violencia en todo el mundo. Si bien puede afectar a ambos géneros, con una proporción aproximada de 6 a 1, las mujeres son las víctimas más recurrentes a manos de sus compañeros o excompañeros íntimos, resultando frecuentemente en lesiones físicas o psicológicas. En el país para el 2018, se registraron 40,760 casos de violencia de pareja en mujeres, donde el 71,8 % de estos casos ocurre en la vivienda por parte de un miembro de la familia, generalmente la pareja. El grupo de edad en donde más se presentó este fenómeno fue entre los 25 y los 29 años seguido del grupo entre los 20 y los 24 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

Finalmente, los hogares con presencia de autoritarismo o permisividad, bajo involucramiento parental, baja comunicación, responsabilidades no compartidas, irrespeto, escenarios de violencia y desconfianza entre sus miembros, etc., son considerados como un entorno carente de recursos para establecer vínculos familiares fuertes (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Esto es asociado a un desarrollo inadecuado de la personalidad y autonomía, bajo rendimiento escolar, bajas habilidades sociales y emocionales, en algunos casos relacionados también con la baja participación social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; Arroyo & et al., 2010).

Aunque no existen estudios específicos sobre el tema, el Estudio Nacional de Consumo de SPA en Población Escolar (2016) encontró que hay una relación inversa entre el

37

involucramiento parental y la prevalencia del consumo de SPA<sup>44</sup>, así, cuando existe bajo o mediano involucramiento parental se presenta un consumo anual por encima del promedio nacional, pasando del 37 % al 50 %. Adicionalmente, la ENSM (2015) encontró sobre exclusión familiar que del 19,9 % de las personas entre 18 y 44 años que se han sentido rechazadas, el 25,6 % ha sido por su familia.

#### Relaciones y vínculos a través de medios virtuales en los diferentes entornos

La interacción de los individuos con tecnologías de la información tales como celulares, computadores, tabletas, etc., es transversal a todos los entornos; la cual permite el acceso a nuevas formas de comunicación, aprendizaje y trabajo que optimizan el tiempo y la conexión en plataformas a nivel mundial. El sobreuso de medios virtuales se relaciona con el tiempo en pantalla utilizando redes sociales (Facebook, Instagram, Snapchat, WhatsApp, Messenger, entre otros) las cuales se relacionan con afectaciones en las habilidades sociales que limitan la interacción social, la baja autoestima, la necesidad de atención, el reconocimiento social y en algunos casos el narcisismo (Moreno Martin & Isidro de Pedro, 2018).

De esta forma, para el 2018 el 64,6 % de los hogares colombianos usaron Internet siendo el celular el medio más utilizado para conectarse (84,7 %). El mayor porcentaje de utilización estaba en los grupos de edad entre 12 y 24 años (84,5 %), seguido del grupo de 25 y 54 años (70,4 %) y en tercer lugar el de 5 y 11 años (51,9 %).

De esta forma, existen algunos estudios que encuentran efectos de la excesiva utilización de redes sociales virtuales sobre la salud mental de los jóvenes. Un estudio en Bogotá<sup>45</sup>, encontró que menores de edad entre 11 y 15 años que pasaban altos períodos de tiempo en redes sociales tenían mayores conductas agresivas y problemas de atención (Rodríguez Puentes & Fernandez Parra, 2014). Así mismo, un estudio realizado en Manizales<sup>46</sup> para población universitaria encontró que el 77,3 % de los encuestados presenta algún grado de adicción a Internet, siendo mayor al celular (66,5 %), en donde el 76,4 % lo utilizó para el ingreso a redes sociales. Dentro de las adicciones relacionadas a estos medios

<sup>44</sup> Se aplicó una encuesta a la población escolar sobre relacionamiento con sus padres. Las respuestas se agrupan en valores dicotómicos (0 y 1), que luego definen en una escala con la suma de valores individuales. La escala toma valores entre 0 y 7, donde 0 corresponde a que los padres tienen ningún relacionamiento con su hijo y 7 que tienen un alto relacionamiento.

<sup>45</sup> Se tomó una población de 96 estudiantes, en las cuales se les realizó los cuestionarios LSRQ, el FACES III, CDI y el YSR.

<sup>46</sup> Tomaron una población de 640 estudiantes de 5 universidades, a las cuales se les aplicó instrumentos que midieran variables demográficas, funcionalidad familiar, trastornos de alimentación y sueño, déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y depresión relacionado con la existencia de Internet.

38

virtuales están la somnolencia, trastornos de conducta alimentaria, depresión, hiperactividad, disfunción familiar, problemas de atención, entre otras (Cañón Buitrago, y otros, 2016). Es importante resaltar la presencia de retos en las plataformas virtuales que inducen a autolesiones en la niñez, la adolescencia y la juventud, que se asocian a suicidios sistemáticos, entre los que han logrado identificar están: Momo, el ahorcado, la ballena azul (Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, 2017).

Con respecto al ciberacoso, un estudio del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (2017) encontró que el 19,5 % de la población colombiana ha sufrido o conoce a alguien que ha sufrido ciberacoso, siendo mayor en los grupos de edad de 16 a 24 años. Adicionalmente se encontró como factor de riesgo del ciberacoso la baja supervisión de adultos; un 41 % de la población menor de edad no cuenta con adultos que

los acompañe a navegar en Internet (Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, 2017).

Adicionalmente, la utilización inadecuada de medios virtuales ha fomentado la explotación sexual en la niñez y la adolescencia. Un 9,5 % de la población conoce o ha sido víctima de producción, distribución y consumo de material de abuso sexual infantil en Internet (Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, 2017).

#### Entorno institucional relacionado con la vulneración de derechos o el delito

Algunas personas en el transcurso de su vida pueden presentar institucionalización<sup>47</sup>, como medida de protección o como sanción por incurrir en un delito. Para los casos de vulneración de derechos en niñas, niños, adolescentes y jóvenes se busca la restauración de su dignidad e integridad a través del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), y en casos relacionados con la comisión de delitos del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) se prioriza la aplicación de la justicia restaurativa<sup>48</sup>. Para los otros cursos de vida, se generan acciones punitivas que incluyen la privación de la libertad en centros penitenciarios o carcelarios. De esta manera, estas instituciones concentran individuos que previo a su ingreso, han sido víctimas o victimarios de violencias, consumidores de SPA, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, n.d).

Una vez los individuos se institucionalizan, se inicia un proceso de adaptación a condiciones de encierro y falta de libertad que, sumado a las dinámicas de violencia al

<sup>47</sup> Para este caso, se refiere la institucionalización a los lugares donde se concentra mayor población con problemas y trastornos mentales debido a una vulneración de derechos o relación con el delito.

<sup>48</sup> Implica el abordaje de la conducta punible, sus causas, consecuencias y de tratar de aportar positivamente hacia la convivencia, recuperación de la confianza pública de los involucrados y una transformación en la sociedad y el Estado (Consejo Superior de la Judicatura, 2019).

39

interior de este entorno, genera cambios comportamentales y cognitivos en la persona, afectando de manera directa su salud mental. Por otro lado, según el rol que el individuo cumple en el hogar, transforma las dinámicas familiares hasta su posible desintegración, provocando afectación a otros miembros de este. Además, la ubicación del sitio de reclusión es significativa en los vínculos afectivos, así entre más lejos se encuentre de su hogar mayor probabilidad de debilitamiento de lazos familiares, traducido en menor apoyo afectivo y moral y presencia de depresión (Organización Panamericana de la Salud, n.d). Sin embargo, lo anterior depende, del curso de vida y el tipo de institucionalización realizada.

Teniendo en cuenta que es responsabilidad del Estado la protección de la niñez y adolescencia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a través de los defensores y las entidades territoriales por medio de las comisarías de familia, inician el PARD en búsqueda de la restauración de la dignidad e integridad de la niñez y adolescencia como sujetos de derechos; teniendo en cuenta que la violencia física, verbal, psicológica y sexual es una de las principales causas de estas medidas (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019). Así mismo, dependiendo la vulneración, las medidas utilizadas pueden ir desde una amonestación con asistencia obligatoria a un curso pedagógico hasta el retiro definitivo de su entorno familiar y declaratoria de adoptabilidad. Siendo estas últimas medidas las que pueden generar en la niñez trastornos de ansiedad por separación y ansiedad generalizada. Aunque no se cuenta con estudios específicos en el PARD, en el país el 1,2 % de los menores de 18 años cuenta con ansiedad por separación para los últimos 30 días y el 1,8 % en el último año. Así mismo, retrospectivamente se encontró que el 0,8 % de las mujeres y el 0,3 % de hombres presentan ansiedad por separación en la infancia (Gómez-Restrepo, y otros, 2016).

Las causas de relación con el delito en adolescentes pueden estar influenciadas por modelos inapropiados, trastornos por consumo de SPA y depresión. Según el Estudio



Nacional de Consumo de SPA en el SRPA Colombia (2017) el 38 % de los menores de edad que se encuentran en el SRPA tienen familiares, principalmente tíos, que realizan actividades delictivas, y el 47,8 % han sido o son consumidores de SPA. Sumado a esto, se encuentran casos de adolescentes víctimas de diferentes formas de violencias y abandono, desencadenando dificultades en la regulación emocional o el control de impulsos, además de internalización de la violencia elevando el riesgo de cometer un acto delictivo (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017).

Una vez el menor de edad comete el acto delictivo, este es ingresado al SRPA el cual, a través de la justicia y prácticas restaurativas, busca alternativas colectivas para solucionar o reparar los afectados y responsables del evento. El ingreso a estas unidades genera condiciones de separación y aislamiento asociadas a la institucionalización para el

40 cumplimiento en el tiempo de la sanción establecida. La entrada a este nuevo entorno limita el relacionamiento de los adolescentes y jóvenes con su red primaria de apoyo, generando quebrantamiento o transformación de vínculos afectivos que repercuten sobre las emociones y cogniciones del individuo. Lo que a su vez produce estrés en el adolescente y su familia. Además, estas unidades concentran población con altas vulneraciones y con prevalencias de trastornos mentales y de consumo de SPA hasta tres veces más altas en comparación con otros grupos poblacionales. El 66,1 % de los adolescentes presentan abuso de SPA, el 17,9 % dependencia, y para el 2018 se reportaron 86 casos de autolesiones<sup>49</sup> (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017; ICBF, 2018). De esta manera, existe ausencia de acciones integrales de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención de los problemas y trastornos mentales por parte de las entidades territoriales. Lo que puede empeorar la salud física y mental de estos individuos, y a su vez, promover la reincidencia con el delito (Organización Panamericana de la Salud, n.d). Además, es importante mencionar que los menores de 18 años no cuentan con tratamientos alternativos o procesos de atención en salud primaria para el manejo de la abstinencia.

Por otro lado, a los mayores de edad, que tienen relación con el delito se le establece acciones punitivas correspondientes a la privación de la libertad en instituciones penitenciarias y carcelarias. Si bien se desconocen los determinantes que influyen en que las personas cometan actos delictivos; se asume que al igual que los menores de edad, en algunos casos se presentaron vulneraciones y relación con el delito en su infancia y adolescencia. Por lo que es posible que estas personas hayan estado previamente vinculadas en el SRPA, sin embargo, no se cuenta con datos que permita establecer el paso al sistema penitenciario.

Se desconocen las acciones de promoción de salud mental y prevención de las violencias, problemas, trastornos mentales y consumo de SPA realizadas en las instituciones penitenciarias y carcelarias. La ausencia de acciones integrales en el individuo puede afectar directamente el entorno familiar y social. El entorno familiar debido a cambios en las dinámicas familiares y su posible desintegración; en los casos de mujeres generan una desestabilización en los lazos afectivos familiares y en el caso de los padres o jefes de hogar (mujer u hombre) presentan desestabilización emocional y económica. La afectación en el entorno social está relacionada con el cambio de comportamiento dentro de la misma institución y con el comportamiento que tenga la persona en la comunidad una vez termine la condena y que pueda llevar a la reincidencia (Organización Panamericana de la Salud, n.d).

<sup>49</sup> Los departamentos más críticos son Huila, Tolima y Bogotá.

### Violencia contra niñas, niños y adolescentes en los diferentes entornos

Las violencias contra menores de edad suelen pasar desapercibidas aun cuando sus

consecuencias, en algunos casos, derivan una carga duradera que generan problemas y trastornos mentales. La erradicación y prevención de la violencia se ha incluido como prioridad en la agenda global, en particular en el marco de la Agenda 2030 y los ODS. En el país, las violencias se clasifican en física, psicológica, sexual y omisión o negligencia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018). Debido a la ausencia de información sobre violencias psicológica, de omisión y negligencia, este apartado se concentrará en las violencias física y sexual.

Según la Encuesta Nacional de Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA), 4 de cada 10 jóvenes entre los 18 y 24 años han sufrido algún tipo de violencia antes de los 18 años, donde la violencia física ocupa el primer lugar en la niñez y adolescencia. La violencia física suele ocurrir más en hombres, pero ocasiona ausencia escolar en las mujeres. Con respecto a violencia sexual, entre 2011 y 2019 se presentó un incremento de presunto abuso sexual contra la primera infancia, infancia y adolescencia (Gráfico 2), con mayor afectación en las mujeres. Así mismo se identificó que para el 2018, el 33 % de la población víctima de presunto abuso sexual presentaba discapacidad, este porcentaje ha aumentado de manera progresiva con respecto al año 2005, el cual fue del 15 %; lo que determina a los menores de edad con discapacidad como una población vulnerable ante la violencia sexual.

Gráfico 2. Denuncias y exámenes medicolegales por presunto delito sexual cometido contra niñas, niños y adolescentes en Colombia (2011-2019)

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y Ministerio Salud y Protección Social (2019).

19641

18441 17911 18116

19181 18416

20663

2279422211

9850 9849 10229 10980

12335 12194

14749

19810

23438

5680 5200

6704 7290

8328

10407

11683

1323714032

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019

Medicina Legal Fiscalía PARD

42

#### 4.2.2. Bajo desarrollo de competencias socioemocionales para afrontar situaciones adversas

El adecuado desarrollo de las competencias socioemocionales es considerado un factor protector personal y social en la medida en que incide en el manejo efectivo de situaciones interpersonales. Así como en la reducción de algunos eventos negativos relacionados con dificultades en la convivencia, abuso de SPA, problemas o trastornos mentales (Departamento Nacional de Planeación, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). De igual forma, la autoidentificación de síntomas mentales permite un ingreso oportuno al SGSSS para la prevención de progresividad en los mismos.

El desarrollo de competencias socioemocionales se relaciona con la percepción de felicidad, el funcionamiento social y el bienestar (Fernández B & Extremera, 2009). De esta

manera, se encontró que, a nivel social, el desarrollo de estas competencias permite la generación de redes sociales satisfactorias con experiencias sanas, equilibradas y percepción de satisfacción o bienestar (Departamento Nacional de Planeación, 2017); por el contrario, el bajo desarrollo de estas competencias genera anulación de sentimientos o baja habilidad para expresarlos, distancia emocional y desconfianza.

A nivel individual se encontró que la percepción de felicidad se reduce a medida que aumenta la edad y se entra en la etapa adulta y de adulto mayor, con diferencias marcadas a nivel regional, de escolaridad, pobreza y estado civil; donde a menor escolarización decrece esta percepción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Lo anterior pone de presente un mayor riesgo para la población mayor de edad, así como la necesidad de fortalecer estas competencias a lo largo del ciclo de vida, de tal forma que estas habilidades sean un soporte consistente con los retos que supone el envejecimiento. Así mismo, se evidenció que la población puede identificar la alegría, pero presenta dificultades para emociones como el miedo, tristeza y asco, mostrando una baja empatía entre poblaciones en situaciones negativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

#### 4.3. Limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales

Los individuos que tienen problemas o trastornos mentales requieren atención integral por parte del sistema de salud, así como opciones efectivas para el acceso a bienes y servicios que garanticen la calidad de vida acorde con la dignidad humana, es decir, educación, recreación, productividad y empleo, etc. (Congreso de la Republica, 2013, pág. 4). Sin embargo, actualmente se cuenta con una oferta sanitaria reducida y desarticulada, baja disponibilidad de medicamentos en zonas rurales y rurales dispersas para la atención de problemas y trastornos mentales, talento humano con falencias de formación para la

43

atención integral en procesos de baja complejidad, y desconocimiento de la oferta social con ausencia de articulación sociosanitaria para apoyar los procesos de recuperación.

##### 4.3.1. Reducida y desarticulada oferta en salud para la atención integral de las personas con problemas o trastornos mentales

Si las personas con problemas o trastornos mentales deciden acceder al sistema de salud o son priorizadas debido a vulneración de derechos o relación con el delito<sup>50</sup>, requieren una atención oportuna e integral que facilite su rehabilitación. No obstante, existen limitaciones para el ingreso a los servicios de salud, insuficiente oferta para la atención de los problemas o trastornos mentales<sup>51</sup>, incluyendo reducción de daños en consumidores de SPA, y baja disponibilidad de medicamentos.

En el país menos del 50 % de la población que presenta algún problema o trastorno mental en efecto solicita atención en salud, sumado a esto, siete de cada cien personas que solicitan dicha atención no logran acceder al SGSSS, y la no atención oportuna e integral empeora de manera progresiva la sintomatología, llegando hasta un deterioro funcional (Eaton, Qureshi, Salaria, & Ryan). Lo anterior está relacionado con el desconocimiento del proceso para el acceso a la atención, la desconfianza en el tratamiento, la localización geográfica, los bajos recursos económicos para el desplazamiento, los largos períodos de tiempo en asignación de citas o autorizaciones, atención sin considerar las transiciones de cuidado que genera el fenómeno de puerta giratoria<sup>52</sup>, la fragmentación de la atención, la intervención exclusivamente farmacológica, entre otros, lo que en consecuencia limita la atención oportuna, continua, integral y resolutive de la población (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Además, el país cuenta con 11.965 servicios en salud mental habilitados, en donde el 94 % (11.204) son servicios específicos para atender problemas y trastornos mentales, con

una tasa de atención del 21,4 por 100.000 personas, y el restante son servicios (6,36 %) destinados a la atención de trastornos por consumo de SPA con atención de 1,5 por cada 100.000 individuos (Tabla 1). Existen diferencias territoriales con tasas que oscilan entre 2,2 y 29,3 por 100.000 habitantes, en donde el 53 % de la oferta en salud mental y trastornos por consumo de SPA se concentran en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y la ciudad de Bogotá. Además, aun cuando se estima que cerca de 700.000

<sup>50</sup> Población que ingresa al PARD, SRPA y privados de la libertad.

<sup>51</sup> La necesidad de atención en salud mental puede estar relacionada con: los factores biológicos y genéticos, eventos traumáticos o estresantes, problemas y trastornos relacionados con el consumo de SPA, ser víctimas de violencia, epilepsia e ideación suicida.

<sup>52</sup> Paciente con múltiples y continuos ingresos a instituciones prestadoras de servicios de salud.

44

individuos requieren tratamiento por consumo problemático de SPA, el país cuenta con 1 servicio de atención por cada 1.000 personas y tan solo 9,4 % recibe tratamiento (Observatorio Nacional de Salud Mental, 2019).

Si bien estas limitaciones y diferencias territoriales deberían ser subsanadas a través de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, de 42 EPS que operan en el territorio, tan solo el 11,9 % (i.e. 5) cuentan con habilitación<sup>53</sup>, lo que evidencia posibles limitaciones para la atención integral de las personas con problemas, trastornos mentales y rehabilitación o reducción del daño del consumo de SPA (Observatorio Nacional de Salud Mental, 2019). Es importante resaltar que limitaciones en la oferta no solo afectan la consulta inicial sino la continuidad y adherencia del tratamiento (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017).

Tabla 1. Personas y atenciones por trastornos mentales, del comportamiento y por consumo de SPA, Colombia 2018

Entidad territorial	Trastornos mentales y del comportamiento	Trastornos por consumo de SPA
Personas	Atenciones	
Promedio		
atenciones		
por año		
Tasa por		
100.000		
habitantes		
Personas	Atenciones	
Promedio		
atenciones		
por año		
Tasa por		
100.000		
habitantes		
Amazonas	255 641	2,5 323 77 671 9 98,0
Antioquia	208.365 763.548	3,7 3114 15769 79.832 5 236,0
Arauca	2.477 15.300	6,2 915 172 5.037 29 64,0
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	107 312	2,9 136 4 15 4 5,0
Atlántico	57.866 224.457	3,9 2273 4030 14.879 4 158,0
Bogotá, D.C.	183.049 661.452	3,6 2237 8070 44.985 6 99,0
Bolívar	34.000 312.926	9,2 1566 2385 46.317 19 110,0

Boyacá 21.109 86.791 4,1 1647 900 3.483 4 70,0  
 Caldas 35.369 139.570 3,9 3559 2090 10.054 5 210,0  
 Caquetá 5.613 20.588 3,7 1131 539 3.133 6 109,0  
 Casanare 4.560 19.722 4,3 1215 155 532 3 41,0  
<sup>53</sup> Salud vida en Magdalena, Mutual Ser en Bolívar y Magdalena, Nueva EPS en Magdalena, Coosalud en Magdalena y Sanitas en Santander.

45

Entidad  
 territorial

Trastornos mentales y del comportamiento Trastornos por consumo de SPA

Personas Atenciones

Promedio

atenciones

por año

Tasa por

100.000

habitantes

Personas Atenciones

Promedio

atenciones

por año

Tasa por

100.000

habitantes

Cauca 17.900 59.332 3,3 1264 1088 2.995 3 77,0  
 Cesar 14.989 81.167 5,4 1407 1464 35.239 24 137,0  
 Chocó 3.044 11.629 3,8 591 192 574 3 37,0  
 Córdoba 20.745 154.174 7,4 1160 1341 11.117 8 75,0  
 Cundinamarca 60.170 225.049 3,7 2146 2705 12.458 5 96,0  
 Guainía 38 64 1,7 87 3 30 10 7,0  
 Guaviare 241 623 2,6 208 12 22 2 10,0  
 Huila 19.588 103.971 5,3 1636 1052 12.129 12 88,0  
 La Guajira 6.487 130.839 20,2 624 591 10.260 17 57,0  
 Magdalena 15.166 77.717 5,1 1168 798 5.235 7 61,0  
 Meta 8.865 31.777 3,6 872 340 1.179 3 33,0  
 Nariño 32.416 233.744 7,2 1792 3065 27.962 9 169,0  
 Norte de  
 Santander  
 20.483 104.472 5,1 1472  
 1757 25.949 15 126,0  
 Putumayo 3.884 25.903 6,7 1082 305 2.298 8 85,0  
 Quindío 15.905 61.298 3,9 2766 1666 20.098 12 290,0  
 Risaralda 32.029 112.788 3,5 3310 1815 12.915 7 188,0  
 Santander 54.190 255.583 4,7 2592 2882 10.956 4 138,0  
 Sucre 12.838 82.204 6,4 1464 1007 13.210 13 115,0  
 Tolima 23.456 86.067 3,7 1652 1225 5.622 5 86,0

Valle del

Cauca

97.009 391.829 4,0 2040

4414 15.776 4 93,0

Vaupés 78 248 3,2 174 4 8 2 9,0

Vichada 175 485 2,8 226 11 21 2 14,0

Fuente: Sispro, 2019 (estimación población DANE para 2018).

Por otro lado, dada la necesidad de intervención establecida en el problema 2 sobre población institucionalizada, se encontró con respecto a población privada de la libertad que, aunque en los centros penitenciarios se realiza un examen de ingreso, no existe información que permita dar cuenta de la identificación de problemas o trastornos mentales,

46

consumo de sustancias, remisión a especialidades, ni atención integral para esta población.

Además, se cuenta con tan solo dos unidades móviles de atención inicial en salud mental, las cuales se encuentran ubicadas en los centros de reclusión La Modelo de Bogotá y Villahermosa. Así mismo, se encuentran deficiencias en el diagnóstico de enfermedades mentales graves, bajo número de personal para la atención, escasos lineamientos para atención de urgencias psiquiátricas, limitado tiempo para la valoración y seguimiento, y tratamientos basados en medicación (Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, 2017).

Por último, si bien los medicamentos opioides y sus antidotos hacen parte del Plan de Beneficios en Salud<sup>54</sup>, y el Fondo Nacional de Estupefacientes entre 2012 y 2017 aumentó la disponibilidad de este tipo de fármacos, actualmente el país continúa con una baja disponibilidad de estos medicamentos con respecto a estándares internacionales. Lo anterior, limita el acceso a las personas que lo requieren para sus tratamientos (Knaul, y otros, 2018).

#### 4.3.2. Baja disponibilidad del talento humano y limitaciones en su formación en salud para la atención integral a problemas o trastornos mentales

La identificación temprana y atención en salud oportuna de las personas que presentan problemas o trastornos mentales es necesaria para reducir la progresividad de la enfermedad a otros tipos de desenlaces, así como para disminuir la probabilidad de mortalidad temprana debido a la aparición de otras enfermedades o eventos como, por ejemplo, la conducta suicida. Para esto se requiere talento humano en salud con competencias para la promoción de la salud mental, prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de problemas o trastornos mentales, según las necesidades sociales y en salud de las personas y sus familias (Eaton, Qureshi, Salariya, & Ryan, 2018). Sin embargo, en la actualidad el talento humano, que trabaja en instituciones de salud de baja complejidad, presenta falencias de formación en conocimientos específicos para la atención integral de problemas o trastornos mentales. Adicionalmente, existe baja disponibilidad de talento humano para la atención especializada en zonas rurales y rurales dispersas.

Así, cuando una persona ingresa al SGSSS, el personal en salud que realiza el primer contacto es quien cuenta con la mayor probabilidad de identificar y gestionar la atención integral. Sin embargo, el talento humano presenta desconocimiento para la detección y atención de los problemas o trastornos mentales (Fondo Multidonante de las Naciones Unidas

<sup>54</sup> El ingreso al Plan de Beneficios se realiza a partir de la Resolución 5857 del 26 de diciembre del 2018 del Ministerio de

según lo establecido en el decreto 2015 de 2003, la

importación, exportación, distribución y venta de los opioides es controlada por el Fondo Nacional de estupefaciente.

47

para el postconflicto, 2018). Lo anterior está relacionado con los planes de estudio para la formación debido a que los profesionales egresan con limitaciones para realizar los diagnósticos y los manejos de primer nivel de personas con problemas o trastornos mentales en los procesos de baja complejidad.

Un ejemplo de esto es que la mayor remisión se da a psicoterapia por psicología, siendo importante que los profesionales que la realicen tengan competencias en el área clínica. No obstante, dado que la mayoría de las instituciones de educación superior establecen el título de psicólogo sin determinar si existe un énfasis clínico en este, las IPS no pueden determinar si la persona contratada cuenta con formación en psicología clínica. Esta limitación en la formación está relacionada con la baja adherencia al tratamiento psicoterapéutico, lo que reduce la credibilidad de las personas en los procesos de recuperación y les genera desconfianza en los tratamientos (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

Por otro lado, existe desconocimiento de la suficiencia y la ubicación del talento

humano especializado para la atención de la población con problemas o trastornos mentales, dado el subregistro en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud<sup>55</sup> (RETHUS) de estas especialidades. De acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, el país cuenta con 2 psiquiatras y 2 neurólogos por cada 100.000 habitantes, con baja presencia en zonas rurales y rurales dispersas. Finalmente, teniendo en cuenta que se desconoce la oferta social para la población con problemas y trastornos mentales, también se desconoce el perfil y los conocimientos que presenta el talento humano que atiende.

#### 4.3.3. Desconocimiento de la oferta social y ausencia de articulación sociosanitaria para la inclusión social en problemas y trastornos mentales

Las personas con trastornos mentales en proceso de recuperación requieren oportunidades de inclusión social que les permitan contribuir a su mejoramiento en salud mental, al igual que prevenir reincidencia de los síntomas. Participar activamente a nivel educativo, cultural o deportivo, así como tener un trabajo en el cual las personas generan recursos económicos y autonomía para acceder a bienes y servicios, mejora su funcionalidad, y además les permite aportar y participar en la sociedad. Dentro de este contexto se hace necesario que a las personas con problemas o trastornos mentales se les brinde posibilidades para aportar en la sociedad, contribuyendo de esta forma en su proceso de recuperación.

<sup>55</sup> El RETHUS es el sistema de información donde se registra el personal que se encuentra autorizado para el ejercicio de la profesión u ocupación del área de la salud.

48

La ausencia de esta oferta puede hacer que el individuo recaiga o agudice los problemas o trastornos mentales, y no genere lazos familiares o comunitarios.

La oferta social debe funcionar de manera paralela con la atención en salud, la cual corresponde a aquellas instituciones u organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios para la protección, cuidado y garantía de los derechos, así como aquellas que apoyan la inclusión educativa, cultural, deportiva, y laboral. Estas permiten potencializar las capacidades y recursos de las personas con problemas o trastornos en salud mental, y con consumo de SPA en las diferentes zonas del país. Aunque existen múltiples instituciones público-privadas y de la sociedad civil que ofrecen estos servicios, actualmente se desconoce esta oferta. Además, se presentan restricciones en el trabajo conjunto de los sectores involucrados en la atención de esta población debido a la ausencia de lineamientos que den claridad sobre la articulación al interior de la oferta social y la oferta en salud. Lo anterior podría generar reprocesos, revictimización, y multiplicidad en el diligenciamiento de documentos y tiempos de espera prolongados.

## 5. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA

### 5.1. Objetivo general

Promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias.

### 5.2. Objetivos específicos

OE 1. Aumentar la coordinación intersectorial para lograr una implementación efectiva de la promoción, la prevención, la atención integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA, o víctimas de violencias.

OE 2. Fortalecer los entornos en los que se desarrolla la población colombiana, así como sus competencias socioemocionales individuales y colectivas, para prevenir los problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las violencias.

OE 3. Mejorar la atención en salud mental y la inclusión social para disminuir el número de personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA y víctimas



de violencias.

49

### 5.3. Plan de acción

Para el cumplimiento del objetivo general de la presente política se establecen tres objetivos específicos desarrollados a través de estrategias y líneas de acción que implican la realización de acciones por parte de diferentes entidades del nivel nacional. El detalle de las acciones propuestas se describe en el Plan de Acción y Seguimiento (PAS) (Anexo A), el cual señala las entidades responsables, los períodos de ejecución, las metas, así como los recursos necesarios y disponibles para su implementación.

#### 5.3.1. Estrategia para la coordinación intersectorial en temas de salud mental

##### Línea de acción 1. Construcción de una agenda y un plan de acción para la implementación de la política de salud mental

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre de 2020, creará el comité técnico interinstitucional de salud mental para consolidar una agenda única con orientaciones para la salud mental, la epilepsia, el consumo de SPA y las víctimas de violencias. Dicho comité articulará los sectores competentes y contará con representantes de la comunidad y de los grupos de interés. Esta acción se realizará en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y en cumplimiento en lo determinado en el artículo 9 del Decreto 859 de 2014.

En segundo lugar, el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará, a partir del segundo semestre de 2020, un instrumento que permita articular agendas de diferentes sectores con el plan de acción del comité técnico interinstitucional de salud mental en cada vigencia, con el fin de coordinar las agendas y los planes de acción de los diferentes espacios (sistemas, comisión y comités) que inciden en salud mental.

En tercer lugar, el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre de 2021, creará e implementará una hoja de ruta de coordinación y articulación para gestionar acciones en salud mental, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia en los consejos territoriales de salud mental, comités departamentales de drogas y el mecanismo articulador para las violencias. Esta hoja de ruta deberá articularse con otros espacios (sistemas, comisión y comités) que operen a nivel territorial.

Finalmente, el Departamento Nacional de Planeación, a partir del primer semestre del 2022, realizará una evaluación institucional del presente documento CONPES. El informe de resultados que se genere de esta evaluación permitirá considerar la pertinencia de formular un nuevo documento de política relacionado con la salud mental de la población colombiana.

50

##### Línea de acción 2. Integración de sistemas de información y fomento de la investigación

Con el fin de garantizar la disponibilidad de la información para la toma de decisiones en salud mental, el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del segundo semestre de 2021, implementará el proceso de interoperabilidad de las fuentes de datos, el cual estará orientado al análisis y a la toma de decisiones, a partir de la información obtenida en el Observatorio Nacional de Salud Mental.

En segundo lugar, con el fin de producir información a nivel territorial, el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre de 2020, incluirá en el Análisis de Situación de Salud nacional y territorial un apartado sobre salud mental, morbilidad asociada a los problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de SPA, convivencia, y violencias.

Adicionalmente, el Ministerio de Justicia y del Derecho, a partir del primer semestre de 2020, definirá los indicadores de reducción de consumo de SPA desde el Observatorio de Drogas de Colombia en coordinación con el Observatorio de Salud Mental. Estos indicadores



incluirán información de personas atendidas por consumo de drogas, intoxicaciones y muertes asociadas, entre otros. Lo anterior con el propósito de obtener información para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la prevención de consumo de SPA. En tercer lugar, teniendo en cuenta que los componentes de generación de datos, evidencias, y entornos protectores son esenciales para la reducción de violencias en menores de edad, el ICBF, a partir del primer semestre de 2020, identificará las normas sociales y comportamientos que normalizan la violencia contra niñas, niños y adolescentes, para visibilizarlas e incentivar su modificación. En cuarto lugar, el Ministerio de Justicia y del Derecho, a partir del primer semestre de 2020, creará una red de estudios e investigaciones sobre la reducción de la demanda de drogas entre el Observatorio de Drogas de Colombia, la academia, los centros de investigación y la sociedad civil con el propósito de prevenir el consumo de SPA. Por otra parte, con el propósito de promover la investigación en salud mental, el DNP, a partir del primer semestre de 2020, identificará los determinantes sociales que inciden en la salud mental de la población colombiana por medio del desarrollo de un modelo predictor, esto con el fin de crear políticas públicas que aporten a la promoción de la salud mental en el país. Este instrumento permitirá orientar la focalización de acciones y oferta de acuerdo con las características de los segmentos poblacionales y de acuerdo con la oferta de promoción que se requiere.

51

Adicionalmente, el DNP realizará, a partir del primer semestre de 2020, la construcción y estimación de modelos estadísticos que brinden información para actuar de forma anticipada ante las vulneraciones de derechos que afectan a niñas, niños y adolescentes. Con base en el modelo de anticipación de vulneraciones, el DNP, a partir del primer semestre de 2020, construirá y socializará con entidades territoriales un lineamiento de focalización que priorice y promueva la oferta social para niñas, niños y adolescentes y sus familias.

Finalmente, el DNP, a partir del segundo semestre de 2020, realizará dos estudios de caso en donde se analicen los determinantes sociales en la población que presenta mayor prevalencia de problemas y trastornos mentales, y que permitan desarrollar políticas públicas orientadas a la promoción de la salud mental.

### 5.3.2. Estrategia de fortalecimiento de entornos protectores

#### Línea de acción 1. Entornos que promueven la salud mental

Con el fin de promover el acceso a actividades culturales que incidan positivamente en la salud mental, el Ministerio de Cultura desarrollará una serie de actividades que promuevan el desarrollo de hábitos de lectura y el aprendizaje de oficio y artes. En esa medida, a partir del primer semestre del 2021, el Ministerio de Cultura implementará el Programa Nacional de Bibliotecas Itinerantes, a través de dotación bibliográfica y tecnológica, así como del acompañamiento y asesoría técnica a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas. Lo anterior con el fin de promover el intercambio de experiencias, aprendizajes, e iniciativas para los usuarios de dicha red en zonas rurales del país, como alternativa para el buen uso del tiempo libre y la construcción de tejido social.

En segundo lugar, el Ministerio de Cultura, a partir del segundo semestre del 2020, brindará formación en oficios tradicionales que aporten a la salvaguardia del patrimonio cultural a los aprendices de los Talleres Escuela y con el fin de implementar procesos de aprendizaje, sana convivencia y potencialización de factores protectores individuales y colectivos. En tercer lugar, el Ministerio de Cultura, a partir del primer semestre del 2021, realizará procesos de arte y atención psicosocial dirigidos a niñas, niños, adolescentes y jóvenes para el desarrollo de competencias socioemocionales y prevención de problemas y

trastornos mentales.

Adicionalmente y con el fin de mitigar los factores que inciden en riesgo psicosocial en el entorno laboral, el Ministerio del trabajo, a partir del segundo semestre del 2020, realizará seguimiento a las empresas en el cumplimiento de la inclusión y utilización de la batería de instrumentos de evaluación de los factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general y los

52

protocolos para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora.

Asimismo, el Ministerio del Trabajo, a partir del primer semestre del 2020, expedirá la normatividad para establecer programas de promoción de la salud mental, la prevención de problemas o los trastornos mentales, y del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral y la protección especial al talento humano que trabaja en salud mental.

Finalmente, el Ministerio del Trabajo, a partir del primer semestre del 2020, realizará la difusión y la socialización del protocolo de estrategias para la promoción, la prevención y la intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral; con esto se buscará mejorar las condiciones psicosociales de dicho entorno.

En cuanto al entorno educativo, el Ministerio de Educación Nacional liderará el desarrollo de varias acciones encaminadas a solucionar los factores de riesgo y principales problemáticas de salud mental que enfrentan los estudiantes. Por tanto, el Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre del 2020, realizará acompañamiento a las 96 entidades territoriales certificadas para la promoción de acceso y permanencia educativa de todas las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas, y de manera específica a aquellos que presentan discapacidad mental-psicosocial. Esto se realiza con el fin de garantizar la inclusión y equidad en la educación, y promover el desarrollo integral y las trayectorias educativas completas.

A partir del primer semestre del 2020, el Ministerio de Educación Nacional promoverá el registro, seguimiento y atención a casos de violencia con el uso e implementación del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar en coordinación con el ICBF y la aplicación de los protocolos de abordaje pedagógico y rutas de atención en establecimientos educativos del país. El fin de esta acción es la participación del entorno educativo en la prevención de las violencias, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales.

Además, a partir del primer semestre del 2020, el Ministerio de Educación Nacional diseñará e implementará contenidos, metodologías y herramientas para fortalecer las capacidades de las familias en materia de cuidado, crianza y promoción del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Alianza Familia - Escuela.

En educación superior, el Ministerio de Educación Nacional, a partir del primer semestre del 2021, diseñará y socializará orientaciones para la promoción de salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales en educación superior, dentro del marco de la autonomía universitaria; con el propósito de que las instituciones de educación superior

53

refuercen los factores de protección que influyen en la salud mental, y reduzcan los factores de riesgo para la incidencia de violencias, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales.

En relación con el entorno hogar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a partir del primer semestre de 2020, brindará atención institucional a niñas, niños y adolescentes para prevenir riesgos y vulneraciones, potenciando sus vocaciones, intereses y talentos en la construcción de su proyecto de vida. Asimismo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

a partir del primer semestre de 2020, formará agentes educativos y madres comunitarias en identificación de riesgos asociados a violencias contra niñas y niños. Esta acción fortalecerá el entorno comunitario para la prevención de la violencia en menores de edad.

Por otra parte, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a partir del primer semestre del 2020, brindará atención en el marco del Programa Casa Digna, Vida Digna que permita mejorar las condiciones de vivienda y entornos de las personas con alguna condición de discapacidad que sean beneficiarias por las distintas intervenciones del programa. Esta acción se orienta a la reducción de hacinamiento como un factor de riesgo para las violencias en el entorno hogar, así como a la promoción de la convivencia comunitaria y la seguridad en la tenencia.

El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, a partir del primer semestre del 2020, reforzará, a través del componente de bienestar comunitario del Programa Familias en Acción, las competencias ciudadanas y comunitarias de los titulares de este programa, con el fin de potencializar factores personales y sociales para el manejo efectivo de situaciones interpersonales de la población residente en el territorio colombiano.

Asimismo, el Ministerio de Justicia y del Derecho en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre del 2020, ampliará la cobertura del Programa familias fuertes: amor y límites para la prevención del consumo SPA y la reducción de conductas asociadas al consumo.

Además, el Ministerio de Justicia y del Derecho en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del 2020, diseñará, adoptará e implementará protocolos para el monitoreo de nuevas sustancias psicoactivas, drogas sintéticas y emergentes a través del Sistema de Alertas Tempranas con el fin de reducir el impacto asociado al consumo.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre de 2021, diseñará e implementará un programa nacional de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, por entornos y curso de vida, con el propósito de diferenciar y responder a las necesidades de todas las poblaciones y entornos. Esto buscará orientar al sector salud en la implementación de estrategias desde el Plan de

54

Intervenciones Colectivas, para la transformación de normas y representaciones sociales que favorecen la presencia de violencias, problemas, trastornos mentales y consumo de SPA.

En el marco del Programa en TIC Confío, El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones a partir del segundo semestre de 2020, diversificará las instituciones educativas beneficiarias del programa de un año a otro en el territorio nacional. Esto con el fin de capacitar un mayor número de personas en la promoción del uso seguro y responsable de las tecnologías de la información.

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) en coordinación con el Ministerio de Justicia y del Derecho, a partir del primer semestre del 2021, capacitará a funcionarios penitenciarios del área psicosocial y de sanidad de los establecimientos de reclusión del Inpec en salud mental (detección, primeros auxilios, remisión, etc.), con el fin de fortalecer el talento humano en la identificación y atención inicial de personas con problemas y trastornos mentales.

Adicionalmente, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a partir del primer semestre de 2020, brindará asistencia técnica a los operadores de los servicios de atención del PARD de niñas, niños y adolescentes y del SRPA en temáticas relacionadas con afectaciones asociadas a la salud mental, el suicidio y el consumo de SPA. Esta acción se realizará con el propósito de capacitar al talento humano en la identificación y atención inicial de personas con problemas y trastornos mentales.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre de

2020, diseñará y producirá una estrategia de comunicación masiva para la promoción de la convivencia social y la salud mental, la prevención de las violencias, el suicidio, la epilepsia y el consumo de sustancias psicoactivas, en la perspectiva de comunicación sin daño.

El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, a partir del primer semestre del 2020, fortalecerá los factores protectores en las comunidades étnicas atendidas por los programas Iraca, para que estos promuevan la resolución de conflictos y la reducción de violencias; lo anterior a través de encuentros comunitarios y estrategias complementarias concertadas con las autoridades étnicas.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre del 2020, brindará asistencia técnica a entidades territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios en salud, e instituciones prestadoras de servicios de salud para la implementación del lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas.

55

## Línea de acción 2. Competencias socioemocionales

Con el fin de lograr desarrollar las competencias socioemocionales que requieren las personas para afrontar diferentes situaciones a lo largo de la vida, este documento propone el diseño de una ruta de promoción de competencias socioemocionales. En esa medida, el DNP construirá a partir del segundo semestre de 2020 y en conjunto con las diferentes entidades que hacen parte de la mesa de competencias socioemocionales una ruta de promoción de competencias socioemocionales de tal forma que se pueda hacer un mapeo de la oferta por ciclo de vida y por entorno.

Adicionalmente, el Ministerio de Educación Nacional actualizará los referentes técnicos de competencias ciudadanas y socioemocionales para orientar a la comunidad educativa (directivos, docentes y estudiantes) en educación inicial, básica y media. Esto se realiza con el propósito de promover la convivencia ciudadana y herramientas para el manejo efectivo de situaciones de la vida diaria en la comunidad educativa. Esta acción se desarrollará a partir del primer semestre de 2020.

Por su parte, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, a partir del primer semestre del 2020, reforzará a través del componente de Habilidades para la Vida del Programa Jóvenes en Acción, las habilidades blandas en los jóvenes participantes de dicho programa, para permitirles desarrollar, entre otras cosas, herramientas para identificar y regular emociones. Adicionalmente DPS promoverá estrategias de afrontamiento en los hogares retornados o reubicados y vinculados al Programa Familias en su Tierra, para fortalecer las habilidades familiares e individuales ante situaciones adversas y emociones negativas, a través de encuentros del componente de fortalecimiento social y comunitario partir del primer semestre del 2020.

Por último, el Ministerio del Deporte, a partir del primer semestre del 2020, formulará e implementará lineamientos en los procesos de actividad física, deportiva, y recreativa realizados por esta entidad, a través de los cuales se generen o fortalezcan competencias socioemocionales.

### 5.3.3. Estrategia para la atención en salud e inclusión social

#### Línea de acción 1. Articulación de oferta en salud para atención integral

El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre de 2020, realizará un diagnóstico de la capacidad instalada en talento humano e infraestructura de los servicios de salud para la atención de la población con problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias, esto permitirá identificar la infraestructura

56

disponible para la atención en salud y conocer el lugar donde existe mayor concentración de talento humano.

#### **Línea de acción 2. Preparación del talento humano para la identificación y atención oportuna de afectaciones en salud mental**

El Ministerio de Salud y Protección social, a partir del primer semestre de 2020, construirá una estrategia de formación continua para fortalecer las competencias del talento humano para la atención integral en salud, en salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas. Esta acción se realizará de manera articulada con cooperación internacional, academia, direcciones territoriales de salud, empresas administradoras de planes de beneficios en salud, y otros actores involucrados, con el fin de mejorar las competencias del talento humano en salud.

En segundo lugar, el Ministerio de Salud y Protección social, a partir del primer semestre del 2021, elaborará y socializará un documento de análisis para promover en zonas de difícil acceso geográfico el servicio social obligatorio y práctica clínica de profesionales en psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluyendo especialistas en neurología y en psiquiatría.

#### **Línea de acción 3. Inclusión social**

En primer lugar, el Ministerio de Salud y Protección social, a partir del primer semestre de 2021, diseñará una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad para la implementación de procesos intersectoriales de inclusión social de las personas con trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, sus familias y cuidadores. Esta estrategia se hará en el marco del Comité Técnico Interinstitucional para la salud mental, y buscará la inclusión de la comunidad en procesos de rehabilitación e inclusión social según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud.

En segundo lugar, la Unidad Administrativa Especial del Servicio de Empleo, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre de 2020, construirá y socializará los lineamientos y herramientas que se definan para la inclusión laboral de población con afectaciones en la salud mental para la red de prestadores del Servicio Público de Empleo, con esto se busca que las personas con problemas o trastornos mentales tengan acceso a las posibilidades de empleo en el país.

Finalmente, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a partir del primer semestre del 2021, acercará la oferta institucional de los programas de vivienda (Programa Casa Digna, Vida Digna, Mi Casa Ya y Semillero de Propietarios) a la población con potencial de atención, con cual se busca que las personas con problemas o trastornos mentales conozcan

la oferta institucional de programas para acceso a vivienda. Esta acción se realizará con el acompañamiento de Ministerio de Salud y Protección Social el cual apoyará en la identificación la población objeto de intervención.

#### **5.4. Seguimiento**

El seguimiento a la ejecución física y presupuestal de las acciones propuestas para el cumplimiento de los objetivos del presente documento se realizará a través del Plan de Acción y Seguimiento (PAS) que se encuentra en el Anexo A. En este se señalan las entidades responsables de cada acción, los periodos de ejecución de estas, los recursos necesarios y disponibles para llevarlas a cabo, y la importancia de cada acción para el cumplimiento del objetivo general de la política. El reporte periódico al PAS se realizará por todas las entidades concernidas en este documento.

Esta política tiene un período de implementación que cubre desde el año 2020 hasta el 2023. Su seguimiento se hará de manera semestral iniciando su reporte en junio de 2020 y el informe de cierre se realizará con corte al 31 de diciembre de 2023. Lo anterior, se

traduce en un total de 8 reportes semestrales para un período de 4 años (Tabla 2).

Tabla 2. Cronograma de seguimiento

Corte Fecha

Primer corte Junio de 2020

Segundo corte Diciembre de 2020

Tercer corte Junio de 2021

Cuarto corte Diciembre de 2021

Quinto corte Junio de 2022

Sexto corte Diciembre de 2022

Séptimo corte Junio de 2023

Informe de cierre Diciembre de 2023

Fuente: DNP (2020).

## 5.5. Financiamiento

Para el cumplimiento de los objetivos de este documento (Tabla 3) las entidades involucradas en su implementación gestionarán y priorizarán, en el marco de sus competencias y de acuerdo con el Marco de Gasto de Mediano Plazo del respectivo sector, los recursos para la financiación de las acciones que se proponen en el formato PAS.

58

Tabla 3. Financiamiento de la política

(cifras en millones de pesos)

Objetivo

específico

2020 2021 2022 2023

Total por

objetivo

OE 1 2.746 1.550 2.531 7.799 14.626

OE 2 312.218 385.564 401.667 3.209 1.102.658

OE 3 924 1.415 1.227 0 3.566

Total 315.888 388.529 405.425 11.008 1.120.850

Fuente: DNP (2020).

59

## 6. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social:

1. Aprobar la presente política junto con su Plan de Acción y Seguimiento (PAS) para promover la salud mental de la población colombiana, así como el fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, la atención integral de personas víctimas de violencias, personas con consumo o abuso de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales.
2. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación consolidar y divulgar la información del avance de las acciones según lo planteado en el Plan de Acción y Seguimiento (Anexo A). La información deberá ser proporcionada por las entidades involucradas en este documento de manera oportuna según lo establecido en la Tabla 2.
3. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social:
  - a. Crear e implementar una hoja de ruta de coordinación y articulación para gestionar estrategias en salud mental, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia, articulada con otros espacios (sistemas, comisión y comités) que operen a nivel territorial.
  - b. Realizar un diagnóstico de la capacidad instalada en talento humano e infraestructura de los servicios de salud para la atención de la población con problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y víctimas de violencias.

4. Solicitar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:
    - a. Brindar atención institucional a niñas, niños y adolescentes para prevenir riesgos y vulneraciones, potenciando sus vocaciones, intereses y talentos en la construcción de su proyecto de vida con el fin de fortalecer el componente de prevención de violencias en menores de edad.
    - b. Formar agentes educativos y madres comunitarias en identificación de riesgos asociados a violencias contra niñas y niños para fortalecer el entorno comunitario para la prevención de la violencia, así como los componentes de entornos protectores y prevención de riesgos.
  5. Solicitar al Departamento para la Prosperidad Social
- 60
- a. Reforzar, a través del componente de bienestar comunitario del Programa Familias en Acción, las competencias ciudadanas y comunitarias de los titulares de este programa, con el fin de potencializar factores personales y sociales para el manejo efectivo de situaciones interpersonales.
  - b. Reforzar a través del componente de habilidades para la vida del Programa Jóvenes en Acción, las habilidades blandas en los jóvenes a través del desarrollo de herramientas para identificar y regular emociones.
6. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional formar educadores en el uso e implementación del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar, en los protocolos de abordaje pedagógico y en las rutas de atención en establecimientos educativos en el país.
  7. Solicitar al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio realizar intervenciones en el marco del Programa Casa Digna, Vida Digna que permita mejorar las condiciones de vivienda y entornos de las personas con alguna condición de discapacidad que sean beneficiarias por las distintas intervenciones del programa
  8. Solicitar al Ministerio de Cultura realizar procesos de arte y atención psicosocial dirigidos a la niñez, adolescencia y juventud para el desarrollo de competencias socioemocionales y prevención de problemas y trastornos mentales.
  9. Solicitar al Ministerio del Deporte formular e implementar lineamientos en los procesos de actividad física, deportiva y recreativa que permitan fortalecer competencias socioemocionales en la población participante.
  10. Solicitar al Ministerio del Trabajo realizar seguimiento a las empresas en el cumplimiento de la inclusión y utilización de la batería de instrumentos de evaluación de los factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general y los protocolos para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora.
  11. Solicitar al Ministerio de Justicia y del Derecho diseñar y difundir campañas nacionales de prevención universal de consumo de SPA en medios de comunicación, con el fin de concientizar a la población colombiana sobre los riesgos del consumo.
  12. Solicitar al Instituto Penitenciario y Carcelario (Inpec) que, en articulación con Ministerio de Justicia y del Derecho, capacite a funcionarios penitenciarios del área psicosocial y de sanidad de sus establecimientos de reclusión en salud mental (detección, primeros auxilios, remisión, etc.).

61

#### ANEXOS

##### Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento (PAS)

Ver archivo en Excel adjunto.

62

#### BIBLIOGRAFÍA



Amar, J. J., y Martínez Gonzalez, M. B. (2011). El ambiente imperativo: un enfoque del desarrollo infantil. Barranquilla: Universidad del norte.

Ardón Centeno, N., & Cubillos Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Gerencia Y Políticas De Salud, 11 (23).

Arroyo, H. A., & et.al. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jovenes: una Mirada Integral. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina: OPS/OMS.

Borghans, L., ter Weel, B., y Weinber, B. A. (2008). Interpersonal Styles and Labor Market Outcomes. J. Human Resources (43), 815-858.

Bowles, Samuel; Herbert Gintis; Melissa Osborne. (2001). The Determinants of Earnings: A Behavioral Approach. Journal of Economic Literature, 39(4), 1137 - 1176.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist (32), 513-531.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon, & R. M. Lerner, Handbook of child psychology: Theoretical models of human development (págs. 793-828). John Wiley & Sons Inc.

Bronfenbrenner, U., & S., C. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. Psychol Rev., 101(4), 568-86.

Cañón Buitrago, S. C., Castaño Castrillón, J. J., Hoyos Monroy, D. C., Jaramillo Hernández, J. C., Leal Ríos, D. R., Rincón Viveros, R., . . . Ureña Calderón, L. S. (2016). Uso de internet y su relación con la salud en estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales (Caldas- Colombia), 2015-2016. Repositoria Institucional Universidad de Manizales.

Cawley, J., Heckman, J., & Vytlačil, E. (2001). Three Observations on Wages and Measured Cognitive Ability. Labour Economics, 8, 419-442. doi:10.1016/S0927-5371(01)00039-2.

Center on the Developing Child (2020). El estrés tóxico perjudica el desarrollo saludable. Obtenido de <https://developingchild.harvard.edu/translation/el-estres-toxicoperjudica-el-desarrollo-saludable/>.

63

Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children--past, present, and future perspectives. J Child Psychol Psychiatry, 54(4), 402-22. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02608.

Cicchetti, D., & Toth, S. (2005). Child maltreatment. Annual Review of Clinical Psychology(1), 409-38. doi:https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029.

Cicchetti, D., Toth, S. L., & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. En A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller, Handbook of developmental psychopathology (pág. 689-722). Kluwer Academic Publishers. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4163-9\_37

Comisión Intersectorial de Atención Integral a la Primera Infancia. (2015). Estrategia de atención integral a la primera infancia. Bogotá.

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. (SD). Lineamiento técnico de salud en la primera infancia. Bogotá: Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia.

Corporación Visionarios por Colombia (2014). Propuestas de Líneamientos Técnicos para la promoción de la Convivencia Social. Bogotá: MSPS.

Corporación Visionarios por Colombia (2014). Propuesta de lineamientos técnicos para la



promoción de la convivencia social. Bogotá: MSPS. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Documento\\_lineamientos\\_final.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Documento_lineamientos_final.pdf).

Cuarta, J. (2019). Violencia contra niños, niñas y adolescentes: etiología, consecuencias y estrategias para su prevención. Informe para el ICBF [Documento confidencial], Bogotá.

Cuenca, J. R., & Oviedo, M. C. (2014). Locura, manicomio y psiquiatría en Colombia y Antioquia. Sinopsis de la primera mitad del siglo XX. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Cunningham, W., Acosta, P., & Muller, N. (2016). Mentes y Comportamientos en el Trabajo, Fomentando las Habilidades Socioemocionales para el Mercado Laboral de América. Washington: Grupo Banco Mundial.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2015). Encuesta de cultura política (ECP). Bogotá. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/ecpolitica/Presen\\_ECP\\_17.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/ecpolitica/Presen_ECP_17.pdf).

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Indicadores básicos de tenencia y uso de tecnologías de la información y comunicación TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad. Bogotá: DANE. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol\\_tic\\_hogares\\_2018.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol_tic_hogares_2018.pdf).

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2012). Encuesta nacional del uso del tiempo (ENUT). Bogotá. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-devida/encuesta-nacional-del-uso-del-tiempo-enut>.

Departamento Nacional de Planeación (2017). Informe No.1: Revisión de Estudios sobre los Impactos de las Competencias Transversales y Socioemocionales en las Diferentes Dimensiones del Bienestar (Educación, Salud, Ingresos y el Ámbito Social). Bogotá: Talento Productividad Basada en Comportamientos S.A.S.

Departamento Nacional de Planeación (2015). Encuesta Mundial de Valores Colombia: Una mirada comparada de los resultados de la sexta ola de medición 2010-2012. Bogotá. Declaración de importancia estratégica del proyecto Construcción, adecuación y dotación de escenarios deportivos, recreativos, lúdicos y de actividad física en Colombia Bogotá

Díaz, Y., & Hessel, P. (2019). Salud Mental y Pobreza en Colombia. Bogotá: Escuela de Gobierno.

Eaton, J., Qureshi, O., Salari, N., & Ryan, G. (9 de Octubre de 2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet Commissions, 1-46. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).

Fellitti, V. V. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. Z Psychosom Med Psychother, 48, 359-369.

Fernández B, P., & Extremera, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado(66), 85-108. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098211>.

Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el postconflicto (2018). Desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, atención a la infancia y salud nutricional. Bogotá.

Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D., & Casas, G. (2016).

Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Revista Colombiana 65

de Psiquiatría, 45((Supl. 1)), 39-49.

doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>.

Grupo Banco Mundial (2018). Migración desde Venezuela a Colombia: Impacto y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo. Washington. Obtenido de

[https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30651/131472S](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30651/131472SP.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

[P.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30651/131472SP.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). [helathdata.org](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/). Obtenido de GBD

Compare | Viz Hub: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2013). Observatorio del Bienestar de la Niñez

No 15. Bogotá: ICBF. Obtenido de

<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/publicacion-47-a.pdf>.

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (2013). Resultados nacionales censales, Competencias ciudadanas Saber 3°, 5° y 9° 2012. Bogotá: Icfes. Obtenido de

<http://mapeal.cippec.org/wp-content/uploads/2014/06/Informe-ejecutivoacciones-actitudes-ciudadanas-2012.pdf>.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015). Encuesta Nacional de Situación

Nutricional. Bogotá. Obtenido de

<https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacionnutricional#ensin3>.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018) Resolución 13912: Reportes de los regionales para atender a la Política de Prevención del Daño Antijurídico. Bogotá.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018) Política Nacional de Infancia y Adolescencia. Bogotá: MSPS. Obtenido de

[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica\\_nacional\\_de\\_infancia\\_y\\_adolescencia\\_2018\\_-\\_2030.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia_2018_-_2030.pdf).

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Agosto de 2019). Tablero SRPA - Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Obtenido de Sistema de Responsabilidad

Penal Adolescente.: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/observatorio-bienestarninez/tablero-srpa>.

Instituto Danés de Derechos humanos (Febrero de 2020). La guía de los derechos humanos a los ODS. Obtenido de Objetivo 1: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.:

<https://sdg.humanrights.dk/es/targets2?target=11.7>.

66

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Enero de 2017). Guía de Práctica Clínica: para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida

(Adopción). Bogotá, Colombia. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). Forensis. Bogotá.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). Forensis. Bogotá.

Instituto Nacional de Salud (2017). Informe técnico 9: Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá: INS. Obtenido de

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%209%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en>

[%20Salud%20en%20Colombia.pdf](#).

Jaramillo, L. (2007). Concepciones de la infancia. *Zona Próxima*(8), 108-123.

Jovanovic, T., Vance, L. A., Cross, D., Knight, A. K., Kilaru, V., Michopoulos, V., . . . Smith, A. K. (2017). Exposure to Violence Accelerates Epigenetic Aging in Children. *Scientific reports*, 7(1), 8962. doi:<https://doi.org/10.1038/s41598-017-09235-9>

Knaul, F., Farmer, P., Krakauer, E., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., . . . Frenk. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 7(391 (10128)), 1391-1454. doi:doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Cultural trauma and epigenetic inheritance. *Development and Psychopathology*, 30, 1-15. doi:10.1017/S0954579418001153

Mera, R. (1990). Experiencia de un Programa de Enfermería en Salud Mental, en una Comuniad de la Ciudad de Calí. *Investigación y educación en enfermería*, 8(2), 149-163. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ExperienciaDeUnProgramaDeEnfermeriaEnSaludMentalEn-5301773.pdf>.

Ministerio de Educación Nacional (2009). Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia. Bogotá: MEN. Obtenido de [https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053\\_archivo\\_PDF\\_libro\\_desarrolloinfantil.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf).

Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Discusión y Acuerdos. Bogotá: Minsalud.

67

Ministerio de la Protección Social (2007). Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgo Profesionales (I ENCST). Bogotá: Minsalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20SALUD%20RP.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). ABCÉ Enfoque de Curso de Vida. Bogotá: MSPS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá. Obtenido de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Universidad Javeriana. Obtenido de [https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/fielddocuments/field\\_document\\_file/saludmental\\_final\\_tomoi\\_color.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/fielddocuments/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: MSPS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Encuesta de Salud de Escolares (ENSE). Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Estrategia de Entorno Comunitario Saludable. Bogotá: MSPS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estra>

[tegia-entorno-comunitario-2019.pdf](#).

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Estrategia de Entorno Hogar Saludable. Bogotá: Minsalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estragia-entorno-hogar-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la no Repetición. Bogotá: MSPS.

68

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias. Bogotá: Minsalud. Recuperado el Mayo de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politicaapoyo-fortalecimiento-familias.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 4886: "Política Nacional de Salud Mental". Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Estrategia de entorno educativo Saludable. Bogotá: MSPS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estragia-entorno-educativo-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Encuesta Nacional de Violencias contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA). Bogotá: MSPS.

Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (abril de 2017). Noticias. Obtenido de Recomendaciones ante el Juego de la Ballena Azul: <https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-Prensa/Noticias/51469:Recomendaciones-ante-el-Juego-de-la-Ballena-Azul>.

Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones (2017). Primera Gran Encuesta TIC. doi:[https://colombiatic.mintic.gov.co/679/articles-74002\\_cartilla\\_resumen.pdf](https://colombiatic.mintic.gov.co/679/articles-74002_cartilla_resumen.pdf).

Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones (2019). Ministerio de Ciencia y Tecnología. Obtenido de Sala de Prensa "Sabia usted": <https://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-2757.html>.

Ministerio de Trabajo (2013). Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgo Profesionales (II ENCST). Bogotá: Mintrabajo. Obtenido de <https://www.casanare.gov.co/?idcategoria=50581#>

Moreno Martin, T., & Isidro de Pedro, A. I. (2018). Relación de los menores con las redes sociales y el whatsapp: causas y consecuencias. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología, 4(1), 213-222. Obtenido de

<<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1297>>

. Fecha de acceso: 11 jun. 2019

doi:<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1297>.

Observatorio de Drogas de Colombia (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá.

69

Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Bogotá.

Observatorio de Drogas de Colombia (2017). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) Colombia. Bogotá: ODC. Obtenido de

[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018\\_estudio\\_consumo\\_sustancias\\_psicoactivas\\_SRPA\\_2018.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018_estudio_consumo_sustancias_psicoactivas_SRPA_2018.pdf).

Observatorio Nacional de Salud Mental (2019). Análisis de oferta sanitaria. Bogotá.: MSPS.

Organización Internacional del Trabajo (Junio de 2019). Horas de trabajo. Obtenido de

[https://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page3.jspx?MBI\\_ID=8&\\_afLoop=658909400005735&\\_afWindowMode=0&\\_afWindowId=emn1cs8xg\\_1#!%40%40%3F\\_afWindowId%3Demn1cs8xg\\_1%26\\_afLoop%3D658909400005735%26MBI\\_ID%3D8%26\\_afWindowMo](https://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page3.jspx?MBI_ID=8&_afLoop=658909400005735&_afWindowMode=0&_afWindowId=emn1cs8xg_1#!%40%40%3F_afWindowId%3Demn1cs8xg_1%26_afLoop%3D658909400005735%26MBI_ID%3D8%26_afWindowMo)

Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2004). La organización del trabajo y el estrés. Francia.

Organización Mundial de la Salud (2005). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Washington: Who.

Organización Panamericana de la Salud (2017). INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (n.d). Programa de capacitación en prevención y atención de salud. Uruguay: OPS.

Parales, Q. C., Urrego, M. Z., & Herazo, A. E. (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014\*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(34).

doi:<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>

Pinheiro, P. S. (2006). Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas. Naciones Unidas. Obtenido de

[https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf).

Posada Villa, J. A. (2003). La Salud Mental en Colombia y la Ley 100 de 1993:

Oportunidades y Amenazas. Revista colombiana de psiquiatría, XXXII(1), 6-12.

Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80609602.pdf>.

70

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s.f.). Informe Nacional de Desarrollo Humano. Obtenido de Concepto de Desarrollo Humano:

<https://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/>.

Rodríguez Puentes, A. P., & Fernández Parra, A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombiano. Acta Colombiana de Psicología, 17(1), 131-140. Obtenido de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552014000100013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552014000100013).

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health a meta-analytic review. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, pp. 443-462.

Suárez, N., & Díaz, L. B. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. Revista de Salud Pública, 17(2), 300-313.

doi:[doi.org/10.15446/rsap.v17n2.52891](https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.52891).

Documento  
CONPES 3999  
CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL  
REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN  
ESTRATEGIA DE RESPUESTA INICIAL ANTE LOS EFECTOS DE LA  
PANDEMIA DEL COVID-19 SOBRE LA SALUD PÚBLICA, LOS  
HOGARES, EL APARATO PRODUCTIVO Y LAS FINANZAS PÚBLICAS

Departamento Nacional de  
Planeación Ministerio de Salud y  
Protección Social  
Departamento Administrativo de la Presidencia de la República

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 05 de agosto de 2020

## CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

Iván Duque Márquez  
Presidente de la  
República

Marta Lucía Ramírez Blanco  
Vicepresidenta de la  
República

Alicia Victoria Arango Olmos  
Ministra del Interior

Claudia Blum  
Ministra de Relaciones Exteriores

Alberto Carrasquilla Barrera  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Margarita Leonor Cabello Blanco  
Ministra de Justicia y del Derecho

Carlos Holmes Trujillo García  
Ministro de Defensa Nacional

Rodolfo Enrique Zea Navarro  
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Fernando Ruíz Gómez  
Ministro de Salud y Protección Social

Ángel Custodio Cabrera Báez  
Ministro del Trabajo

Diego Mesa Puyo  
Ministro de Minas y Energía

José Manuel Restrepo Abondano  
Ministro de Comercio, Industria y  
Turismo

María Victoria Angulo González  
Ministra de Educación Nacional

Ricardo José Lozano Picón  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Jonathan Tybalt Malagón González  
Ministro de Vivienda, Ciudad y  
Territorio

Karen Cecilia Abudinen Abuchaibe  
Ministra de Tecnologías de la Información y las  
Comunicaciones

Ángela María Orozco Gómez  
Ministra de Transporte

Carmen Inés Vásquez Camacho  
Ministra de Cultura

Ernesto Lucena Barrero  
Ministro del Deporte

Mabel Gisela Torres Torres  
Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación

Luis Alberto Rodríguez Ospino  
Director General del Departamento Nacional de Planeación

Daniel Gómez Gaviria  
Subdirector General  
Sectorial

Amparo García Montaña  
Subdirectora General  
Territorial



## Resumen ejecutivo

A principios de enero de 2020 se identificó un nuevo coronavirus en Wuhan (China), que es el causante de la enfermedad COVID-19. La propagación del COVID-19 a nivel mundial implicó la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 y desencadenó una de las peores crisis económicas del último siglo. En la medida en la que se comenzó a propagar el virus desde su origen hacia diferentes países y continentes, se comenzó a evidenciar la tasa de contagio, la mortalidad, los factores de comorbilidad, y a entender el riesgo que representaba para la salud, y para la capacidad de las economías para hacer frente a la emergencia. Gobiernos alrededor del mundo respondieron con medidas de contención de la pandemia y mitigación de los impactos socioeconómicos. Empresas y personas también comenzaron a cambiar sus hábitos de consumo y de producción. Este documento reseña la respuesta inicial del gobierno de Colombia en este contexto internacional y plantea las acciones de seguimiento que contribuirán a consolidar la ruta para la reactivación y recuperación de la economía.

La primera respuesta del Gobierno colombiano consistió en estructurar y ejecutar un conjunto de medidas que incluyen compra de tecnología de punta para pruebas de laboratorio, restricciones y controles migratorios y fronterizos, prohibición de eventos masivos, aislamiento para disminuir la propagación del virus y medidas para preparar el sistema de salud para la atención oportuna de los casos que requieren cuidados hospitalarios, entre otros. Asimismo, con el objetivo de proteger la vida de los colombianos y siguiendo recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica de la OMS (2020), Colombia entró en una primera etapa de aislamiento preventivo obligatorio el 25 de marzo de 2020, buscando aplazar el pico de la curva de contagio, para poder potenciar la capacidad del sistema de salud y, al mismo tiempo, evitar su colapso.

La pandemia ha generado una serie de efectos socioeconómicos negativos, que hacen imprescindible la formulación de políticas y acciones para contener los impactos sobre la salud pública y mitigar los efectos sobre el aparato productivo y los ingresos y el bienestar de los hogares. En consecuencia, el documento presenta las medidas iniciales que ha implementado el Gobierno nacional con corte a 30 de junio de 2020 de manera coordinada con las administraciones locales, orientadas a: (i) reducir el impacto del COVID-19 sobre la salud de la población, (ii) proteger el ingreso y bienestar de los hogares y (iii) proteger al aparato productivo de los efectos de la pandemia y, (iv) apoyar las finanzas públicas.

La respuesta de gobierno de Colombia ha cubierto todos los ejes de política salud, hogares, empresas y sector productivo, macroeconomía y finanzas abarcando con diferentes intervenciones cada pilar. Todos los ejes identificados internacionalmente



cubiertos La gestión de la emergencia ha requerido respuestas rápidas bajo incertidumbre incorporando la mejor información disponible, y desplegando toda la capacidad de articulación y comunicación del gobierno. La emergencia ha impulsado, adicionalmente, la implementación de todas las políticas contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo, incluyendo las políticas de transformación digital, las transformaciones de la política social, las políticas de movilidad, la política de salud mental, entre otras. Este documento no solo busca hacer seguimiento de las acciones emprendidas, sino también informar el proceso de consolidación de políticas, incluidas las políticas CONPES, en el Plan Nacional de Desarrollo, con el fin de definir el punto de partida para una futura reactivación sostenible

la cual será objeto de un segundo documento CONPES

## INTRODUCCIÓN

Los Coronavirus son una familia de virus causantes de enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos producen infecciones respiratorias, que van desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio por el coronavirus de Oriente Medio (MERS) o el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). El 7 de enero de 2020, se identificó en Wuhan (China), un nuevo coronavirus (no reconocido previamente en humanos y de origen animal) tras la aparición de casos de enfermedad respiratoria de etiología desconocida a finales del mes de diciembre de 2019 causante de la enfermedad conocida como COVID-19.

Este nuevo virus, en comparación con otros coronavirus, se caracteriza por su mayor transmisibilidad, pero menor letalidad. Sus vías de propagación son el contacto persona a persona, a través de gotículas provenientes de nariz y boca del infectado, cuando tose o exhala, o por contacto con superficies donde el virus pervive por algún tiempo tras su diseminación por personas infectadas, sintomáticas y asintomáticas. La propagación del nuevo coronavirus rápidamente adquirió las características de una pandemia declarada por

la OMS el 11 de marzo de 2020, que trajo consigo una serie de consecuencias sin precedentes. Desde todo punto de vista, la pandemia ha desatado una crisis de gran magnitud. En enero, el Fondo Monetario Internacional (FMI, 2020a) esperaba que la economía mundial creciera a un ritmo de 3,3 % en 2020. Sin embargo, la rápida evolución de la transmisión del virus y las medidas de contención tomadas globalmente llevó a un fuerte ajuste a la baja del pronóstico de crecimiento mundial que para el mes de junio se estableció en -4,9 % (FMI, 2020b). De manera similar, Colombia pasó de tener proyecciones de crecimiento cercanas al 3,7 %, a esperar una contracción de 7,8 % (FMI, 2020b). Estas proyecciones han continuado revisándose a la baja.

Tanto los hogares como todos los sectores productivos del país se están enfrentando a una realidad muy compleja que amenaza aspectos claves del bienestar de los colombianos, que incluyen el empleo, los ingresos, la seguridad alimentaria y la prestación de servicios de educación, el emprendimiento y, desde luego, la salud.

La primera respuesta del Gobierno colombiano consistió en un conjunto de medidas orientadas a contener la transmisión del virus. Entre estas se destaca la compra de tecnología de punta para pruebas de laboratorio, restricciones y controles migratorios y

fronterizos, prohibición de eventos masivos, aislamiento para disminuir su propagación y preparar el sistema de salud para la atención oportuna de los casos que requieren atención hospitalaria, entre otros. Asimismo, con el objetivo de proteger la vida de los colombianos y siguiendo las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica de OMS (2020), Colombia entró en una primera etapa de aislamiento preventivo obligatorio el 25 de marzo de 2020,

buscando aplazar el pico de la curva de contagio, para poder potenciar la capacidad del sistema de salud y, al mismo tiempo, evitar su colapso.

Sin embargo, el aislamiento de ninguna manera se pensó como única respuesta ante la crisis, pues la suspensión parcial o total de la mayor parte de la actividades económicas traería consecuencias de corto y de largo plazo para Colombia en ausencia de medidas de mitigación. Las medidas de aislamiento se acompañaron de medidas de mitigación de impactos socioeconómicos, incluido apoyo al ingreso de hogares y a la liquidez de empresas. Así las cosas, una vez se fortalecieron las capacidades para realizar pruebas, llevar su trazabilidad y ofrecer atención hospitalaria, se estudió cuáles serían los pasos iniciales para implementar una estrategia para reactivar gradualmente algunos sectores de la economía y regiones, sin poner en riesgo el terreno ganado en términos de salud gracias a la cuarentena.

La etapa subsiguiente consiste en la implementación de aislamiento flexible que busca minimizar el impacto negativo sobre la economía y, a la vez, mitigar la afectación sobre la salud pública. Esta estrategia parte del principio de que las medidas sanitarias y las medidas económicas no son antagónicas. De hecho, la literatura académica muestra que una combinación adecuada es la política pública óptima, toda vez que un manejo oportuno de la crisis sanitaria imprime mayor confianza en la economía y ello a su turno, hace que la velocidad de contagio sea menor (Chang & Velasco, 2020; Guerrieri et al., 2020; Baldwin, 2020). Adicionalmente, evidencia empírica reciente muestra que las medidas de aislamiento no pueden explicar la totalidad de la desaceleración económica ya que la gente por voluntad propia toma precauciones de cuidado para reducir el contagio (Syverson & Goolsbee, 2020) y (Chetty, Friedman, Hendren, & Stepner, 2020).

Encontrar el sistema de aislamiento óptimo ha sido objeto de estudio reciente y en particular, las diferentes estrategias óptimas para países industrializados y el desarrollo. (Alon, Kim, Lagakos, & Van Vuren, 2020) encuentran que en los países en desarrollo la alternativa de aislamientos flexibles con aislamiento selectivo por edades es más eficiente que aislamientos estrictos. (Alvarez, Argente, & Lippi, 2020) encuentran que el sistema de aislamiento óptimo consiste en un relajamiento progresivo de las medidas cubriendo un periodo de 3 meses.

Ante estas circunstancias, en este documento se compilan las medidas de respuesta inmediata tomadas por el Gobierno de Colombia para enfrentar la crisis ocasionada por el COVID-19<sup>1</sup>, y se plantean las bases de lo que será el camino de la reactivación de la

---

<sup>1</sup> Con fecha de corte a 30 de junio de 2020 como referencia para todo el ejercicio, y con datos relevantes ante las circunstancias del país en ese momento.

economía colombiana<sup>2</sup>. El punto de partida lo da la implementación de la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) como esquema de transición para potenciar la reactivación económica. Esta estrategia será transversal al proceso de reactivación económica y permitirá superar el antagonismo que ha generado la pandemia entre salud y economía.

Con este escenario, el presente documento CONPES consta de seis secciones, incluyendo esta introducción. Las secciones subsiguientes se dividen así: la segunda sección hace un recuento de los antecedentes de crisis sanitarias en Colombia y señala la justificación de la existencia de una política pública en términos del impacto social y económico que la crisis actual podría tener. La tercera sección explica en detalle la lógica de intervenciones no farmacológicas. La cuarta sección diagnostica la situación del país en materia de salud pública, impactos a los hogares y al aparato productivo, y hace algunas consideraciones especiales respecto de las entidades territoriales. La quinta sección explica las medidas que se han tomado para dar respuesta a las problemáticas identificadas. Finalmente, la última sección establece recomendaciones generales al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

## 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

### 1.1. Evolución de las medidas de respuesta a epidemias en Colombia

Desde la época colonial se encuentran registros de crisis y de respuestas gubernamentales por epidemias que han afectado el territorio que hoy conocemos como Colombia, estas se remontan a brotes permanentes de enfermedades poco comunes hoy día, como el cólera o el sarampión. Por ejemplo, en 1802 una epidemia de viruela en el territorio de la Nueva Granada fue la precursora de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (Vega, Fuente y Martín, 2007,) uno de los mayores hitos en términos de salud pública, pues desplegó, impulsada por la monarquía, una incipiente versión de vacuna de la viruela en todo el imperio español. En la época republicana se desató el brote de influenza, o gripa española, en 1918 que azotó a todo el territorio nacional, pero especialmente a Bogotá, donde aproximadamente 43 % de los 140.000 habitantes de la ciudad la padecieron

(Dáguer, 2018); esta epidemia resaltó el trabajo del Laboratorio de Higiene Samper

Martínez, que años más tarde se convertiría en el actual Instituto Nacional de Salud (INS), que desde 1917 viene realizando la política de vigilancia epidemiológica.

---

<sup>2</sup> Cuyo desarrollo será objeto de un nuevo documento CONPE durante el segundo semestre de 2020.

Estos hechos, las experiencias internacionales y el aprendizaje de más de dos siglos de vida republicana, han estructurado nuestro sistema de salud y lo han preparado para atender emergencias como la actual. No obstante, es necesario resaltar que el principal cambio reciente del sistema de salud fue la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993<sup>3</sup> con

la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que ha sido reformado en múltiples ocasiones<sup>4</sup>

Pese a que esta ley no fue motivada por la existencia de una pandemia, sino que fue concebida para garantizar el acceso a la salud, y que se reconoce que aún hay bastantes retos derivados de su implementación, es de destacar que la población colombiana a fines del siglo XX, especialmente la más vulnerable, tenía acceso limitado a este servicio. Estas situaciones originaron un cambio institucional basado en la solidaridad, la universalidad y la eficiencia, que 27 años después ha disminuido la brecha entre los hogares de menores y mayores ingresos en el país. Los resultados hoy en día se reflejan en un plan de beneficios en salud único para toda la población afiliada, tanto al régimen subsidiado como al contributivo, y una cobertura de aseguramiento de la población de más del 95 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.)

Durante varias décadas la humanidad estuvo anticipando la reaparición de un virus nuevo de influenza. A principios de este siglo, inicialmente el SARS y posteriormente, la influenza aviar H5N1, aparecieron y fueron tomados inicialmente como la esperada epidemia de influenza. Sin embargo, el primer virus fue contenido rápidamente y el segundo, aunque aumentó la alarma de OMS a nivel III, no logró una transmisión efectiva entre los seres humanos.

Finalmente, la pandemia de influenza se presentó. Los estudios iniciales ubican su aparición en México entre noviembre de 2008 y febrero de 2009, posteriormente se logró identificar en Estados Unidos este virus como influenza A, subtipo H1N1 el 5 de abril de 2009 (Cortés, 2009). Durante las siguientes semanas el virus se distribuyó a través de los viajeros provenientes de México y Estados Unidos al resto del mundo. En Colombia, el primer

paciente identificado con este virus arribó el 25 de abril de 2009. Desde ese mismo fin de

semana se implementaron medidas para la contención de la pandemia. La pandemia no es evitable, aunque su impacto, duración y severidad pueden ser atenuados. El virus, un subtipo nuevo de influenza AH1N1, es producto del arreglo genético de virus porcinos, aviares y humanos. Por tanto, la gran mayoría de la población mundial carecía de inmunidad previa.

---

<sup>3</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>4</sup> Dentro de las reformas al SGSSS, se destacan la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015, la Ley 1753 de 2015, la Ley 1797 de 2016, la Ley 1955 de 2019 y la Ley 1966 de 2019.

El 11 de junio de 2009, la OMS la clasificó como nivel de alerta seis, es decir, pandemia en curso.

En Colombia, el virus de la influenza H1N1 se convirtió velozmente en el virus predominante en el país, tal como consta en el Informe Epidemiológico de septiembre de 2010 del Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social),

Desde la semana 14 de 2009 hasta la semana epidemiológica 35 de 2010, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), un total de 163.628 notificaciones por virus pandémico H1N1/09, los cuales de acuerdo a los protocolos nacionales se clasificaron así: 4310 corresponden a casos confirmados por laboratorio, 16.937 corresponden a casos descartados tanto por el laboratorio como criterio clínico epidemiológico, 2.760 casos probables y 139.621 casos sospechosos (p. 1-2).

Colombia trabajó cerca de dos años en la preparación de la pandemia H1N1. De hecho, desde 2007 existía un plan de preparación nacional y documentos, guías de manejo de influenza para este escenario. El plan de prevención y mitigación del impacto de una pandemia de influenza aviaria incluía: coordinación nacional para la respuesta antipandemia, vigilancia en salud pública, atención y reducción de la morbilidad y mortalidad, prevención y control de la transmisión de la enfermedad y preservación de servicios (INS, 2007).

De no haber sido por este esfuerzo, la epidemia habría podido avanzar con mayor rapidez o no ser detectada. Sin embargo, también se evidenciaron algunas debilidades para evitar la propagación, por ejemplo, una vez detectada la aparición del virus en Colombia, a partir de los viajeros, no se estableció una vigilancia sobre la circulación del virus en el

territorio nacional sino hasta mediados de junio, con lo que se retrasó la detección del impacto del virus en el país, la identificación de los casos y la utilización del antiviral

Esta pandemia dejó algunas lecciones, entre otras, que la adecuada atención del problema pandémico debe tomar en cuenta su imprevisibilidad y gravedad, especialmente, entre los grupos poblacionales de alto riesgo. Asimismo, los planes pandémicos y las

vacunas de medicamentos antivirales deben ser parte de las estrategias para enfrentar y mitigar el impacto de la infección; aunque, en el momento de la epidemia, las vacunas contra el H1N1 disponibles no coincidían con la caracterización antigénica del virus circulante. De la misma manera, el seguimiento temporal y geográfico es clave para prever el comportamiento estacional de la enfermedad y relacionarla con factores que propician su aparición.

Finalmente, la última lección se refiere a la importancia de bajar más en capacitación a

la comunidad en cuanto al manejo de enfermedades respiratorias. La comunidad debe tener claridad sobre los tres mensajes básicos que deberían ser parte del manejo de un pico de

enfermedad respiratoria:(i) cómo evitar contagio, (ii) cómo atender un enfermo en casa (iii) cuándo se debe consultar a un profesional de la salud

## 1.2. Estrategia de respuesta temprana ante la pandemia causada por el COVID

Los síntomas del nuevo virus, que produce la enfermedad conocida como COVID, suelen ser leves y con presencia gradual de fiebre, cansancio y tos seca, en ocasiones acompañados de pérdida en la facultad olfativa, de diarrea y de dolor de garganta. En general, el 81 % de la población infectada y detectada tiene síntomas leves y se recupera en su hogar sin requerir de tratamiento alguno; el 14 % desarrolla enfermedades graves como dificultad para respirar y neumonía, y el 5 % se catalogan como casos críticos que pueden desarrollar insuficiencia respiratoria, choque séptico e insuficiencia multiorgánica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.)

Por ser un virus nuevo no se dispone aún de vacuna monovalente específica para su prevención, ni tratamientos antivirales plenamente reconocidos y aceptados por su seguridad y eficacia. Por consiguiente, para controlar, ralentizar y romper las cadenas de propagación, las autoridades sanitarias y los gobiernos han acudido al ejercicio de prácticas recurrentes de higiene y desinfección a nivel personal y sobre superficies y objetos de interacción humana, y al distanciamiento físico, voluntario u obligatorio.

La llegada de este nuevo virus a Colombia, dadas sus características, no fue ajena a una serie de aprendizajes previos con los que ya contaba el sistema de salud del país. Sin embargo, las dimensiones de sus efectos no tienen precedentes históricos que permitan hacer comparaciones, ni mucho menos tener una receta preestablecida para enfrentar la crisis actual. Estas circunstancias plantean retos inesperados que han demandado respuestas rápidas del Estado colombiano en varios frentes de manera simultánea y actualización permanente de la estrategia incorporando nueva información en la medida en la que evoluciona la pandemia.

Ante las primeras noticias de una posible pandemia global, el Ministerio de Salud, desde el mes de enero, empezó a tomar las primeras medidas a través de manuales de bioseguridad y actividades de promoción y prevención para la detección temprana de casos, dada la posible aparición de la infección por coronavirus. A su vez, varios ministerios empezaron a tomar diferentes acciones preventivas ante la amenaza, desarrollando los lineamientos para el transporte público y medidas de vigilancia en salud pública intensificada en casos probables de infección respiratoria aguda grave por subtipo de COVID.

Hacia la última semana de febrero, 7 días antes de la identificación del primer caso, Colombia ya contaba con orientaciones para la toma de temperatura y el tamizaje de viajeros procedentes de zonas con circulación de Coronavirus, anticipando acciones para

enfrentar la pandemia. En este sentido, la respuesta del Gobierno nacional fue rápida y eficaz, comparada con la de otros países, tal y como lo muestra el ejercicio implementado por (Hale, Webster, Petherick, & Phillips, 2020) el Assessment Capacities Project (2020) que estimaron los días transcurridos entre el primer caso confirmado y las intervenciones no farmacológicas adoptadas en cada país (Ver Tabla 1).

Debe señalarse que, al 27 de junio de 2020, el COVID-19 hace presencia en todos los continentes y en más de 200 países se han detectado más de 9,8 millones de casos y más de 495.000 muertes. El nivel de propagación y la gravedad de la enfermedad llevó a que el 11 de marzo de 2020 la OMS, la declarara pandemia. Con base en esto, el Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia sanitaria por medio de la Resolución 385 de 2020<sup>6</sup>, hasta el 31 de mayo de 2020, y la Resolución 844<sup>8</sup> de 2020 hasta el 31 de agosto de 2020. Asimismo, a través del Decreto 457 de 2020 se impartieron instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria general por la pandemia de coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. El Gobierno nacional declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica, mediante el Decreto 417 de 17 de marzo de 2020, el Decreto 636 del 6 de mayo de 2020<sup>12</sup> y el Decreto 636 de 2020<sup>13</sup>, con el objeto de conjurar la crisis derivada de la citada pandemia y mitigar los impactos negativos sobre la actividad productiva, los hogares y la salud pública. Posteriormente el Decreto 636 fue derogado y

<sup>5</sup> <https://www.acaps.org/projects/covid19/dat.a>

<sup>6</sup> Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.

<sup>7</sup> El Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia económica con las facultades que le otorgan los artículos 69 de la Ley 1753 de 2015 y 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016.

<sup>8</sup> Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

<sup>9</sup> El Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia económica con las facultades que le otorgan los artículos 69 de la Ley 1753 de 2015 y 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016. Así mismo, el Gobierno nacional declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica, mediante el Decreto 417 de 17 de marzo de 2020 y el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, con el objeto de conjurar la crisis derivada de la citada pandemia y mitigar los impactos negativos sobre la actividad productiva, los hogares y la salud pública.

<sup>10</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.

<sup>11</sup> Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.

<sup>12</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público

<sup>13</sup> Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.



reemplazado por el Decreto 749<sup>4</sup> de 2020, el cual a su vez fue modificado y prorrogado por el Decreto 878<sup>5</sup> de 2020.

Con la declaratoria del estado de emergencia en el país, se abrieron posibilidades a los gobiernos nacional y territorial para adoptar políticas y medidas de traslado de recursos para enfrentar la pandemia; esta opción se dio 10 días después del primer caso, tiempo mucho menor al promedio de los países dentro del estudio (21 días). En el caso de las intervenciones de mayor complejidad, dada la dificultad de obtener adherencia social para su aplicación y por su complejidad regulatoria, lo constituyen la recomendación de cuarentena para adultos mayores, la restricción de viajes no esenciales y las cuarentenas masivas obligatorias. Estas requirieron entre 29 y 32 días para el promedio de los países analizados y en Colombia 13, 18 y 19 días, respectivamente.

---

<sup>14</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.

<sup>15</sup> Por el cual se modifica y prorroga la vigencia del Decreto 749 del 28 de mayo de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID 19, y el mantenimiento del orden público"

Tabla 1. Intervenciones no farmacológicas en 11 países y tiempo de implementación frente al primer caso confirmado

Fuentes: Assessment Capacities Project (2020), Hale & Webster (2020), Pueyo (2020), Our World in Data (2020), BBC News Mundo (2020); Cyranoski (2020); Ministerio de Educación Nacional (2020); Ministerio de Salud y Protección Social (2020); MOHW (2020); Presidencia de la República de Colombia (2020); Tian & Yonghong Liu, Yidan Li, Chieh-Hsi Wu, Bin Chen, Moritz U. G. Kraemer, Bingying Li, Jun Cai, Bo Xu, Qiqi Yang, Ben Wang, Peng Yang, Yujun Chen, Meng Song, Pai Zheng, Quanyi Wang, Ottar N Bjornstad, Ruifu Yang, Bryan Grenfell, Oliver Pybus (2020)  
 Nota: Los espacios en blanco denotan que no se contaba con información al respecto de la medida a la fecha de consulta (19/2020) o que la medida no se ha implementado.

### 1.2.1. Comparativos internacionales

La amenaza inicial del COVID-19 se concentra en las grandes aglomeraciones urbanas, donde la velocidad de contagio es mayor debido al número de interacciones entre las personas que las habitan. Por esta razón, la adopción de las medidas enunciadas en la Tabla 1 fue de vital importancia para el control de la propagación del virus por el territorio nacional, tal y como se explica en detalle más adelante. Con este panorama en mente, a 26 de junio de 2020, el país está enfrentando el pico de la pandemia, con 84.442 casos y 2.811 fallecidos, siguiendo el comportamiento de los países vecinos de la región (Figura 1)

Figura 1. Distribución geográfica de los casos de COVID-19 a nivel mundial, corte a 27 de junio de 2020

Fuente: Oxford University. Our world in Data Cumulative confirmed cases COVID-19, June 27, (2020)

El comportamiento para los países con mayor número de muertes se relaciona en la Tabla 2. Sobresalen las cifras de casos por número de habitantes para Chile, Perú y EEUU, siendo de los 10 países con más infectados con relación a su población; este número es para Colombia de apenas 1,741 infectados por cada millón de habitantes, mostrando los resultados que hasta ahora han tenido las medidas preventivas que ha tomado el gobierno.

Tabla 2. Listado de los 10 países con mayor reporte de muertes COVID, corte 28 de junio de 2020

Muertes	Nro. de casos pormillón
---------	-------------------------

Fuente: [https://www.worldometers.info/coronavirus/#country\(e2s020\)](https://www.worldometers.info/coronavirus/#country(e2s020)).

En particular, para América Latina, los primeros brotes de la enfermedad surgieron en Brasil, el 26 de febrero de 2020; a partir de esta fecha la pandemia se ha profundizado en este país, que a la fecha cuenta con 55.961 muertes. También sobresalen los casos de México (25.779), Perú (8.939) y Chile (5.068). En Colombia la cifra asciende a 2.811 fallecidos, aún por debajo de los países más afectados del continente y como se muestra en el Panel B, sección b del Gráfico 1.

## Gráfico 1. Total de casos y muertes confirmadas por COVID-19

Panel 1. Datos globales, del 31 de diciembre de 2019 a 30 de junio de 2020

- |   |  |
|---|--|
| a. Casos confirmados de COVID-19 por millón de personas | b. Muertes confirmadas por COVID-19 por millón de personas |
|---|--|

Panel B. Datos de referencia para América Latina, del 21 de marzo a 30 de junio de 2020

- |   |  |
|---|--|
| a. Casos confirmados de COVID-19 por millón de personas | b. Muertes confirmadas por COVID-19 por millón de personas |
|---|--|

Fuente: Oxford University. Our world in Data Total confirmed COVID-19 deaths, June 27, (2020)

Los resultados de las acciones que hasta ahora ha tomado el Gobierno nacional, así como sus pares territoriales, aún están en proceso de consolidarse; sin embargo, al analizar los datos de la región, y de otros países del mundo, las perspectivas son alentadoras, y deberían consolidarse en un escenario de apertura económica progresiva. Esta ~~apert~~ <sup>apertura</sup> deberá tener en cuenta intervenciones que impliquen convivir con el virus, así como limitantes en las interacciones sociales mientras no ~~exist~~ <sup>exista</sup> un tratamiento definitivo, o una vacuna que logre contenerlo.

Vale la pena destacar que, como lo señalan Guibeau et al. (2020) y Jordà et al. (2020), este tipo de crisis genera consecuencias que pueden durar varias décadas en términos de productividad, educación, salud y retornos reales a la inversión, por lo que es prioritario generar medidas oportunas en corto plazo para minimizar los impactos en el largo plazo. El balance de esas medidas constituye el objetivo final de este documento, tal y como se explica en las secciones siguientes.

### 1.2.2. Sistemas de información

Uno de los grandes avances que ha generado la situación creada por la pandemia, está relacionado con el desarrollo acelerado de instrumentos y sistemas de información. En este sentido, Colombia ha sido pionera en el análisis de datos y en poner a disposición de los gobiernos locales, y del público en general, varias herramientas de consulta en tiempo real. Este trabajo hace parte de un esfuerzo coordinado, en cabeza de la Presidencia de la República, con varias entidades del orden nacional y algunos cooperantes y organismos multilaterales.

En primer lugar se destaca la aplicación Coronapp cuyo fin es generar datos georeferenciados en todo el territorio nacional para apoyar al enfoque, articulación de esfuerzos y anticipación de estrategias de acuerdo con el avance de la pandemia. Un segundo desarrollo, de la mano de Coronapp, es el tablero de datos para el gobierno; este aplicativo compila una serie de contenidos que entregan información sobre varias dimensiones de avance de la pandemia al gobierno nacional y a sus pares territoriales.

Finalmente, en un tercer ejercicio, el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) también ha desplegado, en el ejercicio de sus funciones y en coordinación con la Presidencia, el geovisor con el índice de vulnerabilidad, esta herramienta permite conocer, a nivel de manzana, dónde se encuentra la población que, por sus características demográficas y por su condición de salud, pueden llegar a tener más complicaciones en caso de contagiarse de COVID-19. Vale la pena destacar los esfuerzos del DANE en la publicación de otras estadísticas de interés como es el caso del mercado laboral, índices de precios y otros indicadores de la dinámica económica y social del país.

### Coronapp y el tablero de datos para el Gobierno

La finalidad de la aplicación es ser fuente de datos para la toma de decisiones de los distintos niveles de gobierno en Colombia. Asimismo, sobresalen otras funcionalidades como el seguimiento a los casos positivos, sus posibles grupos de riesgo y así mismo desplegar mapas de calor que permitan visualizar su concentración. La Figura 2 resume el alcance del esquema operativo de Coronapp, a partir de los cuales se puede facilitar la atención a la

población más afectada, romper las potenciales cadenas de contagio, entender como se comporta el virus como se propaga por los territorios del país, permite enviar alertas vía mensaje de texto en los casos donde se considere necesario.

Figura 2. Alcance de la aplicación

Fuente: Hasta dónde podemos llegar, presentación CoronApp, Presidencia de la República (junio, 2020)

Por el lado de los ciudadanos la aplicación permite localizar a los posibles infectados, da instrucciones para la autoevaluación de síntomas del individuo y de los miembros de su hogar, proporciona instrucciones y recomendaciones para atender el caso, y a partir de estos datos, construye un panorama nacional con reportes de avances en tiempo real.

El tablero de datos compila diferentes tipos de indicadores útiles para el seguimiento del avance de la pandemia a nivel global, en la región de América Latina y dentro de Colombia. Entre sus niveles de consulta se encuentra información relacionada con:

- Mapas de casos reportados en Coronapp
- Geovisor del índice de vulnerabilidad desarrollado por el DANE.
- Subsidios de: Programas de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres (UNGRD), Colombia mayor, devolución del IVA, programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) Familias en Acción, Ingreso Solidario y recursos adicionales del Programa de Alimentación Escolar (PAE)
- Indicadores del sector transporte al nivel de sistemas de transporte masivo, transporte aéreo, de carga y comportamiento de obras relacionadas con infraestructura de transporte.
- Capacidad de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y su relación con el nivel de riesgo derivado de los reportes que genera Coronapp
- Parámetros para una reactivación segura de la economía que comprenden una serie de índices para describir el índice de contagio de COVID-19, la preparación del sector salud y un índice de retorno seguro para los diferentes sectores que comprenden las actividades económicas de las entidades territoriales del país entre otros conjuntos de datos disponibles

## 2. MARCO CONCEPTUAL

La virulencia o dinámica de transmisión de una enfermedad infecciosa en una población determinada sirve para establecer, en el contexto de otros parámetros epidemiológicos, la presencia de un brote epidémico, para así determinar su alcance y definir respuestas en materia de salud pública. Dicha velocidad, conocida por los epidemiólogos como *ratio de contagio* ritmo, factor o número básico de reproducción ( $R_0$ ) indica el número promedio de casos que pueden ser causados por una persona infectada, en una población susceptible, antes de que se recupere o muera. Si  $R_0$  es menor que uno, entonces la velocidad

de contagio de la enfermedad disminuirá de manera considerable. Por otra parte, si  $R_0$  es mayor a 1, la enfermedad se va a diseminar. De aquí el significado e importancia del concepto de aplanar la curva epidemiológica y disminuir la velocidad de contagio de la enfermedad, que tiene como fin reducir el valor de  $R_0$  para que sea inferior a uno (Zhang

et

al., 2020). Para esto, se pueden implementar estrategias de aislamiento obligatorio o de aislamiento flexible.

La Tabla 3 muestra la efectividad de las intervenciones no farmacológicas descritas por el *Imperial College London* (2020) en la reducción del número de casos con respecto a un escenario con ausencia de intervenciones. Este, que es el peor escenario, alcanza tasas de ataque de entre el 50 % y 80 % de la población, que es lo que ocurre en una población totalmente susceptible, con los parámetros de *Reportados* para el COVID-19 de 2,28, y asumiendo que no se implementaba ninguna medida de control. Sin embargo, este escenario es más probable en la medida en que no se implementen un conjunto de medidas.

Tabla 3. Descripción de efectividad de intervenciones no farmacológicas

Fuente: *Imperial College London* (2020).

Aplicar las intervenciones sugeridas por el *Imperial College London* (Ferguson et al., 2020) de forma sostenida por 300 días disminuye tanto el número total de casos, como el pico de la curva epidémica (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos acumulados vs casos diarios de COVID-19 en Colombia, 2020

Panel A. Casos acumulados según alternativa no farmacológica      Panel B. Casos diarios según alternativa no farmacológica

En todo caso, se debe tener en cuenta que mantener la medida más estricta de aislamiento durante 300 días, tal y como lo propone Ferguson et al., (2020) no es factible debido a los impactos socioeconómicos asociados. De hecho, las políticas de cuarentena masiva implementadas en los diferentes países ya revelan escenarios de recesión económica (Fondo Monetario Internacional, 2020b), altas tasas de desempleo, reducciones en la producción de todos los bienes y servicios (McKibbin & Fernando, 2020,) pérdidas de productividad (Bayham & Fenichel, 2020; Jaume & Willen, 2018,) altas tasas de depresión, frustración, aburrimiento, confusión e ira, directamente relacionadas con la duración de la cuarentena (Brooks et al., 2020; Hawryluck et al., 2004; Jeong et al., 2016), incremento en el consumo de sustancias psicoactivas (como alcohol), agudización de enfermedades



mentales (Continetti, 2020; Farhoudian et al., 2020), e incluso la afectación de procesos de aprendizaje y nutrición en los niños, niñas y adolescentes más vulnerables. Es por esta razón

que la estrategia de aislamiento obligatorio debe ser cuidadosamente implementada, acompañada de medidas de mitigación de impacto colateral, y se deben considerar alternativas que permitan minimizar los costos sociales y económicos.

El aislamiento obligatorio implica un distanciamiento físico de toda la población. Para esto, todos los miembros del hogar reducen su contacto con el exterior, como entornos educativos o laborales, lo que implica detener muchas actividades económicas del país, así como también las interacciones sociales. Si con esta medida se logra acercar el promedio de personas que un infectado puede contagiar de la enfermedad (efectivo) a menos de

uno, y poner la situación bajo control (cortar el crecimiento exponencial de casos), se puede considerar relajar las medidas de forma que las personas puedan reanudar gradualmente su vida social y económica lo más rápido posible (Redlener & Fair, 2020), considerando la implementación de las estrategias planteadas a continuación.

Las estrategias de aislamiento estricto tienen como efecto adverso una desaceleración económica que afecta el flujo de caja de empresas y el ingreso de los hogares a través de la afectación del empleo. Estos efectos son particularmente perversos para trabajadores informales e independientes que no cuentan con contratos laborales ni mecanismos de protección social. Las medidas de contención del virus generan un choque negativo de oferta que, a su vez, deriva en un choque de demanda que amplifica la desaceleración (Guerrieri, et al, 2020). De esta manera, las medidas para aplazar el pico de la curva de contagio resultan en una profundización de la desaceleración que afecta la capacidad de la sociedad de observar y acatar las medidas de aislamiento. La respuesta a la emergencia sanitaria requiere medidas simultáneas para aplazar el pico de la curva de contagio y enfrentar la recesión (Baldwin, 2020).

Por su parte, el aislamiento flexible es una estrategia menos restrictiva que el aislamiento obligatorio estricto. Diferentes modelos epidemiológicos muestran que su implementación exitosa resulta en una efectividad similar al aislamiento masivo en términos de la desaceleración de la propagación del virus (Berger, Herkenhoff & Mongey, 2020; Eilersen & Sneppen, 2020; Jamieson-Lane & Cytrnbaum, 2020). La estrategia del aislamiento flexible descansa en tres pilares: la reducción sostenida de nuevos casos; la preparación del sistema hospitalario, y el inicio de un tamizaje masivo, o la intensificación en la detección y el aislamiento de casos (Fineberg, Kim & Shlain, 2020).

A su vez, esta estrategia puede ser complementada con una serie de medidas para mejorar su efectividad, entre estas se destacan: el aislamiento preventivo obligatorio de los adultos mayores de 70 años y de personas con comorbilidades; la restricción de vuelos

nacionales e internacionales; el cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas, establecimientos educativos, bares, discotecas, casinos, museos, cines, teatros y lugares de entretenimiento; la restricción de eventos o reuniones con presencia de más de 10 personas, y por último, el trabajo en casa en donde sea posible aplicarlo. Asimismo, medidas adicionales suponen el uso de tapabocas obligatorio al salir de casa; el aislamiento por 14 días de toda persona con diagnóstico COVID-19 confirmado junto con los miembros del hogar no pertenecientes a grupos de riesgo, y de igual manera, requerir a toda persona con síntomas respiratorios que no acuda a su lugar de trabajo y se aisle en su domicilio hasta recibir las orientaciones del profesional de la salud.

A pesar de lo anterior, evidencia empírica para Estados Unidos comparando la desaceleración en estados con aislamiento estrictos y flexibles, ha mostrado que solo una fracción de la desaceleración en condiciones de aislamiento estricto se puede atribuir a las medidas de política dictaminando el aislamiento. El cambio de comportamiento, al con gente adoptando medidas voluntarias de aislamiento, explica una fracción importante del impacto económico (Goolsbee et al 2020).

### 3. DIAGNÓSTICO

La pandemia desató una crisis con un alcance sin precedentes. De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI 2020) en el reporte de junio la proyección de crecimiento económico globales del -4,9 %, casi 2 p.p. por debajo de la proyección del reporte de abril. En este sentido los resultados del primer trimestre estuvieron por debajo de lo esperado y en el segundo trimestre habría una contracción más grave, a excepción de la economía China, cuyo crecimiento previsto para 2021 es de 5,4 %, es decir, más bajo que el 5,8 % pronosticado en abril.

En general, la baja de las proyecciones obedece a efectos más fuertes de la pandemia, lo que ha resultado en que el consumo y la producción de servicios han disminuido de manera pronunciada, la movilidad sigue estando deprimida y ha habido una contracción del comercio internacional. El comercio mundial tendrá una caída bastante marcada. Se espera una disminución de los flujos comerciales de aproximadamente 11,9 %. La demanda externa de bienes y servicios seguirá exhibiendo un comportamiento muy débil. La recuperación paulatina de la demanda interna redundará la recuperación del comercio internacional a un ritmo del 8 % para el año entrante.

El transcurrir de la pandemia también es responsable de las dinámicas negativas del mercado laboral. A nivel global, se ha dado una reducción de las horas trabajadas en el primer trimestre de 2020 que equivaldrían a la pérdida de 130 millones de empleos de tiempo completo. La disminución registrada en el segundo trimestre de 2020 podría ser

equivalente a la destrucción de 300 millones de puestos de trabajo. Estos efectos adversos han sido especialmente duros con las mujeres y los hogares pobres y vulnerables que no tienen posibilidad de realizar trabajo desde casa.

Al revisar las proyecciones, el FMI ralentizó la recuperación en las economías que han logrado contener la infección, debido a la persistencia de las medidas de distanciamiento físico y a las medidas de seguridad e higiene de necesaria adopción en el aparato productivo. Por otro lado, en las economías con mayores dificultades para controlarla, el Organismo Internacional redujo las estimaciones debido a que tendrán más daños en su aparato productivo por la prolongación de las restricciones.

La nueva proyección para el grupo de economías avanzadas es de 2,0 % para 2020, 1,9 puntos porcentuales por debajo de lo proyectado en abril. En este grupo habrá caídas profundas en el producto Estados Unidos (8,0 %); Japón (5,8 %); Reino Unido (10,2 %); Alemania (-7,8 %); Francia (-12,5 %), Italia y España (-12,8 %). Para 2021, se prevé que el crecimiento de estos países sea de 4,8%, aumentado respecto del pronóstico anterior que era de 4,5 %.

Para los mercados emergentes y en desarrollo la proyección de crecimiento es de 3,0 % para 2020 y de 5,9 % en 2021. Para ambos años las proyecciones fueron revisadas a la baja en 2,0 % para 2020 y en 0,7 % para 2021. Estas proyecciones asumen que la economía China que crecería 1,0 % en 2020, apoyada en buena medida por políticas de estímulo. Así, al excluir a China, la revisión a la baja es más fuerte con una caída de 5,0% en 2020 y un incremento de 4,7% en 2021.

En América Latina, donde la mayoría de los países aún están luchando para contener los contagios, el FMI bajó su pronóstico en 4,2 puntos porcentuales respecto a abril, proyectando una caída de 9,4% en 2020 y una recuperación en 2021 con un crecimiento de 3,7 %, que es una proyección 0,3% menos ambiciosa que la de abril. En este contexto, se proyecta que las dos economías más grandes, Brasil y México, sufran contracciones de 9,1 % y 10,5 %, respectivamente, en 2020 y que sus crecimientos en 2021 sean 3,6% y 3,3 %. Pese a lo anterior, es claro que las proyecciones todavía se enmarcan en un ambiente de alta incertidumbre y dependen de la profundidad de la contracción en el segundo trimestre de 2020 y de la magnitud y persistencia del choque. También dependen de que las condiciones financieras no se endurezcan.

Vale destacar que los pronósticos de otros organismos como el Banco Mundial (2020), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020) y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2020) también prevén que la contracción de la economía colombiana sea más leve que la de sus países pares, como México y Brasil. Lo

anterior parece confirmarse con los primeros resultados de 2020, ya que durante el primer trimestre Colombia creció a 1,1%, mientras que Chile (0,4%), Brasil (1,5 %), México (1,6 %) y Perú (-3,4 %) ya exhiben dificultades.

### Gráfico 3. Crecimiento del PIB

Panel A. Crecimiento porcentual anual del PIB en Colombia, 2014-2019

Panel B. Crecimiento porcentual del PIB comparado, 2019

La mayor resiliencia de la economía colombiana se explica en el hecho de que el país venía de liderar el crecimiento en la región, como se muestra en el Gráfico 3. Esto asegura que buena parte de los efectos negativos estén siendo amortiguados por una economía robusta, apoyada en una institucionalidad que ha permitido tomar oportunamente medidas extraordinarias para afrontar las diferentes implicaciones de la situación actual.

En resumen, la pandemia ocasionada por el COVID-19 ha tenido impactos en varias dimensiones del desarrollo económico, social y territorial del país. Particularmente, el aislamiento obligatorio y las medidas voluntarias de aislamiento y cuidado para contener la propagación del virus impacta a los hogares y al aparato productivo en diversos frentes. Así mismo, incide directamente sobre la salud pública en la medida que brinda un mayor plazo para aumentar la capacidad hospitalaria, generar conciencia sobre las medidas de cuidado y controlar los casos que requieren atención especializada en los centros de salud. A estos factores se suma la coordinación necesaria para que cada medida se implemente de manera

correcta en todas las regiones colombianas. A continuación, se describe el diagnóstico en los cuatro ejes que componen esta política: salud pública, impacto sobre los hogares, efectos sobre la actividad productiva e impactos sobre las finanzas públicas

### 3.1. Salud pública

En Colombia el primer caso de COVID-19 fue identificado el 6 de marzo de 2020 en la ciudad de Bogotá. Con corte al 27 de junio, hay cerca de 84.000 casos confirmados y más de 2.811 fallecidos y cerca de 35.000 recuperados. De acuerdo con información del Instituto Nacional de Salud (INS, 2020), en el país, cerca del 55 % de los contagiados y el

61 % de los decesos son hombres. El grupo etario más afectado por contagios es el de los 20 a los 50 años (60 %), mientras que el que presenta más víctimas mortales es el de mayores de 60 años (73 %), una dinámica similar a la evidenciada en el resto del mundo.

Las cifras de casos reportados en Colombia son significativamente menores a las de algunos de los países más afectados por esta enfermedad en el mundo como es el caso de Estados Unidos, con más de 2,5 millones de contagios; Brasil, con más de 1,2 millones, o Rusia con más de 620.000 casos. En Latinoamérica, Colombia se sitúa después de la mencionado Brasil; de Perú, que cuenta más de 270 mil casos; y de México y Chile, con más de 260.000 y 200.000 casos, respectivamente, de acuerdo con las cifras del 27 de junio de 2020 (OMS, 2020).

De manera similar a las consideraciones mencionadas para los epicentros epidemiológicos a nivel global, en Colombia la enfermedad se reproduce en centros de mayor tamaño y densidad poblacional, con alto intercambio de flujos poblacionales por intermedio de sus aeropuertos, sean estos con fines comerciales, turísticos o de negocios. En materia de capacidades del sistema de salud, la crisis pone de manifiesto importantes desafíos como es el caso de la brecha que existe entre la demanda potencial por el servicio de la red de laboratorios y la oferta actual. Es decir, la capacidad instalada de la red de laboratorios no se puede ampliar a la misma velocidad que la propagación del virus.

Además, se ha evidenciado escasa provisión global de reactivos para la prueba, dada la alta demanda mundial. Lo anterior se suma a los retos técnicos, operativos, de infraestructura y tecnológicos de las autoridades sanitarias nacionales y territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.)

Estos factores se reflejan en el bajo número de camas disponibles en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para atención, no solamente de los afectados por la pandemia, sino de los afectados por otras enfermedades. De acuerdo con el comportamiento observado, las camas que tendrán mayor demanda serán las correspondientes a hospitalización de adultos, cuidado intermedio de adultos y cuidado intensivo de adultos. Se estima que se

demandará un máximo de 17.854 camas habilitadas para la hospitalización de adultos, 8.927 camas de hospitalización para cuidados intermedios y 8.927 camas de cuidado intensivo para adultos, proyectadas a requerirse el 4 de agosto de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.)

Las vulnerabilidades del sistema no solamente se presentan en cuanto a los recursos físicos y al escaso financiamiento del Sistema de Salud, sino que también hay un reducido talento humano en salud. El talento humano es uno de los pilares sobre los cuales se presentan mayores retos, que vinieron a ser evidenciados en esta emergencia. En 2018, la densidad estimada de trabajadores de la salud fue de 11,5 por cada 1.000 habitantes; mientras que en los médicos la tasa corresponde a 2,1 por cada 1.000 habitantes, por debajo del promedio de América y Europa (2,3 y 3,3 médicos por cada 1000 habitantes, respectivamente [OMS, 2020]). Además, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud presentan retos de informalidad y baja remuneración, o prevalencia de contratación por prestación de servicios y no mediante un contrato laboral de trabajo.

Asimismo, las agremiaciones de talento humano en salud (THS) reclaman de manera permanente pagos atrasados que tienen las IPS las entidades promotoras de salud (EPS) con el personal del sector. También se presentan retos en provisión de dotaciones de insumos protección de bioseguridad, para la atención de la pandemia; así como concentración de profesionales en regiones urbanas y ausencia de especialidades en zonas rurales o dispersas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

De esta manera, fortalecer las capacidades del sistema de salud es necesario para enfrentar los dos tipos de problemáticas relacionados con el COVID-19 en términos de salud pública. La primera se enfoca en la mortalidad generada sobre la población en general y en grupos de mayor riesgo como los adultos mayores de 70 años y la población con comorbilidades. La segunda se refiere al posible exceso de demanda de los servicios de salud, particularmente los de cuidados intensivos.

### 3.2. Impacto sobre los hogares

La pandemia causada por el COVID-19 en Colombia afecta el bienestar de los hogares en múltiples dimensiones, y específicamente incrementa los riesgos de desprotección social de sus integrantes. La elección de la respuesta de los hogares frente a este riesgo multidimensional depende de sus condiciones socioeconómicas, su acceso a mercados, su acceso a ayudas del Gobierno y su aversión al riesgo (DNP, 2015). La intensidad de los choques, o la probabilidad de ciertos riesgos, son también determinantes para definir las estrategias a implementar. Otro elemento que se debe considerar es la magnitud y tipo de población afectada por los choques. Por ejemplo, es probable que los hogares de mayores

ingresos tengan ahorros, activos o empleos formales que actúan como la principal red de protección cuando los riesgos se materializan. Por el contrario, hogares con menores ingresos, y en la informalidad, tienen menor margen de maniobra y un mayor grado de vulnerabilidad.

Cunningham y Malloney (2000) y Gaviria (2002) muestran que los hogares responden a choques de ingreso mediante mayor participación en el mercado laboral, la venta de activos y el recorte en las inversiones de capital humano. Adicionalmente, Holzmann y Jørgensen (2003) muestran que la existencia de riesgos incrementa la vulnerabilidad de algunos hogares y los hace más propensos a comprometer sus inversiones o mecanismos de movilidad social. Por su parte, Ibañez y Moya (2009) revelan que los hogares de menores ingresos son los más vulnerables a los choques y que su disponibilidad de mecanismos para enfrentarlos es limitada. Ejemplos de lo anterior se evidencian en mayores restricciones de liquidez, poca disponibilidad de información y acceso a mercados, carencia de activos, mayor rotación laboral, informalidad, entre otros. Así las cosas, en ausencia de redes de protección social, estos hogares recurren a utilizar mecanismos que resultan ser más costosos en el largo plazo y limitan la salida de la condición de pobreza y vulnerabilidad.

Además, Lustig (2000) establece que las crisis económicas, cualquiera que sea su origen, conllevan a que los hogares en condición de pobreza reduzcan sus activos, incluido su capital humano. Por tanto, las consecuencias negativas de largo plazo sobre los hogares más vulnerables son suficiente justificación para implementar esquemas de protección de los hogares pobres e incluso de clase media ante choques adversos en el ingreso. Figura 3 recoge los efectos de corto y largo plazo que enfrentan los hogares ante choques.

Figura 3. Efectos potenciales de la pandemia sobre los hogares

Fuente: elaboración propia a partir de DNP (2015).

El Gráfico 4 presenta las estrategias de mitigación adoptadas por los hogares colombianos del primer quintil de ingresos en la crisis de 1999. El 45,8 % disminuyó su gasto en alimentos, el 45,6 % se endeudó y el 16,6 % se gastó los ahorros. Recientemente, Baker et al. (2020) analizaron en Estados Unidos cómo el gasto de los hogares reaccionante una epidemia caracterizada por choques de ingreso anticipados, amenazas de disrupción a la cadena de suministro y un contexto de alta incertidumbre. Los resultados muestran un incremento en el gasto en comestibles, comida a domicilio y tarjetas de crédito como un mecanismo para suavizar el consumo. A la par disminuye el gasto en restaurantes, comercio minorista, viajes aéreos y transporte público. En estados donde se ordena el aislamiento la disminución del gasto se da a un ritmo más elevado.

A estos aspectos se suma los nuevos retos en la misión del Estado relativa a la asistencia a connacionales en el exterior cuyos hogares también se vieron afectados de diferentes formas. Debido a los cierres de fronteras y las restricciones en viajes internacionales, miles de colombianos turistas o en viajes de corta duración se vieron estancados en otros países. Así mismo, los efectos sociales y económicos de la pandemia en otras naciones también comenzaron a afectar a colombianos que habían migrado de tiempo atrás, algunos de ellos cayendo en situación de vulnerabilidad.

Gráfico 4. Estrategias de reacción de los hogares frente a la crisis de 1999

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (2003).

Nota: muestra para hogares del primer quintil de ingresos.

### 3.2.1. Desarrollo de la primera infancia y educación

Otra de las afectaciones de la pandemia es la ruptura en el proceso de desarrollo educativo integral de niños, niñas y adolescentes. Varios estudios han demostrado que el ingreso laboral y otros indicadores de desarrollo están altamente relacionados con los primeros años de educación. Así mismo, Heckman (2008) encuentra retornos positivos de la inversión a la primera infancia en la construcción de ciudadanía, el acceso a empleos de calidad y disminución de la pobreza en el largo plazo. En esta coyuntura, los impactos directos de la crisis por la pandemia del COVID-19 sobre las niñas, niños y adolescentes consisten, entre otros, en la limitación a su movilidad y el aislamiento preventivo que afecta los ámbitos tradicionales de socialización y afecto, así como la interacción limitada o nula con la familia ampliada, incluyendo los abuelos.

El segundo impacto directo son los efectos en el desarrollo integral y cognitivo de la suspensión de clases. El sector educativo en Colombia cuenta con más de 10 millones de estudiantes en el sector oficial y no oficial en la educación preescolar, básica y media, y más de 2,4 millones de estudiantes en educación superior. Para el caso de la educación preescolar, básica y media esta población se encuentra en todo el territorio nacional en más de 53 mil sedes educativas, y en lo que corresponde a educación superior se atienden en más de 300 Instituciones de Educación Superior. El sector educativo cuenta con más de 10 millones de estudiantes en el sector oficial y no oficial en la educación preescolar, básica y media.



de 2,4 millones de estudiantes en educación superior. Debido a la necesidad de suspender

clases presenciales en todo el mundo a raíz de la propagación del COVID-19, la Unesco ha cuantificado a principios de abril que más de 1.576 millones de estudiantes se encuentran fuera de las aulas, de los cuales 160 millones corresponden a América Latina y el Caribe (Unesco, 2020a)<sup>16</sup>.

Adicionalmente, otro efecto negativo de la reducción del ingreso de los hogares es el nivel educativo, es la dificultad para financiar los costos directos de la educación como la matrícula, libros y uniformes lo cual incrementa la probabilidad de que no matriculen o retiren a sus hijos del sistema educativo, resultando en su deserción temporal o permanente. Este hecho también puede llevar a que las familias dependan del trabajo infantil o de los jóvenes, lo que aumenta el riesgo de deserción (Shafiq, 2010). Esta situación, en el largo plazo, puede reducir los niveles de formación y disminuir las posibilidades de acceder al mercado laboral formal con consecuencias negativas sobre la realización personal y profesional de los jóvenes como también sobre la competitividad y la capacidad de innovación del país. Diversos estudios muestran que los estudiantes con mayor rezago educativo (en el caso colombiano los estudiantes con mayores carencias socioeconómicas), son los que requieren de mayor refuerzo personal e individualizado (Goodman, Melkers & Pallais, 2019).

### 3.2.2. Seguridad alimentaria

Un último tema de preocupación son los efectos en la nutrición ya sea porque en los ambientes de aislamiento haya malnutrición por la disminución de ingresos de las familias. Al respecto, la literatura también ha encontrado que las transferencias monetarias fomentan la reducción del hambre y la inseguridad alimentaria. De acuerdo con Agüero, Carter y Woolard (2006) los pagos no condicionados del programa de *Child Support Grant* en Sudáfrica, han permitido reforzar la nutrición de la primera infancia, especialmente en las edades tempranas de edad. En el caso de Colombia, según Llano (2014), el programa de transferencias condicionadas Familias en Acción tuvo un impacto positivo en la frecuencia del consumo de proteínas de los niños y niñas beneficiarias de huevos (0,34 veces por semana) carne de res (0,32<sup>17</sup>), pollo (0,25<sup>18</sup>) y pescado (0,27<sup>19</sup>); por su parte, según la

---

<sup>16</sup> El 16 de febrero del 2020 la Unesco reportó 999.014 estudiantes afectados por la pandemia, para el 16 de marzo 770.882 miles de estudiantes afectados en más de 110 países con cierre total y para el 16 de abril 1.576 millones de estudiantes afectados en más de 190 países con cierre total de establecimientos educativos (Unesco, 2020b).

<sup>17</sup> Significativo al 1 %.

<sup>18</sup> Significativo al 5 %.

<sup>19</sup> Significativo al 10 %.

<sup>20</sup> Significativo al 10 %.

evaluación de impacto realizada por el DNP en 2008 de este programa se encontró una reducción en la tasa de desnutrición crónica en 9 p.p. en los niños menores de 7 años. Adicionalmente, las medidas para combatir la desnutrición traen a su vez otros efectos positivos, en Colombia se encontró que el Programa de Alimentación Escolar (PAE) reduce el trabajo infantil, mejorando la percepción de seguridad alimentaria de los hogares (Porto, s.f.).

### 3.2.3. Mercado laboral

Con respecto al desempeño del mercado laboral, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, la crisis del COVID-19 se transformó en un choque en el mercado laboral a nivel mundial. Los impactos en el trabajo se han dado en tres dimensiones principales: (i) la cantidad de trabajo; (ii) la calidad del trabajo; y (iii) los efectos en grupos vulnerables específicos (OIT, 2020). En el país, los resultados del mercado laboral para el mes de abril de 2020 evidencian un deterioro con respecto al comportamiento histórico. La tasa de desempleo se ubicó en 9,8 % (Gráfico 5), el nivel más alto desde el 2001 y 9,5

p.p. mayor con respecto al mismo mes de 2019. En términos absolutos, frente a lo reportado en abril de 2019, se observó un aumento de 1,5 millones de personas desocupadas. El total de desempleados en abril de 2020 fue de 4,0 millones de personas, el más alto en los últimos 20 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] 2020).

Gráfico 5. Tasa de desempleo (TD), tasa global de participación (TGP) y tasa de ocupación (TO) mensual en Colombia, enero 2018-abril 2020

Este último reporte muestra que la tasa de desempleo en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 23,9%, lo que representó un aumento de 12,4 puntos porcentuales frente al mismo mes del año pasado (11,1 %). La tasa global de participación se ubicó en 53,8 %, lo que significó una reducción de 11,4 puntos porcentuales frente a abril del 2019 (65,2 %). Entre tanto, la tasa de ocupación fue 41,2%, lo que representó una disminución de 16,7 puntos porcentuales respecto al mismo mes del 2019 (57,9). Desagregando por sectores el análisis del impacto, se evidencia que todos los sectores redujeron el número de ocupados a excepción al de suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos.

En definitiva, el estancamiento de la actividad productiva a nivel nacional ha conllevado a la disminución de 1,54 millones de ocupados a 30 de abril, debido a la imposibilidad de realizar teletrabajo o trabajar desde casa, de otorgar vacaciones anticipadas, así como de tomar otras medidas de flexibilización laboral. En efecto, de acuerdo con la encuesta de medición del impacto del COVID-19 de Confecámaras, con corte a 17 de abril, el 85% de las empresas reportaron tener recursos para cubrir sus obligaciones más allá de 2 meses y cerca del 54% de los empresarios espera disminuir su planta de personal en los próximos 3 meses.

Por zonas geográficas, para el trimestre móvil abril-junio de 2020, las ciudades que registraron las mayores tasas de desempleo fueron: Bogotá: 40,6 %, Ibagué: 37,6% , Popayán: 33,7%, Armenia: 33,5 %; y Cúcuta AM: 33,4 %, y las ciudades con las tasas más bajas fueron: Barranquilla AM: 15,1 %; Quibdó: 18,0% y Cartagena: 19,4 %. En términos poblacionales, las mujeres y los jóvenes son los grupos con mayor incidencia de este fenómeno. La tasa de desempleo de las mujeres en junio de 2020 fue 24,9 %, superior en 8,7 p.p. a la registrada por los hombres (16,2 %). Frente al mismo periodo de 2019, la tasa de las mujeres se incrementó en 12,6 p.p y la de los hombres en 8,9 p.p. Por su parte, la tasa de desempleo de los jóvenes en el trimestre móvil abril-junio de 2020 fue 29,5 %, con un incremento de 12,3 p.p. frente a 2019.

Con respecto a la ocupación a nivel nacional, en junio de 2020, la población ocupada fue 18,3 millones de personas, que representa una disminución de 1,2 millones de personas equivalente a una variación negativa de 6,9 % en comparación con junio del año anterior. Asimismo, la tasa de ocupación del mes de junio (46,1 %), se redujo en 11,4 p.p. frente al mismo periodo en 2019, manteniéndose uno de los registros más bajos que ha tenido Colombia desde 2001. Al analizar la reducción de los ocupados por sexo y rango de edad, es posible observar que aproximadamente 1,3 millones de mujeres perdieron su trabajo entre junio de 2019 y junio de 2020, principalmente en el grupo etario de 25 a 54 años, que reportó una disminución de 0,9 millones de ocupadas. Por su parte, los hombres

ocupados disminuyeron en 1,1 millones particularmente entre 25 y 54 años 1,6 millones de ocupados.

A nivel nacional, Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios fue la rama de actividad económica que concentró, para junio de 2020, la más alta disminución de población ocupada -0,7 millones de personas), contribuyendo así en -3,3 p.p. al total nacional. Por su parte, Comercio y reparación de vehículos aportó 2,8 p.p. al total nacional, registrando una disminución de 636 mil personas ocupadas; y Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana disminuyó 635 mil personas, aportando otro -2,8 a la cifra nacional. En contraste, las únicas ramas con aumento de población ocupada fueron de suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos con 90 mil personas más ocupadas; y las actividades financieras y de seguros con 19 mil.

#### 3.2.4. Pobreza

Los efectos adversos del mercado laboral mencionados anteriormente han reducido notoriamente los ingresos de las familias, acentuando la situación de pobreza de los hogares, la cual se manifiesta en una reducción de recursos para la adquisición de alimentos que garanticen su subsistencia poniendo en riesgo su seguridad alimentaria. Según estimaciones del DNP, se pronostica que la incidencia de la pobreza, en ausencia de medidas de mitigación, podría aumentar entre 4,6 y 24,3 p.p. y la pobreza extrema entre 1,5 y 17,7

p.p. ante la pérdida de ingreso de los trabajadores informales en función del tiempo que dure la recuperación. En el total nacional, la incidencia de pobreza monetaria puede aumentar de 27 % a 34,3 %.

#### 3.2.5. Acceso a servicios públicos

Además de la reducción de la actividad económica, uno de los factores que puede afectar el bienestar de los hogares en tiempos de COVID-19 es el acceso a servicios públicos domiciliarios. Ante las recomendaciones de los expertos sobre la importancia del lavado de manos y desinfección constante, aunado a la medida de aislamiento, los hogares más afectados son aquellos que no se encuentran al día con el pago de los servicios públicos. Según la Superintendencia de Servicios Públicos, con corte a 30 de junio de 2020, se reinstaló el servicio a 183.434 suscriptores y se reconectó a 68.122 suscriptores. Es así como, desde el inicio de la emergencia y hasta el 30 de junio, se ha restablecido el servicio a 251.556 suscriptores residenciales del servicio de acueducto en todo el país.

En materia de vivienda y hábitat, una potencial fuente de pérdida de activos se refiere a la dificultad de algunos hogares de continuar pagando las cuotas de los créditos.

hipotecarios debido a la disminución de ingresos o a la pérdida de empleo. Según el DANE, en el primer trimestre de 2020, el número total de créditos hipotecarios ascendió a 1.204.793, de los cuales el 19,9 % presentaban un retraso de 1 o más cuotas vencidas. En ese sentido, se proyecta que durante la pandemia y algún tiempo después, aumente el porcentaje de hogares con cuotas de su crédito hipotecario vencidas.

En cuanto a conectividad, el desarrollo de actividades laborales, comerciales, académicas, recreativas y de todo orden a través del servicio de Internet, ha generado un comportamiento sin precedentes en los patrones de uso de las redes de telecomunicaciones. En consecuencia, se ha dado un incremento importante del tráfico cursado de Internet que, en algunos casos, ha llevado a la saturación de las redes e indisponibilidad del servicio. De acuerdo con el reporte de tráfico de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, el tráfico mensual reportado por los proveedores de la muestra aumentó en abril, en promedio, 11,5 % respecto al mes de marzo, cifra mucho menor a la presentada entre los meses de febrero y marzo (38,8 %).

La actual coyuntura también puso en evidencia la disparidad que existe en el acceso a Internet en el país (por estrato socioeconómico, la penetración de Internet fijo o móvil por hogar es de 16,2 % para el estrato 1 y de 89,9 % para el estrato 6 (Cálculos DNP con base en DANE, 2018)). Adicionalmente, persisten muchas zonas de Colombia sin conexión a Internet<sup>21</sup>, lo anterior refleja la necesidad y urgencia de conectar a estos segmentos de la población lo más pronto posible y de brindarles las herramientas tecnológicas para hacer uso de esa conectividad. Algunos hogares, debido a la falta de ingresos, tienen dificultades en el pago de los servicios de telecomunicaciones (el 50,7 % de los hogares que no tienen acceso a Internet, manifiestan que no tienen el servicio porque lo consideran muy costoso (DANE, 2018)).

### 3.2.6. Convivencia y salud mental

En términos de convivencia social y salud mental se ha dado un aumento de 6.080 casos de notificación de violencia intrafamiliar por las líneas 155, 141 y 123 en los meses de marzo y abril, mientras que para 2019 se presentaron 18.405 notificaciones. Para este mismo período en 2020 se reportaron 24.485 notificaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). De igual manera, aunque no existen bases de datos en el país que permitan identificar el fenómeno, un estudio publicado por la comisión Lancet (2020) bre

---

<sup>21</sup> La penetración de Internet fijo o móvil por hogar en Colombia es de 52,7 %, sin embargo, en cabeceras es de 63,1 %, mientras que, en el área rural es de 16,2 %; por otra parte, 24 departamentos del país presentan una penetración en este indicador menor al valor nacional

los impactos psicológicos de la cuarentena, en relación entre las medidas de cuarentena y el aumento de síntomas mentales.

### 3.2.7. Equidad para las mujeres

El escenario que desplegó la pandemia afecta más a las mujeres debido al incremento en los trabajos de cuidado no remunerados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2020; Observatorio Fiscal, 2020; Observatorio para la Equidad de las Mujeres, 2020). Los aislamientos en casa implican un aumento en el trabajo de cuidado de personas (niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad) y de trabajos domésticos, los cuales deben ser asumidos por los hogares de forma no remunerada y son las mujeres quienes generalmente toman esta responsabilidad (destinan más del doble del tiempo que los hombres a estas tareas según DANE (2017)).

En este sentido, se puede hablar no solo de feminización de la pobreza monetaria (que ya se refleja en un índice de 117 mujeres viviendo en hogares pobres por cada 100 hombres en la misma situación) sino también de pobreza de tiempo (19,4 % en 2017, según la Medición de Pobreza de Tiempo e Ingreso del DANE, 2017), que se evidenciaba previo a la crisis. Esto, sumado a una mayor concentración de las mujeres en sectores más afectados (65 % de las mujeres ocupadas lo estaban en comercio, hoteles y servicios), así como en trabajos informales y con menor remuneración (DANE, 2019) y una menor capacidad de acceso a activos como el crédito (Data Crédito, 2018), impone altas cargas sobre ellas para la recuperación económica.

Adicionalmente, las mujeres están altamente expuestas a la violencia de género. El aislamiento puede propiciar mayores situaciones de conflicto al interior de los hogares y aumento de la violencia de género y la violencia intrafamiliar. De acuerdo con la línea de atención 155 de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, las llamadas por casos de violencia se han incrementado en 182 % desde el 25 de marzo al 30 de abril frente a esta misma época en el año anterior. De esta manera, se ha verificado un aumento en el riesgo de violencia sexual tanto para mujeres como para niñas y niños, adolescentes y jóvenes. Este hecho puede suponer casos de explotación sexual de mujeres y niñas debido a la pérdida de fuentes de ingresos por parte de las trabajadoras informales.

### 3.3. Impacto sobre el sector productivo

El 30 de abril la Superintendencia de Sociedades presentó un informe titulado *Actualización del impacto de la coyuntura del coronavirus en la economía colombiana*. Tomando una muestra de 16.000 sociedades vigiladas e inspeccionadas de las que reportan información financiera anual, se construyeron cuatro escenarios para determinar el riesgo de

insolvencia: un escenario optimista con un crecimiento del PIB del 2 %, un escenario moderado con un PIB del 0,8 %, un escenario pesimista con un PIB del -1,9 % y un escenario extremo con un decrecimiento de la economía del -7,7 %.

En el escenario pesimista se espera que el PIB industrial se contraiga 4,9 %. Así, se pronostica que bajo este escenario el número de empresas que estén en riesgo de insolvencia sea 2.676 (lo que corresponde al 1,78 % de la muestra). En el escenario extremo se proyecta que el PIB industrial caiga en -6,2 %. Por lo tanto, se esperaría que el número de empresas que estén en riesgo de insolvencia sea 5.553 (lo que corresponde al 3,7 % de la muestra).

Esto se resume en la siguiente tabla:

Tabla 4. Escenarios de impacto sobre el sector productivo

Fuente: Superintendencia de Sociedades (2020)

Es importante aclarar que esta información se calculó exclusivamente con una muestra de información de las sociedades vigiladas e inspeccionadas que reportan información anual a la Superintendencia de Sociedades. De hecho, debe precisarse que la muestra de la Superintendencia de Sociedades no incluye el total de empresas del país, ya que de acuerdo con la información consignada en el Registro Único Empresarial y Social (RUES), a 31 de diciembre de 2019 el total de las personas jurídicas era de 470.806 y el total de las personas naturales comerciantes era de 1.711.171.

### 3.3.1. Comercio, Industria y Turismo

Estas cifras, aunque no cubren el total del tejido empresarial del país, si destacan los efectos que ha tenido la pandemia generada por el COVID-19 sobre el sector productivo, en particular sobre comercio, industria y turismo (CIT), dado que en muchos casos implicaron la suspensión total de operaciones. Sin embargo, existen excepciones como la cadena de producción, abastecimiento, transporte, comercialización y distribución de bienes de primera necesidad (alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza).

Según las cifras reportadas por el DANE, para 2019 las actividades económicas relacionadas con el sector de CIT tuvieron una población ocupada de 10,4 millones, los cuales representaron el 47 % del total de la población ocupada del país. Estos datos resaltan la importancia del sector CIT sobre la población ocupada en el país y, por ende, el gran impacto económico que implica la pandemia generada por el COVID-19.

Gráfico 6. Ocupados por actividad económica 2019

(miles)

3.863

El turismo ha sido uno de los sectores más golpeados por la pandemia puesto que todas las empresas (hoteles, agencias de viaje y todo tipo de prestadores de servicios turísticos) han tenido que suspender actividades. De acuerdo con el DANE, este sector aportó al PIB en 2019 alrededor del 4 % (41,3 billones de pesos). Adicionalmente, para el trimestre de abril-junio de 2020, la rama de actividad de alojamiento y servicios de



comida tuvo a nivel nacional una variación absoluta negativa de 408.560 ocupados con respecto al mismo trimestre de 2019.

De acuerdo con la Muestra Trimestral de Agencias de Viaje (MTA) del DANE, en el mes de marzo de 2020 los ingresos nominales de las agencias de viaje se redujeron en un 59,3 %. Por otra parte, de acuerdo con la Muestra Mensual de Hoteles del DANE, en el mes de mayo de 2020 los ingresos reales de los hoteles disminuyeron 93,5% con relación al mismo mes de 2019 y en lo corrido del año hasta el mes de mayo, dichos ingresos disminuyeron 42,7% en comparación con el mismo periodo del año anterior.

Por su parte, los sectores de industria manufacturera, construcción, comercio al por mayor y detall, reparación de vehículos, transporte y almacenamiento, también han sido

afectados por esta coyuntura mundial. Es importante recordar que estos sectores aportaron PIB en 2019, en conjunto, el 31,1 %, equivalente a 330,3 billones de pesos. Así mismo, para el trimestre de abril-junio de 2020, las ramas de actividad de industrias manufactureras, construcción, comercio y reparación de vehículos, y transporte y almacenamiento tuvieron una variación absoluta negativa de 2.334.000 ocupados con respecto al mismo trimestre de 2019.

### 3.3.2. Transporte

De este conjunto uno de los sectores más afectados por cuenta de la crisis sanitaria es el sector transporte. La relevancia de los tiempos y costos, así como la eficiencia en el desempeño logístico se ha hecho aún más evidente en el marco de la declaratoria del estado de emergencia que atraviesa el país. En relación con las actividades logísticas se definió que se permitiera la operación del servicio público de transporte terrestre y de carga en determinadas condiciones, con el objetivo de protegerlos transportadores colombianos y los consumidores de bienes y servicios. Sin embargo, durante el estado de emergencia se observó una disminución del 9 % en la cantidad de viajes de transporte terrestre de carga realizados entre enero y abril de 2020, respecto al mismo periodo en 2019. Esta situación se ha agudizado durante el mes de abril debido a que la disminución de los viajes llegó al 34 % respecto al mismo periodo en 2019 (Ministerio de Transporte, 2020).

El transporte terrestre se ha visto afectado específicamente por el cierre de los sectores productivos (no esenciales) y por la disminución de la demanda en varios sectores económicos. Esta disminución del transporte terrestre ha impactado en el incremento del nivel de ocupación en los espacios de almacenamiento de los puertos marítimos. De persistir esta situación, podría ponerse en riesgo la operación de comercio exterior, debido a la falta de espacio para almacenar carga de importación y exportación en los puertos y, por ende, se imposibilitaría el atraque de buques.

Para las grandes empresas del sector carretero, el desarrollo de sus actividades se ha visto suspendido de manera parcial en 35 obras y con suspensión total 351 contratos e interventorías. Adicionalmente, la suspensión del cobro de peajes y la disminución del tráfico por las carreteras nacionales ha afectado los ingresos de los concesionarios, al tiempo que ha activado los giros de recursos por parte del fondo de contingencias para cubrir la caída de los ingresos.

Así mismo, de acuerdo con las estimaciones de la Aeronáutica Civil con base en los estudios de IATA y las restricciones sobre la aviación civil, el impacto en el número de pasajeros como consecuencia de la propagación del brote de COVID-19 podría ser cercano

al 36,4% para el total de pasajeros movilizados durante el 2020, lo que supondría una

disminución de 15 millones de pasajeros con respecto al año anterior. Para 2020, se espera que el mes de mayor afectación sea abril (Gráfico 7), con una reducción en el movimiento de pasajeros casi en total, es decir 3,4 millones de pasajeros, debido a las diferentes restricciones que se han colocado sobre el transporte aéreo y la pérdida de confianza de los viajeros sobre la aviación comercial. Adicionalmente, se esperaría que el mercado

colombiano recupere su senda de crecimiento durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

#### Gráfico 7. Pronóstico de pasajeros en 2020

La situación ha llevado a que los ingresos de las empresas del sector se hayan reducido significativamente, lo que ha puesto a muchas de ellas en riesgo de quiebra producto del cierre de operaciones y prohibición de tráfico aéreo. De acuerdo con un análisis de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA, 2020), alrededor de 32.700 empleos directos y 253.000 empleos indirectos se encuentran en riesgo en Colombia. Esto representa una caída de 36,2 % en los empleos directos y de 47,9 % en los empleos indirectos. Como consecuencia de las medidas de restricción de viajes aéreos y el cierre de aeropuertos, en marzo la reducción en el tráfico internacional de pasajeros alcanzó un 44,4 %; y la reducción de tráfico nacional un 37,1 %. Así mismo, la caída en el número de visitantes no residentes fue del 48 % con respecto al mismo mes del año anterior. Se estima que la crisis tendrá impactos sin precedentes que llevarán a una recuperación lenta de la operación aeronáutica.

---

<sup>22</sup> Datos suministrados por IATA con corte al 24 de abril de 2020.

En el transporte fluvial la disminución en muchas actividades económicas ha reducido la demanda por transporte fluvial y marítimo, principalmente en el caso de pasajeros. A pesar de la relativa normalidad en puertos, la demanda y el suministro de contenedores permanecen muy desequilibrados, con aumentos de saturación de áreas de almacenamiento.

En cuanto al transporte urbano, la demanda de los sistemas de transporte masivo en un día hábil en los siete Sistemas de Transporte Masivo del país (Bogotá, Cartagena, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín, Cali, y Pereira) disminuyó en aproximadamente 5.022.531 pasajeros diarios. Lo anterior para el periodo comprendido entre el 1 y 9 de agosto, comparado con un día típico de operación. Esto corresponde a una reducción promedio del 74 %. La situación descrita representa una pérdida de ingresos para los sistemas cercana a los 13.200 millones de pesos diarios (Ministerio de Transporte, 2020).

#### 3.3.3. Construcción de vivienda

El sector de la construcción de vivienda enfrenta grandes desafíos en medio de la crisis que genera la pandemia. En un primer momento de respuesta se dio una parálisis de las obras de construcción derivada de las medidas de limitación a la movilidad; lo que generó una postergación en el desarrollo de los proyectos. Simultáneamente, se cerraron las salas de ventas, que es una actividad altamente dependiente de las visitas físicas, lo que se sumó a la falta de confianza sobre la situación económica y la pérdida de ingresos de los hogares en el país. Esto generó un efecto negativo en la comercialización de viviendas en el país.

#### Gráfico 8. Lanzamientos de vivienda

De acuerdo con Coordinada Urbana de Camacol, en abril los lanzamientos de vivienda fueron de 6056 unidades, cifra que representa una caída del 10,3 % respecto a abril de 2019 cuando este nivel fue de 15.255 unidades lo que muestra una parte del impacto de esta coyuntura. Los menores lanzamientos fueron causados por el retroceso tanto en el segmento de vivienda de interés social (IVIS) como en el No VIS del orden del 67,9 % y 43,2 %, respectivamente.

De manera similar, la comercialización de vivienda también sufrió fuertes retrocesos. En el periodo de análisis se vendieron 4.980 viviendas, lo que se traduce en una disminución del 68,4 % frente al mismo periodo de 2019. Por segmentos de precio, las caídas fueron del 65,4 % para VIS y 73,7 % para No VIS.

#### Gráfico 9. Venta de viviendas

Este balance sobre los indicadores líderes del mercado de vivienda da cuenta de los efectos generados por el Covid-19 sobre el sector y refleja la incertidumbre de los agentes del mercado. Vale la pena anotar que las reducciones también pueden ser causadas por la dificultad de recolección de información para la operación estadística. Esto por muchas obras y salas de ventas se encontraban cerradas en abril en el que se recolecta información de marzo; así mismo, el aislamiento preventivo limitó el traslado de los encuestadores.

#### 3.3.4. Empresas prestadoras de servicios públicos

El sector de los servicios públicos de energía eléctrica, gas y agua, a diferencia de otras actividades económicas, no detuvo sus operaciones debido a que se consideran de necesidad básica. Por lo tanto, la sostenibilidad de las empresas prestadoras hace prioritaria.

En cuanto a la demanda de energía eléctrica se ha presentado una disminución del 9,0% en lo corrido del año, producto de la reducción en las operaciones del sector industrial y comercial. En junio se presentó una caída del 5,44% en comparación al mismo mes año anterior, pero esta reducción es menor a la que se evidenció en mayo de 6,7%, lo que se puede interpretar como signos tempranos de recuperación. Este factor afecta directamente los ingresos de las empresas comercializadoras de energía eléctrica y, su vez, el ingreso de otros actores de la cadena de suministro como generadores y operadores del sistema.

Respecto a los servicios de agua potable y saneamiento básico se han generado presiones relacionadas con el incremento en la demanda del sector D(,BI2020), debido a que las medidas para contener y mitigar el virus exigen el acceso e incremento en el uso de servicio de saneamiento (lavado constante de manos, desinfección con lavados, saneamiento en los hogares). Lo anterior, aunado a las diferencias territoriales en las tasas de cobertura de acueducto y alcantarillado, aumenta las presiones para las empresas prestadoras del servicio. En términos de coberturas, la de acueducto es de 96 % y de alcantarillado es de 92,6 % en las cabeceras municipales, mientras que en centros poblados y rurales dispersos alcanza apenas 62,8 % y 73,3 %, respectivamente (DANE, 2019).

#### 3.3.5. Educación

Otra consecuencia de la pandemia del COVID-19 se asocia a las dificultades que se han presentado en el sector de la educación, principalmente por el cese de actividades de manera presencial que ha afectado al 81 % de estudiantes matriculados en educación superior<sup>23</sup>. Respecto al uso de plataformas virtuales, las instituciones de educación superior (IES) han adoptado progresivamente modalidades diferentes a la presencial para garantizar la continuidad del proceso formativo, sin embargo, se han identificado dificultades debido a que el contenido curricular, como los instrumentos pedagógicos y material bibliográfico están diseñados en gran parte para la presencialidad.

Estos retos, sumados a la caída en el ingreso de los hogares, ponen en duda la continuidad de muchos estudiantes en el sistema, con las repercusiones de largo plazo en

---

<sup>23</sup> Estimación con respecto a información de matrícula en educación superior en la modalidad presencial para 2018, según datos publicados por el Ministerio de Educación Nacional y el SNIES (2018).

capital humano, lo cual implica riesgo de sostenibilidad financiera para las entidades educativas, en especial las del sector privado, que verán afectados sus ingresos

### 3.3.6. Agricultura

A nivel del desarrollo productivo del sector agropecuario se destaca la agudización de las principales problemáticas de comercialización de los productos del sector, lo cual se traduce en la alta dependencia de los productores locales de los centros de abastecimiento mayorista y el represamiento de los productos durante la emergencia sanitaria en las regiones. Debido a las restricciones de movilidad que se han presentado durante el aislamiento preventivo obligatorio, así como las restricciones de funcionamiento de algunas centrales de abastos<sup>24</sup> y un posible aumento en los precios de los insumos, principalmente los importados, los precios de algunos productos de primera necesidad han tenido variaciones durante el tiempo del aislamiento preventivo obligatorio. De acuerdo con el DANE, en su reporte de Precios de Venta al Público de Artículos de Primera Necesidad, para la semana del 20 de julio a 28 de julio de 2020, se registraron variaciones desde el 4,07 % hasta el -3,25 % en los productos que están siendo monitoreados.

### 3.3.7. Cultura

Para el caso del sector cultura, la situación ha derivado en la interrupción de eventos de gran afluencia, por los que circulan un número importante de artistas y generan recursos significativos en toda la cadena de valor, entre los que se pueden citar: la Feria Internacional del Libro de Bogotá, la celebración de la Semana Santa de Popayán, el XXXIV Festival Nacional de la Música Colombiana en Ibagué, el 53° Festival de la Leyenda Vallenata en Valledupar, El Festival Internacional de Cine de Cartagena de Indias, entre otros. Han cerrado más de 5.600 infraestructuras culturales, entre las que se encuentran: 1.528 bibliotecas públicas, 997 Casas de la Cultura, 453 museos, 1.567 escuelas de música, 498 escuelas de danza, 108 salas de danza, 178 salas concertadas de teatro y 05 escenarios de espectáculos públicos. Asimismo, cerraron las salas de cine, auditorios, conservatorios, librerías, centros culturales, teatros, galerías, salas de ensayo de música y artes escénicas, en todos los municipios del territorio nacional.

Lo anterior ha provocado un impacto negativo en las fuentes de ingresos de creadores, gestores y organizaciones dedicadas a las actividades culturales, afectando el empleo, el crecimiento económico, el tejido social y la convivencia que genera la cultura en el país.

---

<sup>24</sup> Tras haber sido catalogados como puntos con un alto número de casos se han registrado cierres parciales en la Minorista de Medellín, la Plaza Santa Elena de Cali y el Mercado de Bazurto en Cartagena. Corabastos restringió operaciones únicamente a comercio al por mayor.

### 3.4. Finanzas públicas

Como se expone en la Tabla 5, se estima una contracción de los ingresos totales del Gobierno Nacional Central (GNC) por un valor de 27.450 miles de millones (mm) de pesos, frente al escenario fiscal contemplado en la actualización de Plan Financiero 2020, presentado en febrero del presente año. En el Gráfico 10 se resume la senda que se espera que sigan las finanzas del GNC, en donde se destaca que a partir de 2022, se retornará al cálculo paramétrico de la regla fiscal, por lo que ajustes fiscales del orden de 2 puntos porcentuales del PIB serán necesarios.

Gráfico 10. Balance total y primario GNC (% del PIB)

A lo largo del primer semestre del año 2020, las finanzas públicas del Gobierno nacional sufrieron dos choques importantes tras la expansión del COVID-19 en el país y la sustancial caída de los precios del petróleo. El primero de estos choques correspondió a un incremento del gasto público requerido, mientras el segundo responde a la materialización de una fuerte caída de los ingresos esperados en el año. Respecto a este último, la reducción de la actividad económica, requerida para aplanar la curva de contagios en el país, ha tenido unas fuertes implicaciones en la recaudación de la gran mayoría de impuestos nacionales y otros ingresos. En particular, se estima que la economía colombiana se contraerá 5,5 % en 2020, lo cual tiene consecuencias grandes sobre los ingresos corrientes de la Nación esperados para el año.

En efecto, las restricciones de movilidad y la contracción estimada del consumo privado y de la inversión afectarán de forma importante el recaudo de impuestos, cuya base gravable depende directamente de estas variables. En la misma línea, se espera que el recaudo de los otros impuestos, distintos a los administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), también sufra una caída importante, al depender del turismo y del transporte aéreo internacional.

Además, como resultado de la menor demanda de bienes importados, el recaudo de impuestos externos se contraerá frente al año anterior, y la caída del precio del petróleo afectará los ingresos tributarios asociados al sector petrolero, principalmente al componente de retenciones de renta. Por último, los ingresos no tributarios, correspondientes a otras tasas, multas y contribuciones, se verán igualmente afectados negativamente a lo largo de 2020, como resultado de la importante reducción de la dinámica productiva. Con lo anterior, se estima una caída en los ingresos tributarios para el año 2020 de 23.531 mm de pesos (23 % del PIB) y de los no tributarios en 200 mm de pesos (0,02 % del PIB), con lo cual la reducción total de los ingresos corrientes estimados para el año es de 23.731 mm de pesos.

Por su parte, la modificación realizada a la distribución de los recursos de la sobretasa al ACPM<sup>25</sup> genera una revisión a la baja de los recursos de los fondos especiales. En particular, dado que dicha sobretasa ya no será distribuida en un 50 % para los departamentos y el Distrito Capital, y 50 % para Invías, cuyos recursos se registraban en este rubro, sino que el 100 % de los recursos serán destinados para el primer. En este sentido, se proyecta una reducción de 200 mm de pesos en 2020.

Por último, se estima una reducción de 3.519 mm de pesos en los recursos de capital de 2020, como resultado de una recomposición en el interior de sus componentes. Dadas las condiciones del mercado actual, no se proyectan ingresos por enajenación de activos en el año, los cuales ascendían a 6.395 mm de pesos en el Plan Financiero. Asimismo, ante las mayores necesidades de financiamiento, se proyecta una disponibilidad de caja inferior, por lo que los rendimientos financieros esperados en el año se proyectan ahora inferiores en 768 mm de pesos. La caída de estos ingresos es compensada por: un mayor ingreso de excedentes financieros en 388 mm de pesos, correspondiente a mayores utilidades giradas de empresas del sector eléctrico frente a lo previsto; y (ii) otros ingresos de capital por 3.250 mm de pesos adicionales, como resultado de la descapitalización de varias entidades y fondos públicos, cuya destinación es la capitalización del Fondo Nacional de Garantías (FNG).

---

<sup>25</sup> Decreto 678 del 2020, por medio del cual se establecen medidas para la gestión tributaria, financiera y presupuestal de las entidades territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 637 de 2020



Tabla 5. Cambio en los ingresos del GNC del 2020, comparación Plan Financiero vs. escenario actual

Concepto	2019		2020	
	Actual	P F 2020 (1)	Actualizado (2)	Diferencia (21)

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2020)

En síntesis, el GNC evidenciará una significativa ampliación en su déficit fiscal de 2020, resultado del choque macroeconómico generado por el COVID-19 y las medidas requeridas para afrontarlo. La contracción estimada de la economía colombiana, derivada de las medidas de aislamiento preventivo decretadas, tendrá un impacto significativo en los ingresos del GNC, concentrado principalmente en el recaudo tributario. Por su parte, las mayores demandas de gasto para el sector salud, los programas sociales, las medidas de protección al mercado laboral y la reactivación económica, que mitigarán el impacto social y económico de la emergencia, acarrearán un incremento del gasto público, pese a la reasignación de partidas presupuestarias y priorización del gasto público.

### Gráfico 11. Contribuciones al mayor déficit del GNC en 2020 (% del PIB)

Fuente: MFMP 2020

Frente a la última actualización del plan financiero de 2020, previamente publicado a comienzos del presente año, es importante destacar tres cambios, todos relacionados con la emergencia sanitaria y económica actual:

- (i) El balance fiscal estimado del GNC se deterioraría en 6 p.p. (de 2,2 % a 8,2 %), de los cuales 5,8 p.p. corresponden a un resultado de menores ingresos y mayor gasto por las razones descritas, frente a lo proyectado, y 0,2 p.p. correspondieron al efecto denominador del menor PIB nominal proyectado, frente a las proyecciones a inicio de año.
- (ii) A comienzos de año se estimaba que el GNC tendría un superávit primario de 0,6 % del PIB en 2020, mientras actualmente se espera que cierre con un déficit primario de 5,0 % del PIB.

Actualmente, se contemplan menores recursos de capital, debido a que no se proyectan recursos por ventas de activos en 2020, y en enero se estimaban 0,6 % del PIB por este concepto.

#### 3.4.1. Impacto en las finanzas públicas territoriales

A nivel departamental, teniendo en cuenta el peor y el mejor escenario, algunos departamentos verán una mayor afectación en su tasa de pobreza. En el mejor escenario, los departamentos de Bolívar, Cesar, Quindío y La Guajira aumentarán su tasa de pobreza en 4 p.p. o más. Mientras que, en el peor escenario, los departamentos que tendrán aumentos de 10 p.p. o más en la tasa de pobreza serán: Atlántico, Sucre, Córdoba, Bolívar, Caldas, Quindío, Cesar, Magdalena, Córdoba, La Guajira y Norte de Santander.

El desarrollo de la pandemia se materializa en todos los territorios del país, siendo los más expuestos aquellos con grandes concentraciones de población y mayor actividad social y económica. Los primeros análisis, de acuerdo con Bonet et. al (2020), indican que los departamentos más vulnerables son aquellos que concentran las industrias más productivas del país, como es el caso de Antioquía, Valle del Cauca, Santander, Boyacá y la ciudad de Bogotá. Así mismo, estos territorios agrupan cerca del 50 % de la población colombiana, poniendo de manifiesto la necesidad de una estrategia que incluya acciones coordinadas entre el Gobierno nacional y las entidades territoriales.

La respuesta inicial de las entidades territoriales, si bien tiene sus matices diferenciales<sup>26</sup>, ha apoyado las iniciativas del Gobierno nacional, y ha sido efectiva en implementar las medidas de aislamiento, así como las directrices del Ministerio de Salud en materia de contención del virus. Sin embargo, los principales retos siguen dentro de los territorios más apartados y de difícil acceso, donde se profundizan las necesidades de los sistemas de salud locales, como es el caso del brote COVID-19 en el Amazonas, con la tasa de contagio más alta por número de habitantes en el país y sus posibles consecuencias sobre los pueblos indígenas de su territorio.

Al igual que lo sucedido con las finanzas del GNC, las entidades territoriales han visto afectadas sus finanzas por cuenta del menor crecimiento de la economía. En efecto, los ingresos por concepto de Industria y Comercio se han afectado por la menor demanda; igual sucede con los impuestos de los departamentos, los cuales principalmente dependen del consumo de los hogares. A ello se suman los alivios que han tenido que otorgar las administraciones territoriales a las personas y a las empresas en términos de mayores plazos para pagos de los tributos y los relacionados con reconexiones de pago y la eliminación de castigos por no pago de los servicios públicos.

Por el lado del gasto, las entidades territoriales han venido enfrentando una mayor presión de gasto público en las áreas de salud, ayudas para atender a la población pobre y vulnerable, y mayores gastos de personal para atender la emergencia. Adicionalmente, según la Dirección General de Apoyo Fiscal (DGAF), bajo diferentes escenarios de posibles impactos sobre las finanzas territoriales, la capacidad de financiar proyectos adicionales de inversión por la vía del endeudamiento estaría mermada debido a que la capacidad de

---

<sup>26</sup> Montero et. al (2020) analizan las diferentes medidas tomadas por los estados de Estados Unidos, y su impacto en términos de actividad económica, y a la fecha no encuentran diferencias significativas entre estados que tomaron medidas más o menos significativas para atender la pandemia

<sup>27</sup> El departamento reporta a 19 de mayo 1.221 casos dentro de sus 79.020 habitantes (<https://coronaviruscolombia.gov.co>)

acceder a nuevos recursos de crédito sería menor, por cuanto están condicionados al desempeño de los Ingresos Corrientes.

La DGAF analizó tres escenarios de impacto del COVID-19 sobre los ingresos corrientes de libre disponibilidad. Todo ello, con el fin de evaluar el cumplimiento de las normas de responsabilidad, la capacidad de endeudamiento adicional y la capacidad para cumplir con sus obligaciones de gasto corriente y pago de deuda.

En este contexto, la DGAF le asignó una mayor probabilidad de ocurrencia a los escenarios que denominó moderado e intermedio, según los cuales, el impacto de la pandemia sobre los ingresos corrientes implica una caída de entre 10 % y 30 %, respectivamente. Esta caída conlleva a que, con la reorientación del presupuesto de gastos, se pueda llegar a compensar la caída de los ingresos del orden del 10 %, dado que el monto es cercano a los 3 billones de pesos. No obstante, en el caso de que la caída fuera del 30 %, habría una menor capacidad de compensación con una reorientación del presupuesto y se requerirían recursos de liquidez y esfuerzos de ajuste en otros gastos, como es el caso de la formación bruta de capital fijo.

De otra parte, los efectos de la pandemia serían diferenciales dependiendo de la capacidad que tienen las entidades territoriales para generar ingresos propios. Es paradójico, pero las entidades más afectadas serían las grandes capitales y los grandes departamentos debido a que gran parte de los ingresos corrientes de libre destinación dependen de la demanda, principalmente del consumo.

En el escenario de caída de 10 % de los ingresos corrientes de libre destinación, la sola reorientación del presupuesto no sería suficiente para cubrir las obligaciones corrientes de los municipios de categorías especial, primera, segunda y cuarta y requerían de un ajuste adicional del 6 % en otros rubros de gasto. En el caso de una caída del 30 % en los ingresos, además de la reorientación del presupuesto, se requeriría de un ajuste que oscila entre el 23 % y 40 %. Si la caída fuera mayor, por ejemplo, del 50 % o más, se requerirían ajustes entre el 27 % y 40 %.

En los escenarios construidos, en ningún caso se comprometen los indicadores de sostenibilidad de la deuda, en razón a que los niveles de endeudamiento de las entidades territoriales en Colombia son muy bajos. No obstante, la capacidad de endeudamiento adicional, en los términos señalados por la Ley 358 de 1997, se vería afectada y pone de los niveles de inversión en el futuro por el mayor peso de los intereses en los ingresos. La afectación de la capacidad para acceder a deuda adicional se reduciría según lo expresa Decreto 444 de 2020:

30,3 billones de pesos al 1° de enero de 2020 (si SGR), pasaría a 25,2 billones de pesos (escenario moderado), 19 billones de pesos (intermedio), 12,7 billones de pesos (estresado). La erosión de la capacidad de endeudamiento territorial dependiendo de la intensidad de la afectación en los ingresos corrientes producto de la crisis, reduciría sus posibilidades de maniobra financiera para solventar la presión de gastos entre 2020 y 2022. (p. 15)

En línea con lo anterior, en 2020 se estima que en conjunto las administraciones centrales de las entidades territoriales<sup>28</sup> y el Sistema General de Regalías (SGR) presenten un resultado fiscal deficitario de orden de 0,9 % del PIB, producido por un doble choque en ingreso y gasto tras la emergencia actual. Puntualmente, se estima en el escenario central una caída de los ingresos tributarios del 1%, como consecuencia de la caída de la actividad económica y las posibles reducciones en tarifas y diferimientos de impuestos territoriales, facultadas por los Decretos 461 de 2020<sup>29</sup> y el Decreto 678 de 2020<sup>30</sup>. La caída de los ingresos tributarios sería mayor de no haber sido por la mencionada cesión del 100 % del recaudo de la sobretasa de ACPM durante la mitad de 2020 y 2021<sup>31</sup>. En el gasto, si bien

se estima una contracción en los gastos de capital frente a 2019, producto de que es el primer año de las administraciones territoriales actuales, se proyecta una caída menor a la típicamente observada. En cuanto al SGR, se proyecta una caída del recaudo de regalías del 28 % frente a 2019, y un nivel de gasto ligeramente menor al de 2019, lo cual redundará en

un déficit del SGR de 332 mm de pesos. Con base en todo lo anterior, frente al plan financiero publicado a principio de año, el sector de regionales y locales presentaría un desvío de 1,3

p.p. del PIB en su déficit fiscal, según su ampliación.

<sup>28</sup> Corresponde a una muestra de entidades territoriales compuesta por las alcaldías capitales y gobernaciones.

<sup>29</sup> Por medio del cual se autoriza temporalmente a los gobernadores y alcaldes para la reorientación de rentas y la reducción de tarifas de impuestos territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020.

<sup>30</sup> Por medio del cual se establecen medidas para la gestión tributaria, financiera y presupuestal de las entidades territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 637 de 2020. El Decreto Legislativo 678 de 2020 también incluye facultades para las autoridades locales para conceder beneficios para recuperación de cartera de impuestos, tasas, contribuciones y multas pendientes de pago. Esto

de materializarse podría presentar efectivos positivos en el recaudo en 2020 y 2021.

<sup>31</sup> A partir del período gravable junio de 2020, y hasta el período gravable diciembre de 2021, la sobretasa al ACPM que hasta el momento por disposición de la Ley 488 de 1998, se distribuye cincuenta por ciento (50 %) para los Departamentos y el Distrito Capital y cincuenta por ciento (50 %) para Invías, será distribuida en un cien por ciento (100%) para los departamentos y el Distrito Capital (Decreto Legislativo 678 de 2020).

## 4. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA

### 4.1. Objetivo general

Realizar el balance de las medidas de respuesta inicial más significativas del Gobierno nacional, definidas en el marco de la emergencia económica, social y ecológica, con el fin de fortalecer la estrategia de respuesta inicial ante los efectos de la crisis generada por el COVID-19 y promover la reactivación gradual de la economía.

### 4.2. Objetivos específicos

- Realizar un balance de las medidas adoptadas por el Gobierno nacional en materia de salud pública con el fin de orientar la estrategia de reapertura gradual de la economía.
- Realizar un balance de las medidas adoptadas por el Gobierno nacional dirigidas a la protección del bienestar de los hogares, con el fin de orientar la estrategia de reapertura gradual de la economía con un enfoque de salud pública.
- Realizar un balance de las medidas adoptadas por el Gobierno nacional dirigidas a mitigar los impactos sobre el aparato productivo, con el fin de orientar la estrategia de reapertura gradual de la economía con un enfoque de salud pública.
- Realizar un balance de las medidas adoptadas por el Gobierno nacional en materia de finanzas públicas con el fin de promover la sostenibilidad financiera y fiscal de la administración pública.

### 4.3. Descripción de las medidas

En esta sección se presentan las medidas que el Gobierno nacional, en coordinación con las entidades territoriales, ha venido implementando en el corto plazo con el fin de reducir el impacto del COVID-19 sobre la salud de la población del país, el bienestar de los hogares, el funcionamiento del aparato productivo y las finanzas del estado (nacional y territorial).

Adicionalmente, en la sección 5.4. se presenta el Escenario de transición hacia la reactivación económica incluyendo la estrategia de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS) que permitirá potenciar la reactivación económica con aislamientos selectivos en lugar de aislamientos generales.

Figura 4. Medidas implementadas en cada fase de la emergencia económica, social y ecológica





### 5.3.1. Salud pública

En el sector salud se han estado implementando estrategias encaminadas a reducir la transmisión del COVID-19 en el país, ellas están orientados a (i) realizar estimaciones actualizadas que permiten orientar la toma de decisiones a nivel territorial); (ii) contención de casos, minimizar la transmisión local y proteger grupos de riesgo; y (iii) el fortalecimiento y ampliación de la oferta de servicios de hospitalarios, expansión y reasignación del THS y financiamiento de atenciones en salud. De esta forma, se reduce la presión sobre los servicios de salud, a la vez que se fortalece su capacidad para responder de manera oportuna a la coyuntura. Para lograr este objetivo se tomaron medidas tempranas, incluso antes de la aparición del virus en el país, que se resumen en la Figura 5.

Figura 5. Medidas implementadas para detectar y contener  
casos

Fuente: Basado en Organización panamericana de la salud(2020).

## Detección y diagnóstico del COVID-19

A partir de la Resolución 779 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se formalizó la estrategia de respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia del COVID-19. En primer lugar, con el propósito de tener una adecuada reacción a la llegada del COVID-19 al país, por medio de la detección y contención de casos, se creó y se activó un Comité Transectorial compuesto por infectólogos, epidemiólogos, virólogos y expertos en biocontención para analizar y realizar seguimiento a las recomendaciones diagnósticas, farmacológicas y no farmacológicas más efectivas. De igual forma, se conformó y se activó el Comité de Manejo de Desastres y Puntos de Mando Unificado. Estos dos comités se reúnen periódicamente y hacen seguimiento al avance del COVID-19 para generar alertas tempranas y emitir recomendaciones en torno a las medidas que se deban tomar para mitigar la propagación del virus.

En segundo lugar, la llegada al país de pruebas rápidas y pruebas moleculares para la detección del COVID-19 ha permitido tener una mayor dimensión sobre el número de personas que tienen la enfermedad. De esta manera, se han realizado pruebas en un menor tiempo tanto a pacientes sintomáticos y asintomáticos. Por un lado, las pruebas moleculares de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) se basan en la detección del ácido nucleico (ARN) del SARS-CoV-2, tienen alta sensibilidad y especificidad, es decir, son muy confiables para identificar a las personas que tienen la enfermedad. Por otro lado, las pruebas serológicas de detección de anticuerpos IgM/IgG están indicadas para identificar si una persona ha estado en contacto con el virus del COVID-19, pero no se recomienda su uso para detectar un caso de infección aguda.

En tercer lugar, con el propósito de optimizar la capacidad de detección y diagnóstico del COVID-19, así como la protección del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) publicó los lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (COVID-19) que guiarán el adecuado uso de dichas pruebas. En estos lineamientos se establece específicamente a quiénes, en qué circunstancias, qué tipo de pruebas se deben practicar, cuál es el procedimiento diagnóstico que se debe seguir, qué usos se le pueden dar a las pruebas, quién tiene la responsabilidad del diagnóstico, quiénes están autorizados para comprarlas y cuáles son las posibles fuentes de financiación. En términos generales, las pruebas se aplican según tres niveles: diagnóstico a personas con sospecha de COVID-19 en servicios de urgencias u hospitalización a quienes indistintamente

---

<sup>32</sup> Por la cual se formaliza la estrategia de respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia por SARS CoV2 (COVID-19) en Colombia y se crea un comité asesor para orientar las decisiones de política en relación con la pandemia.

de su nivel de riesgo se les tomará muestra para prueba molecular RT-PCR; (ii) diagnóstico a personas en servicios ambulatorios o domiciliarios con sospecha de COVID-19<sup>33</sup>; (iii) diagnóstico a trabajadores de la salud<sup>34</sup>.

En cuarto lugar, con el fin de identificar casos no diagnosticados se realizaron alrededor 200.000 pruebas PCR en un período de dos meses a las personas que cumplen con los siguientes criterios: contactos de una persona fallecida por COVID-19; contactos de un caso positivo de COVID-19; pacientes hospitalizados con sospecha de COVID-19; pacientes en servicios de urgencias con sospecha de COVID-19; conglomerados poblacionales de bajo distanciamiento físico; personal de salud; fallecidos con sospecha de COVID-19 que no tuvieron muestras en vida; otras personas que por criterio médico requieren ser estudiados para COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

Adicionalmente, con el propósito de ampliar la posibilidad de testeo en el país, se utilizaron pruebas rápidas de detección de anticuerpos en los grupos de conglomerados poblacionales de bajo distanciamiento físico y en el personal del sector salud. Cada entidad administradora de planes de beneficios (EAPB) es responsable del procesamiento de las muestras para la población afiliada, y la entidad territorial lo hará para la población en condición de pobreza que no esté asegurada.

Asimismo, con el fin de aumentar la capacidad diagnóstica en Colombia por encima de 1400 casos al día, se desarrolló una red de laboratorios adscritos (más de 70 laboratorios), en casi todo el territorio nacional, seleccionándolos entre aquellos que cumplieran requisitos técnicos para hacer pruebas de PCR (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). También, desde el Ministerio de ciencia, tecnología e innovación se estableció una convocatoria de trámite simplificado de 429.000 millones de pesos, para el fortalecimiento de las capacidades de los laboratorios para atender la problemática asociada con agentes biológicos de alto riesgo que responda no solo a la pandemia del coronavirus, sino a otras patologías que han sido relevantes en el país desde hace algunos años (como dengue,

---

<sup>33</sup> Personas sintomáticas mayores de 70 años o con factores de riesgo: se le aplicará para prueba molecular RT-PCR. Personas asintomáticas que hayan sido contacto de un caso positivo: se considerará para prueba molecular RT-PCR al día séptimo del contacto. Personas con síntomas leves y sin factores de riesgo: se les aplicará la prueba rápida si tienen por lo menos 11 días o más desde el inicio de los síntomas, de lo contrario se les debe aplicar para prueba molecular RT-PCR. Según el médico considere pertinente se realizará o repetirá la prueba molecular RT-PCR.

<sup>34</sup> Las muestras para los trabajadores de la salud son prioritarias y deberán ser costeadas por las ARL. Todo trabajador de la salud que tenga contacto con un caso probable o confirmado se le aplicará PCR al séptimo día luego del contacto. Las pruebas moleculares RT-PCR se repetirán cada 15 días o cada mes, según el riesgo, especialmente a aquellos que laboren en servicios de urgencias, hospitalización general con pabellones de pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrica.

malaria, Chikunguña, etc.) y a las eventuales situaciones epidemiológicas con agentes biológicos de alto riesgo para la salud humana que se puedan llegar a presentar. Esto se financió con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2020). Con ese mismo espíritu, se lanzó también la Minciencia por 26.000 millones de pesos en busca de encontrar soluciones innovadoras a los desafíos que representa el COVID-19 (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2020). Además, se establecieron importantes estímulos para la investigación científica mediante incentivos tributarios para empresas que presenten propuestas de desarrollo tecnológico, investigación o innovación asociadas a mitigar los riesgos que representa el COVID-19, por lo que se adoptó la exención de renta por la importación de equipos de desarrollo tecnológico. Adicionalmente, el Gobierno también adquirió 500.000 kits reactivos y 2 robots para el procesamiento de pruebas, con lo cual se espera llegar a más de 10.000 pruebas diarias, entre todo el sistema de laboratorio (Dapre, 2020).

Con el fin de brindar a los habitantes del territorio nacional los canales oficiales de atención telefónica y móvil durante las emergencias sanitarias, a través del Decreto 614 de 2020<sup>35</sup> se define la aplicación tecnológica única y oficial del Gobierno nacional en el territorio nacional CoronApp Colombia (CoronApp). Esta aplicación permite a los habitantes del territorio nacional, de manera gratuita (*zero rating*), tener acceso a información actualizada y veraz sobre emergencias sanitarias, su evolución en el país y alertas de prevención, así como reportar, a través de terminales móviles, un autodiagnóstico de su estado de salud. A través de estas funcionalidades de trazabilidad se logra entender el comportamiento del virus, facilitar la atención a la población más afectada, romper potenciales cadenas de infección y alertar a los usuarios cuando sea necesario por medio de notificaciones. Las funcionalidades de la CoronApp fueron diseñadas a partir de las experiencias internacionales y las mejores prácticas, adaptadas a las necesidades del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Asimismo, se estableció la línea 192, como la línea de atención telefónica oficial del Gobierno nacional y se dispuso la protección de datos personales para las medidas de este decreto.

#### Contención de la transmisión a través de medidas en materia de movilidad

Con posterioridad a la declaratoria de la emergencia sanitaria en el territorio nacional, mediante Resolución 385 de 12 de marzo de 2020 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se expidieron diferentes decisiones tendientes a limitar el ingreso de

<sup>35</sup> Por el cual se adiciona el título 18 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para establecer los canales oficiales de reporte de información durante las emergencias sanitarias".

personas al territorio colombiano, con el propósito de proteger la salud, en conexión con la vida, de los habitantes de nuestro país.

En ese sentido, mediante la Resolución 408 del 15 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Transporte, adoptaron medidas extraordinarias estrictas y urgentes relacionadas con la contención del virus en virtud de las cuales se suspendió hasta el 30 de mayo de 2020 el ingreso al territorio colombiano, por vía aérea, de pasajeros provenientes del extranjero, salvo para los colombianos, los residentes en Colombia y las personas pertenecientes a cuerpos diplomáticos debidamente acreditados en el país, quienes debían someterse a aislamiento y cuarentena de 14 días su llegada al país.

Por su parte, con el fin de evitar que siguieran ingresando al territorio nacional nuevos casos de personas portadoras del Coronavirus COVID-19 que pusieran en riesgo el orden público y la salud de la población, se expidió el Decreto 412 de 15 de marzo de 2020 por el cual se cerraron los pasos marítimos, terrestres y fluviales de frontera con la República de Panamá, República del Ecuador, República del Perú y la República Federativa del Brasil hasta el 30 de mayo de 2020, exceptuando de esta medida los tránsitos que debían realizarse por razones de caso fortuito o fuerza mayor, y transporte de carga.

Pese a las medidas adoptadas por el Gobierno nacional en el marco de la pandemia, los diferentes reportes efectuados el 17 de marzo de 2020 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, evidenciaban que los casos de contagio en Colombia para la fecha se presentaban por personas provenientes de diferentes países del mundo como lo son Italia,

Francia, España, Turquía, Estados Unidos, y Grecia; quienes, por supuesto, debían arribar al país por vía aérea (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b). De manera tal que,

ante el incremento de casos de contagio en el territorio nacional y su relación con diferentes países del mundo que reportan presencia del virus en sus territorios, urgía actualizar las medidas dispuestas mediante la Resolución 408 del 15 de marzo de 2020 para el control sanitario de pasajeros provenientes del extranjero, por vía aérea, a causa del COVID-19; exceptuando a los nacionales colombianos y residentes en Colombia, quienes tuvieron la oportunidad de regresar al país.

Así, tal actualización de disposiciones se produjo mediante la expedición del Decreto Legislativo 439 de 20 de marzo de 2020, la cual debía ser más rigurosa y por ello se suspendió el desembarque por término 30 días calendario con fines de ingreso o conexión en territorio colombiano de pasajeros procedentes del exterior por vía aérea, a partir del 23 de marzo de 2020, y exceptuando de la medida los casos de emergencia humanitaria, caso fortuito o fuerza mayor y transporte de carga. El 8 de abril, Migración Colombia estableció

los protocolos para el regreso al país de ciudadanos colombianos y extranjeros residentes permanentes, que se encuentren en condición vulnerable en el extranjero.

Tal disposición se expidió especialmente teniendo en cuenta (i) la propagación de la pandemia, en el mundo, (ii) la facilidad de transmisión del virus persona a persona, (iii) la facilidad del transporte del virus a través del tránsito aéreo, pues facilita la circulación de personas provenientes de diferentes países, (iv) el aumento de las cifras de personas contagiadas en Colombia en los últimos días, que provienen de países del mundo que evidencian contagio; y (v) otorgándole la oportunidad, a los habitantes del territorio colombiano que se encontraran en el exterior de regresar dentro de los tres días siguientes a que rigiera la norma o a través de vuelos humanitarios.

Ahora bien, mediante Decreto 569 de 2020, la medida de suspensión de ingreso de pasajeros al territorio colombiano fue extendida hasta el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, particularmente ante el aumento de casos positivos de contagio en nuestro país, y en el mundo, ello se justificaba en la medida en que la duración de 30 días de la emergencia Económica, Social y Económica no era suficiente, dado que la restricción se da en tanto la emergencia sanitario continúe. El Ministerio de Salud y Protección Social informó que existen casos positivos COVID-19 que fueron importados de países del mundo que evidencian contagio, por lo tanto, la medida busca evitar la sobrecarga del Sistema Seguridad Social en Salud por las personas que provengan extranjero y sean positivas de COVID-19, y, naturalmente proteger la salud y la vida de los habitantes del territorio nacional.

Con el fin de evitar la propagación del COVID-19, el Gobierno nacional, en coordinación con las autoridades locales, también ha implementado diferentes medidas en materia de movilidad. Mediante el Decreto 575 de 2020<sup>36</sup> y la Circular Conjunta 004 del Ministerio de Transporte, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, se establecieron lineamientos para evitar la concentración y aglomeración de personas, ya sea en el espacio público, en el transporte público o en vehículos particulares. Sin excepción, se exige que dentro de los vehículos de servicio público de pasajeros exista una distancia entre cada usuario de por lo menos un metro, lo que implica la reducción de la capacidad de los vehículos de transporte público. Para ello, se deben tomar medidas como el escalonamiento de horarios, la promoción del teletrabajo, de la movilidad activa y

---

<sup>36</sup> Por el cual se adoptan medidas para mitigar los efectos económicos generados por la pandemia Coronavirus COVID-19 en el sector transporte e infraestructura, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

micromovilidad con las debidas condiciones de seguridad, la limitación del uso compartido de vehículos, la habilitación de ciclorrutas temporales, entre otras.

En relación con la infraestructura de los sistemas de transporte público en los que se presenta mayor afluencia de pasajeros, las autoridades locales han establecido medidas de ingreso escalonado por horas o segmentos de horas. Para ello, se debe identificar si dentro de los sectores que podrán reanudar sus labores es viable desplazar horarios de entrada y salida o generar turnos de trabajo, con el propósito de disminuir la carga de pasajeros en hora pico de los sistemas de transporte.

En cuanto a la adopción de lineamientos de espacio público y el uso de medios de transporte alternativos que mitiguen la propagación del contagio, las entidades territoriales definirán esquemas y protocolos para el uso y apropiación del espacio público durante el término de estado de emergencia. Asimismo, deben habilitar y promocionar infraestructura para el uso seguro y eficaz de medios alternativos de transporte como la bicicleta.

Finalmente, en atención a las diferentes medidas adoptadas por el Gobierno nacional, se ha restringido el servicio de transporte de pasajeros por carretera, exceptuando únicamente a las rutas entre municipios cercanos con una fuerte interrelación económica, prestación de servicios o vivienda y una distancia menor o igual a 40 km. Esto con la finalidad de garantizar el servicio de transporte público para las personas que estuvieran exceptuadas y necesitarán movilizarse entre municipios. A su vez, el Ministerio de Defensa Nacional aumentó a 3.043 puestos de control a la fecha en vías nacionales y regionales, así como los patrullajes mixtos en ciudades para garantizar el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio y demás disposiciones del Gobierno nacional (Ministerio de Defensa Nacional, 2020). El Ministerio de Transporte mediante la Resolución 2020304000124 del 24 de abril de 2020 otorgó permiso especial y transitorio para que durante el término de emergencia sanitaria, las empresas habilitadas en las modalidades de servicio público de transporte terrestre automotor de pasajeros por carretera, o especial a se autorizadas por las autoridades de transporte competentes en su jurisdicción con fines de prestación del servicio público de transporte terrestre automotor colectivo de pasajeros o transporte masivo de pasajeros en el radio de acción municipal, distrito metropolitano.

---

<sup>37</sup> Durante el tiempo de la pandemia, se ha evidenciado una baja demanda de alto impacto en el transporte de pasajeros por carretera. Comparado el período del 15 al 18 de junio de 2020, con el 17 al 20 de junio de 2019 se tiene una disminución de pasajeros a nivel nacional en un 96% y de vehículos en 90%; mientras que, desde el 25 de marzo de 2020 al 26 de abril de 2020, se presentó una disminución del 99,7 % (13.555.747) en el movimiento de pasajeros por carretera, y en un 99,3% en el despacho de vehículos. (Superintendencia de Transporte, 2020.)



## Fortalecimiento de los servicios de salud

El Ministerio de Salud y Protección Social definió un plan de ampliación de la capacidad de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en cuatro fases: (i) ampliación de la capacidad instalada, liberación del 50 % de camas; (ii) optimización de capacidad instalada

a través de la conversión de 2.500 unidades intermedias en intensivas (adquisición de ventiladores); (iii) extensión de la capacidad instalada, 2.50 UCI nuevas, y (iv) extensión crítica, 2.176 UCI nuevas. De esta manera se espera ampliar la capacidad en más de un 370 %, hasta llegar a 9.826 UCI (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.c)

Adicionalmente, a través del Decreto 538 de 2020<sup>38</sup> se definieron medidas para facilitar la disponibilidad de insumos, medicamentos y equipos para contener la pandemia, así como, instrumentos y esquemas para fortalecer y mejorar de manera integral la prestación de todos los servicios de salud. Lo anterior, teniendo en cuenta, por un lado, la necesidad de mitigar la mortalidad generada por el virus y, por otro lado, la necesidad de adecuar los servicios de salud durante el tiempo que dure la emergencia. A su vez, a través del Decreto 499 de 2020<sup>39</sup> se adoptaron medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, atendiendo a criterios de inmediatez como consecuencia de las turbulencias del mercado internacional de bienes.

Asimismo, el Decreto 463 de 2020<sup>40</sup> modificó parcialmente el arancel de aduanas para la importación de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos químicos, artículos de higiene y aseo, insumos, equipos y materiales requeridos para el sector agua y saneamiento básico. Esto surge como respuesta del Gobierno a la baja disponibilidad de productos y dispositivos necesarios para combatir el COVID-19. A su vez, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) declaró los tapabocas, geles antibacteriales y las soluciones ópticas desinfectantes como dispositivos y medicamentos médicos vitales no disponibles.

---

<sup>38</sup> Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>39</sup> Por el cual se adoptan medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, atendiendo a criterios de inmediatez como consecuencia de las turbulencias del mercado internacional de bienes para mitigar la pandemia Coronavirus COVID-19.

<sup>40</sup> Por el cual se modifica parcialmente el arancel de aduanas para la importación de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos químicos, artículos de higiene y aseo, insumos, equipos y materiales requeridos para el sector agua y saneamiento básico

El Decreto 438 de 2020, por su parte, otorga una exención transitoria del impuesto sobre las ventas (IVA), por el término de duración de la emergencia (Decreto 417 de 2020), en la importación y en las ventas en el territorio nacional, sin derecho a devolución o compensación, a un conjunto de productos indispensables para la prestación de servicios médicos de los pacientes que padezcan el COVID-19 y para la atención preventiva de la población colombiana<sup>41</sup>.

De igual manera, a través del Decreto 488 de 2020<sup>42</sup> y del Decreto 500 de 2020<sup>43</sup> se definieron medidas para la organización, reasignación y expansión del THS se busca incrementar la disponibilidad del THS para suplir alta demanda en servicios priorizados para atender la emergencia durante las diferentes fases. El plan contiene cuatro etapas y varias líneas de respuesta, que definen los perfiles de THS requeridos en los servicios priorizados de atención, así como la progresividad de llamado de THS adicional cuando se requiera reforzar dichos servicios.

Este plan funciona en coordinación con el personal de salud correspondiente, prestadores de servicios de salud, EAPB, entidades territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda. Es importante precisar que son las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) las que deben garantizar el suministro de los elementos de protección personal (EPP) apropiados para todo el THS que se encuentra en proceso de formación y en ejercicio de su profesión, con la participación de las administradoras de riesgos laborales (ARL) (artículo 5 del Decreto 488 de 2020 y artículo 3 del Decreto 500 de 2020). No obstante, el Gobierno nacional destinó recursos extraordinarios por valor de 5.999 millones de pesos para la adquisición de EPP para el THS de las empresas sociales del Estado.

En el caso del funcionamiento normal del sistema de salud, a través de la Resolución 521 de 2020<sup>44</sup> el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó medidas para permitir la

---

<sup>41</sup> Los productos con exención transitoria son: Nebulizador, Bomba de infusión, Báscula pesa bebés, Equipo de órganos de los sentidos, Monitor de signos vitales, Bala de Oxígeno, Electrocardiógrafo, Fonendoscopio, Glucómetro, Ventilador, Tensiómetro, Equipo de rayos X portátil, Pulsoxímetro, Concentrador de oxígeno, Aspirador de secreciones, Monitor de transporte, Desfibrilador, Flujoímetro, Incubadora, Cámara cefálica, Lámpara de calor radiante, Cama hospitalaria, Lámpara de fototerapia, Cama hospitalaria pediátrica.

<sup>42</sup> Por el cual se dictan medidas de orden laboral, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>43</sup> Por el cual se adoptan medidas de orden laboral, relativas a la destinación de los recursos de las administraciones a las Administradoras de Riesgos Laborales de carácter público, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>44</sup> Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

atención domiciliaria, telefónica, virtual personas en aislamiento preventivo obligatorio, en especial mayores de 70 años o personas con patología crónica de base, personas con patología de base controlada y riesgo bajo, y también los que tienen patología de base no controlada o presentan riesgo medio o alto y mujeres gestantes.

Con el fin de asegurar el financiamiento y fortalecimiento del sistema de salud, se han definido tres estrategias para irrigar recursos a los diferentes actores, especialmente a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y al Talento Humano en Salud (THS): mejora al flujo de ingresos corrientes, saneamiento de deudas y recursos adicionales del Fondo de Mitigación y Emergencia (FOME), entre otros.

- (i) Flujo de ingresos corrientes: a través del Decreto 538 de 2020<sup>45</sup> se autorizó el manejo integrado de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y presupuestos máximos para que las entidades promotoras de salud (EPS) financien integralmente los servicios médicos. Además, con el fin de compensar el costo en el que están incurriendo los prestadores de servicios al reducir su operación como consecuencia del aislamiento social, con la suspensión de procedimientos y servicios no prioritarios, se definirá un pago para garantizar un flujo de caja mensual y solvencia financiera.
- (ii) Saneamiento de deudas: mediante el Decreto 600 de 2020<sup>46</sup>, se autorizó el uso de los depósitos a la vista de las reservas técnicas de la PSF para pagar a las IPS la deuda existente. En ese mismo orden de ideas, se autorizó a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) a efectuar una compra de cartera, mediante la cual le pagará directamente a la IPS sobre la cartera conciliada con las EPS. Adicionalmente, se amplió para las IPS la línea de redescuento con tasa compensada de Findeter.

En cuanto a las entidades territoriales, se aprobó una disponibilidad de 2,17 billones para acuerdos de pago de servicios y tecnologías, no financiados con cargo a la UPC. Además, para el régimen contributivo, se simplificaron los requisitos para el reconocimiento de los servicios y tecnologías, no financiados con cargo a la UPC anteriores a diciembre de 2018 (Decreto 521 de 2020<sup>46</sup>). Dicho reconocimiento se estima en 5,2 billones, para lo cual las EPS radicarán la facturación con sus soportes

---

<sup>45</sup> Por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depósitos a la vista, que forman parte de la reserva técnica.

<sup>46</sup> Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo.

desde mayo (Resolución 618 de 2020<sup>47</sup>). Para el régimen subsidiado, se amplió el plazo a 2021 para la cofinanciación de deudas que las entidades territoriales tienen con las EPS.

- (iii) Recursos FOME y otros: se dispusieron recursos para financiar el aseguramiento, la ampliación de la oferta y el fortalecimiento de la salud pública (Decreto 444 de 2020<sup>48</sup>).

Finalmente, con el fin de evitar la propagación de la pandemia entre el personal uniformado, el Gobierno asignó recursos por 21.585 millones de pesos para la atención en salud de la Fuerza Pública destinados a cubrir las necesidades del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, que tiene a cargo 1,3 millones de usuarios entre afiliados y beneficiarios. A su vez, las Fuerzas Militares han dispuesto la adecuación e instalación a nivel regional de 1.800 camas para aislamiento o atención de los uniformados

y se han instalado y adecuados tres puestos de atención humanitaria para atención a pacientes leves en Bogotá. Adicionalmente, a través de recursos de Fonsecon, el Ministerio de Defensa Nacional está gestionando la puesta en funcionamiento de 3 puestos de socorro que serán ubicados de acuerdo con la evolución del contagio y los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud (Ministerio de Defensa Nacional, 2020).

Como medida adicional, las empresas del Grupo Social y Empresarial de la Defensa (GSED) han generado capacidades orientadas a garantizar condiciones de bioseguridad para los miembros de la Fuerza Pública, entre las que se destaca la elaboración de tapabocas, batas y demás implementos de bioseguridad por parte del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional (Forpo); la generación de camas adicionales para el Hospital Naval de Cartagena, por parte de la Corporación de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo de la Industria Naval Marítima y Fluvial (Cotecmar) y el Hospital Militar Central, por parte de Industria Militar (Indumil). La Fuerza Pública ha dispuesto recursos cercanos a los 50.000 millones de pesos, para proteger a los miembros de la Fuerza Pública con elementos de protección y aseo y de esta manera cumplir los protocolos de seguridad requeridos para atender la población (Ministerio de Defensa Nacional, 2020.)

### 5.3.2. Protección del riesgo de los hogares y mitigación de impactos sobre los servicios que utilizan

---

<sup>47</sup> Por la cual se reglamenta el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, para el saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo.

<sup>48</sup> Por el cual se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias FOME y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Esta estrategia presenta las medidas implementadas para proteger a los hogares de los riesgos que enfrentan a causa de la pandemia del COVID-19, así como para mitigar los impactos negativos causados por el aislamiento, particularmente en grupos vulnerables. Las medidas abarcan acciones relacionadas con la protección del empleo, la continuidad en el acceso a servicios públicos, incluidos los servicios de telecomunicaciones y postales, el acceso a vivienda y a bienes de primera necesidad. Asimismo, se establecen acciones para suavizar la caída en el ingreso de los hogares colombianos, especialmente de la población vulnerable.

La tarea de hacer llegar los diferentes subsidios de ayuda económica a las poblaciones vulnerables ha implicado un trabajo extra, de mucha coordinación entre niveles de gobierno; en especial, ha sido un reto en aquellos casos donde la identificación de las personas no estaba del todo cubierta por las bases de datos nacionales.

### Protección del empleo

A través del Decreto 639 de 2020<sup>49</sup> modificado por los Decretos Legislativos 677 de 2020<sup>50</sup> y 815 de 2020<sup>51</sup> se estableció uno de los programas más ambiciosos para evitar la pérdida de puestos de trabajo: el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), en virtud del cual se subsidia hasta el 40% del valor de un salario mínimo mensual legal vigente por cada empleado que la empresa tenga en su nómina. Dicho beneficio se extenderá por los meses de mayo, junio, julio, y agosto de 2020.

Desde la declaración de la emergencia sanitaria por parte del Gobierno nacional, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) ha adoptado medidas para proteger el empleo público. Mediante el Decreto 491 de 2020<sup>52</sup> se estableció la modalidad de trabajo en casa y las garantías para la continuidad del servicio, contemplando la protección del empleo público y el trabajo de las personas contratadas por las entidades públicas o que laboran al servicio de personas jurídicas que prestan servicios para el Estado, durante el tiempo que dure la emergencia sanitaria.

---

<sup>49</sup> Por el cual se crea el Programa de apoyo al empleo formal PAEF, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 637 de 2020.

<sup>50</sup> Por el cual se modifica el Decreto Legislativo 639 del 8 de mayo de 2020 y se disponen medidas sobre el Programa de Apoyo al Empleo Formal PAEF, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 637 de 2020.

<sup>51</sup> Por el cual se modifica el Decreto Legislativo 639 de 2020 y se disponen medidas sobre el Programa de Apoyo al Empleo Formal-PAEF, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020.

<sup>52</sup> Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Adicionalmente, mediante el artículo 20 del Decreto Legislativo 770 de 2020<sup>53</sup>, se creó el Programa de Auxilio a los Trabajadores en Suspensión Contractual, con el fin de entregar hasta por tres meses un auxilio económico para aquellos trabajadores que, en los meses de abril, mayo o junio de 2020, se les haya suspendido su contrato laboral o se encuentren en licencia no remunerada. En el caso de la población cesante, mediante el Decreto Legislativo 488 de 2020, se estableció que, adicional a los beneficios establecidos en el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013, los trabajadores cesantes dependientes o independientes que hayan realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar durante

1 año continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos 5 años, recibirán una transferencia económica por un valor de 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes, divididos en 3 mensualidades iguales que se pagarán mientras dure la emergencia. Para aquella población cesante que haya perdido su empleo a partir del 12 de marzo, que haya realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar durante 6 meses continuos o discontinuos durante los últimos 5 años, que no haya sido beneficiaria del Mecanismo de Protección al Cesante, recibirá un auxilio económico de un valor mensual de 160.000 pesos hasta por tres meses.

En el sector rural se han aplicado medidas para mitigar la caída en los ingresos de los trabajadores y productores del campo. De conformidad con el Decreto 486 de 2020<sup>54</sup>, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural creó un incentivo económico a aquellos trabajadores y productores del campo mayores de 70 años que tengan aislamiento obligatorio en el marco de las causas que originaron la Emergencia Económica, Social y Ecológica y que no estén cubiertos por algún beneficio del Gobierno nacional, con el fin de contribuir a sus ingresos necesarios para subsistencia. Por su parte, en el Decreto 803 de 2020<sup>55</sup>, se crea el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios (PAP) a cargo del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural para el sector agropecuario, con el objeto de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios de 2020 del cual podrán ser beneficiarios las personas naturales que sean trabajadoras o productoras del campo.

---

<sup>53</sup> Por medio del cual se adopta una medida de protección al cesante, se adoptan medidas alternativas respecto a la jornada de trabajo, se adopta una alternativa para el primer pago de la prima de servicios, se crea el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios (PAP), y se crea el Programa de auxilio a los trabajadores en suspensión contractual, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 637 de 2020.

<sup>54</sup> Por el cual se crea un incentivo económico para los trabajadores y productores del campo y se adoptan otras medidas para garantizar el permanente funcionamiento del sistema de abastecimiento de productos agropecuarios y seguridad alimentaria en todo el territorio nacional, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>55</sup> Por medio del cual se crea el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios (PAP) para el Sector Agropecuario, en el marco de la Emergencia Sanitaria ocasionada por el Coronavirus COVID 19.

colombiano, que demuestren la necesidad del aporte estatal de la citada prima de servicios del 2020, certificando una disminución del veinte por ciento (20 %) o más en sus ingresos

### Acceso a servicios públicos

En relación con el acceso al agua potable, según el Decreto 441 de 2020, los municipios y distritos deberán asegurar de manera efectiva el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico mediante la implementación de esquemas diferenciales, o el suministro con medios alternos de aprovisionamiento y la reinstalación o reconexión del servicio público domiciliario de acueducto sin cobros. Así mismo, debido a la disminución

del ingreso en algunos hogares, el Decreto 528 de 2020<sup>56</sup> habilitó a los prestadores de servicios de acueducto, alcantarillado y aseo diferir el pago de estos servicios a un plazo de 36 meses para los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2, por los consumos causados durante los 60 días siguientes a la declaración de emergencia económica, social y ecológica

De acuerdo con el Decreto 441 de 2020, se congelaron los incrementos tarifarios en acueducto y alcantarillado por el periodo de la emergencia sanitaria. Además, según el Decreto 580 de 2020<sup>57</sup>, para aliviar las cargas económicas de los hogares, se dispuso que los municipios y distritos podrán aumentar el rango para los subsidios del 70 % al 80 %; del 40 % al 50 % y del 15 % al 40 % en los estratos 1, 2 y 3, respectivamente

Adicionalmente, la Fuerza Pública ha contribuido con la distribución de agua a ciertas zonas del país. La Armada Nacional ha llevado 3.849.854 litros de agua potable a los habitantes de San Andrés Islas, Bolívar, Guainía y Vichada por su parte, la Fuerza Aérea abasteció con 317.800 galones de agua a los habitantes de San Andrés; el Ejército Nacional distribuyó 41.000 litros de agua a comunidades vulnerables de Antioquia; por último, la Policía Nacional ha abastecido 661.517 litros de agua en diferentes regiones (Ministerio de Defensa, 2020).

Con respecto del manejo de residuos con riesgo biológico o infeccioso, el Decreto 465 de 2020<sup>58</sup> estableció la posibilidad de que las autoridades ambientales pudieran autorizar licencias a otros gestores de residuos peligrosos para que gestionen residuos con riesgo biológico o infeccioso, en el evento que la cantidad de residuos peligrosos con riesgo

---

<sup>56</sup> Por el cual se dictan medidas para los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>57</sup> Por el cual se dictan medidas en materia de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>58</sup> Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la adopción de disposiciones transitorias en materia de concesiones de agua para la prestación del servicio público esencial de acueducto, y se toman otras determinaciones en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno nacional a causa de la Pandemia COVID-19.

biológico o infeccioso generados con ocasión del COVID-19 se acerque a la máxima capacidad instalada. Así mismo, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, elaboraron la guía Todo lo que debe saber sobre residuos en tiempo de SARS-CoV-2 (COVID-19), la cual presenta los lineamientos a tener en cuenta para la separación, manejo y recolección en el marco del servicio público de aseo y gestión de los residuos sólidos frente a la emergencia sanitaria.

En el Decreto 517 del 04 de abril de 2020<sup>59</sup>, se adoptaron medidas para diferir el pago de los servicios públicos domiciliarios de energía eléctrica y gas combustible por redes, hasta por 36 meses, para los estratos 1 y 2 a fin de garantizar el acceso a estos servicios a dichos usuarios. Y en este mismo sentido se garantizó el combustible para la generación de energía en zonas no interconectadas del país como consecuencia del acceso al servicio de energía eléctrica a los usuarios ubicados en esas zonas.

Por otro lado, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de comunicaciones y permitir de manera prioritaria el funcionamiento de los servicios de telecomunicaciones y postales para el acceso a los servicios de salud, el desarrollo de actividades laborales y el ejercicio de derechos fundamentales, el artículo 1 del Decreto 464 de 2020<sup>60</sup> declaró los servicios de telecomunicaciones como servicios públicos esenciales, lo cual fue ratificado por el Decreto 555 de 2020. Lo anterior con el objeto de evitar la suspensión de los servicios durante el estado de emergencia, facilitar su prestación, disponibilidad y conectividad de los usuarios y flexibilizar el cumplimiento de disposiciones normativas y regulatorias por parte de los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones, operadores de servicios postales y operadores de televisión abierta.

Se expidió también el Decreto 540 de 2020<sup>62</sup>, el cual definió la exención del pago del IVA, por cuatro meses, de los servicios de conexión y acceso a voz e internet móvil, que no superen el valor mensual de 2 unidades de valor tributario (UVT). Además, en relación con

<sup>59</sup> Por el cual se dictan disposiciones en materia de los servicios públicos de energía eléctrica y gas combustible, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 417 de 2020.

<sup>60</sup> Por el cual se disponen medidas con el fin de atender la situación de emergencia económica, social y ecológica de la que trata el Decreto 417 de 2020.

<sup>61</sup> Por el cual se adoptan medidas con el fin de atender la situación de emergencia económica, social y ecológica de la que trata el Decreto 417 de 2020.

<sup>62</sup> Por el cual se adoptan medidas para ampliar el acceso a las telecomunicaciones en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.



servicios de internet sin costo la Resolución 639 de 2020<sup>63</sup> definió un listado de 20 direcciones de Internet (URL) para consulta gratuita por parte de usuarios con planes de telefonía móvil (voz y datos) en la modalidad pospago cuyo valor no excediera de 2 UVT

Según el Decreto 771 de 2020<sup>64</sup>, se dispone que mientras esté vigente la emergencia sanitaria, el empleador deberá reconocer el valor establecido para el auxilio de transporte como auxilio de conectividad digital a los trabajadores que devenguen hasta 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes y que desarrollen su labor en su domicilio. De acuerdo con la realidad laboral actual, en la cual a causa de la emergencia sanitaria muchos trabajadores se encuentran desarrollando su actividad laboral en su domicilio, este auxilio puede ser empleado para el acceso a los servicios de conectividad requeridos por los trabajadores para continuar el desempeño de sus labores desde sus residencias, en atención a la necesidad de promover, en la mayor medida posible, las actividades remotas, que aporten al distanciamiento social requerido para preservar la salud y la vida en el marco de la pandemia generada por el nuevo Coronavirus COVID-19.

De otra parte, en relación con medidas de protección a hogares arrendatarios, en el Decreto 579 de 2020<sup>65</sup> se definieron lineamientos en torno a la prohibición de desalojos, aumento en los cánones de arrendamiento, penalidades o intereses de mora y renovación automática en caso de vencimiento del contrato. Adicionalmente, la Superintendencia Financiera de Colombia estableció, mediante las Circulares nro. 7 y nro. 14 de 2020, que los establecimientos de crédito pueden establecer políticas y procedimientos efectivos para identificar los clientes que serán objeto de aplicación de medidas especiales para atender la coyuntura, dentro de las que se destacan: (i) establecer periodos de gracia o prórrogas, (ii) mantener calificación del cliente durante dicho periodo, (iii) mantener las tasas de interés, y

(iv) no cobrar intereses sobre intereses, entre

otras. [Protección de los ingresos de los hogares](#)

---

<sup>63</sup> Por la cual se define el listado de veinte (20) direcciones de Internet (URL) de navegación gratuita por parte de usuarios de telefonía móvil en la modalidad pospago, de que trata el literal b) del numeral 1 del artículo 2 del Decreto 464 de 2020.

<sup>64</sup> Por el cual se dispone una medida para garantizar el acceso a servicios de conectividad en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional

<sup>65</sup> Por el cual se adoptan medidas transitorias en materia de propiedad horizontal y contratos de arrendamiento, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

En pro de mitigar el riesgo de disminución de ingreso de los hogares, el Decreto 659 de 2020<sup>66</sup> estableció la entrega de giros adicionales no condicionales y extraordinarios en los principales programas sociales del estado colombiano como Familias en Acción, Jóvenes en Acción y Colombia Mayor. De esta manera, se propende por estabilizar el ingreso de los hogares que pertenecen a estos programas sociales que han visto disminuida su capacidad

adquisitiva producto del aislamiento preventivo obligatorio. De otra parte, se definió que, para la vigencia 2020, 1.000.000 de hogares colombianos vulnerables se beneficiarán del mecanismo de compensación del IVA, establecida en el Documento CONPES 3986 *Estrategia para la implementación del mecanismo de compensación del impuesto a las ventas (IVA) a favor de la población más pobre y vulnerable*<sup>67</sup>, el Decreto 458 de 2020 y la Resolución 1058 de 2020 como mecanismo para favorecer las pérdidas de capacidad adquisitiva de los hogares más vulnerables.

En línea con la protección del ingreso de los hogares, entre estos, los informales, a través del Decreto 518 de 2020<sup>68</sup>, se creó el Programa Ingreso Solidario como un esquema de transferencias monetarias no condicionadas para los hogares que no se encuentran en los programas sociales Familias en Acción, Colombia Mayor, Jóvenes en Acción o compensación de IVA. Para este fin, se deben utilizar todos los medios y canales disponibles para hacer abonos a cuentas de depósito, así como las bases de datos necesarias para establecer el contacto con los posibles beneficiarios. El programa ya cuenta con más de 2,5 millones de hogares beneficiados (con corte al 27 de junio de 2020). Adicionalmente el Decreto 812<sup>69</sup> de 2020 modificó la administración y funcionamiento del Ingreso Solidario, y creó el registro social, con el fin de fortalecer la focalización de los hogares más vulnerables durante la emergencia.

Para facilitar la focalización de estas ayudas, desde el DNP se construyó una Base Maestra, que contiene distintos registros administrativos que, articulados, permiten la identificación de los potenciales beneficiarios de las ayudas del Gobierno nacional y los gobiernos territoriales durante el estado de emergencia y dan información que aporta a la

---

<sup>66</sup> Por el cual se entrega una transferencia monetaria no condicionada, adicional y extraordinaria en favor de los beneficiarios de los programas Familias en Acción, Protección Social al Adulto Mayor-Colombia Mayor y Jóvenes en Acción y se dictan otras disposiciones en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>67</sup> Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3986.p.df>

<sup>68</sup> Por el cual se crea el Programa Ingreso Solidario para atender las necesidades de los hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad en todo el territorio nacional, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>69</sup> Por el cual se crea el Registro Social de Hogares y la Plataforma de Transferencias Monetarias y se dictan otras disposiciones para atender las necesidades de los hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad económica en todo el territorio nacional dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

entrega efectiva de dichas ayudas, al contener información de la identificación y ubicación de los hogares. Esta base fue utilizada para la focalización de los programas de Compensación del IVA e Ingreso Solidario, así como también ha servido de fuente para identificar a qué programas están accediendo potenciales beneficiarios de ayudas de otras

entidades del Gobierno nacional. La Base Maestra contiene información del Sisbén III y Sisbén IV, y del acceso a programas sociales como Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Colombia Mayor, Generación E y Primera Infancia.

De otro lado, para favorecer el acceso de los hogares más vulnerables a los productos de la canasta básica, medicamentos y dispositivos médicos, se expidió el Decreto 507 de 2020<sup>70</sup>, en el cual se establece un seguimiento de precios, cada cinco días, a un conjunto de productos de primera necesidad, con el fin de identificar variaciones significativas o atípicas en función de su comportamiento histórico. El decreto, a su vez, define una ruta de actuación para que la Superintendencia de Industria y Comercio, las Entidades Territoriales y los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural; Comercio, Industria y Turismo, y Salud y Protección Social, enfrenten eventuales conductas de especulación y acaparamiento. Además, determina que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos podrá fijar precios máximos de venta al público para aquellos productos que se consideren de primera necesidad.

Además, en materia de acceso a bienes de primera necesidad, el sector defensa, fuerza pública y empresas del Grupo Social y Empresarial de la Defensa (GSED) ha apoyado la labor de entrega de ayudas humanitarias, en las cuales las Fuerzas Militares han entregado

1.254.386 mercados y la Policía Nacional 686.057 mercados, así como 500 kits de nutrición, 4.333 kits de aseo y 400 de kits de bioseguridad en diferentes regiones del país. En relación con el transporte de estos bienes, la Fuerza Aérea Colombiana ha destinado 459 horas de vuelo para el transporte de 659 toneladas, de las cuales 543 toneladas son de alimentos, 10.000 tapabocas, 887 botellas de alcohol, 418 kits médicos, 130 kits solares

y 346.400 galones de agua, 59 toneladas de insumos médicos, 02 unidades de cuidados intensivos, 47 respiradores y pruebas de COVID-19. De igual manera, el Ejército Nacional ha transportado por tierra 10.877 toneladas de alimentos en todo el país, apoyando la realización de 3.831 caravanas de seguridad terrestre para garantizar el abastecimiento de

viveres en ciudades y municipios. En estas caravanas se han transportado 265.959 toneladas en 20.120 vehículos. Por su parte, la Armada Nacional ha contribuido al transporte fluvial y marítimo con la adecuación de 3 buques para el transporte de 395 toneladas de viveres,

---

<sup>70</sup> Por el cual se adoptan medidas para favorecer el acceso de los hogares más vulnerables a los productos de la canasta básica, medicamentos y dispositivos médicos, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica decretada mediante el Decreto 417 de 2020.

4.008.584 litros de agua, 499.214 mercados, insumos, equipos y demás elementos (Ministerio de Defensa, 2020).

### Seguridad alimentaria

Así mismo, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural lidera la Mesa de Coordinación para el Abastecimiento y la Seguridad Alimentaria. Esta iniciativa cuenta con el apoyo y acompañamiento de entidades con presencia regional como el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), el Banco Agrario de Colombia (BAC), la Agencia de Desarrollo Rural (ADR), la Agencia Nacional de Tierras (ANT), el Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario (Finagro), la Autoridad Nacional de Acuicultura y Pesca (Aunap) y la Corporación Colombiana de Investigación Agropecuaria (Agrosavia), así como con puntos focales de los Ministerios de Comercio, Industria y Turismo, de Transporte, y de Defensa Nacional.

Esta mesa realiza seguimiento diario a la disponibilidad y abastecimiento de agro insumos y alimentos en todos los departamentos del territorio nacional, así como un monitoreo a los precios de estos, y a los flujos de transporte de carga y pasajeros. Adicionalmente, teniendo en cuenta que las materias primas como el maíz amarillo duro, el sorgo, la soya y la torta de soya son deficitarias en su producción en el país e impactan hasta el 85% los costos de producción de bienes de la canasta básica familiar, el Decreto 523 de 2020<sup>71</sup> suspendió temporalmente la aplicación del Sistema Andino de Franja de Precios para esos productos y estableció un arancel de cero por ciento (0%) para esos productos hasta el 30

de junio de 2020.

Para proteger a los niños, niñas y adolescentes del riesgo de desnutrición y del impacto negativo que esta situación genera en el largo plazo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) aseguró la focalización y entrega de complementos nutricionales reforzados a cerca de 1,7 millones de niñas y niños de primera infancia. En el proceso de entrega de estos complementos, se deben seguir los protocolos para la protección de la salud de los servidores públicos encargados de la entrega de las canastas.

---

<sup>71</sup> Por el cual se modifica parcialmente el Arancel de Aduanas en relación con la importación de materias primas como el maíz amarillo duro, el sorgo, la soya y la torta de soya.

En esa línea, mediante el Decreto 470 de 2020<sup>72</sup> y Decreto 533 de 2020<sup>73</sup> se habilitó la entrega de alimentación escolar para el aprendizaje en casa durante la vigencia del estado de emergencia, proyectándose beneficiar a cerca de 5.000.000 millones de estudiantes. De acuerdo con las Resoluciones nro. 6 y nro. 7 de 2020 de la Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar, la entrega de la alimentación escolar se podrá realizar en tres modalidades: (i) ración industrializada; (ii) ración para preparar en casa; y (iii) bono alimentario por valor de 50.000 pesos para el mes, el cual se puede canjear por alimentos determinados y en los puntos establecidos por la respectiva entidad territorial. En ese proceso, las entidades territoriales certificadas en educación se encargarán de coordinar con los establecimientos educativos la programación logística para la entrega de los alimentos, cumpliendo con los protocolos en materia sanitaria.

## Educación

Con el objetivo de implementar medidas de ajustes de calendario académico por parte del Ministerio de Educación Nacional para garantizar el derecho a la educación con la culminación del año escolar, la protección y el cuidado de la salud de la

comunidad educativa y respeto de los derechos laborales de los directivos docentes, docentes y personal

administrativo de los establecimientos educativos, se emitió el Decreto 660 de 2020<sup>74</sup>. Este decreto permite que el Ministerio de Educación Nacional, hasta tanto permanezca vigente la emergencia sanitaria, pueda organizar las semanas de trabajo académico que se realizan durante el año en periodos diferentes a los previstos en el inciso primero del artículo 86 de la Ley 115 de 1994<sup>75</sup> a solicitud motivada de la autoridad competente en educación.

Adicionalmente, el Decreto 662 de 2020<sup>76</sup> crea el Fondo Solidario para la Educación con el objeto de mitigar la deserción y fomentar la permanencia del sector educativo. Estos recursos serán usados para apalancar el Plan de Auxilio Educativos Coronavirus COVID-19, creado mediante el artículo 1 del Decreto 467 de 2020, líneas de crédito educativo para

---

<sup>72</sup> Por el cual se dictan medidas que brindan herramientas a las entidades territoriales para garantizar la ejecución del Programa de Alimentación Escolar y la prestación del servicio público de educación preescolar, básica y media, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>73</sup> Por el cual se adoptan medidas para garantizar la ejecución del Programa de Alimentación Escolar y la prestación del servicio público de educación preescolar, básica y media, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>74</sup> Por el cual se dictan medidas relacionadas con el calendario académico para la prestación del servicio educativo, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>75</sup> Por la cual se expide la Ley General de Educación.

<sup>76</sup> Por el cual se crea el Fondo Solidario para la Educación y se adoptan medidas para mitigar la deserción en el sector educativo provocada por el Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

el pago de pensiones de jardines y colegios privados, la línea de crédito educativo para el pago de matrícula de los jóvenes en condición de vulnerabilidad, en programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano y el auxilio económico para el pago de la matrícula de los jóvenes en condición de vulnerabilidad, en instituciones de educación superior pública.

Así mismo, mantener los procesos formativos debe ser una de las prioridades para el sector educativo. En ese sentido, para el caso específico de la educación preescolar, básica y media, el Ministerio de Educación Nacional, a través de la Circular 21 de 2020, <sup>77</sup> dio orientaciones para el desarrollo de planeación pedagógica en casa. Adicionalmente, el Ministerio de Educación Nacional desarrolló y publicó la plataforma Aprende Digital: Contenidos para todos con el objetivo de complementar los procesos de formación y aprendizaje.

En un trabajo coordinado con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Sistema de medios públicos (RTVC), se ha implementado medidas adicionales y complementarias para continuar con los aprendizajes en casa por medios radiales, de televisión, la entrega de equipos de cómputo en el territorio y la posibilidad de acceder a la plataforma Aprende Digital sin la necesidad de contar con acceso permanente a internet. De otra parte, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, con el fin de continuar desarrollando acciones que beneficien a niños, niñas y jóvenes en procesos de fortalecimiento de sus capacidades en investigación, propone el desarrollo de la estrategia Ondas en Casa. Esta estrategia consiste en una adaptación metodológica del Programa Ondas para responder a la situación de confinamiento, se compone de tres Módulos: Módulo de Estudiantes con actividades para desarrollar en casa que permiten el avance en el desarrollo del proyecto de investigación, de acuerdo con la ruta metodológica; Módulo Maestros con recomendaciones pedagógicas y metodológicas para realizar la comunicación y mediación con el grupo de investigación y el Módulo Asesores que contiene recomendaciones pedagógicas y metodológicas para realizar la asesoría y acompañamiento al grupo de investigación.

En educación superior, mediante el Decreto 467 de 2020, se establecieron medidas para otorgar auxilios a los beneficiarios de créditos del Icetex que lo requieren, dando prioridad a aquellos que se enfrentan a condiciones de vulnerabilidad por motivos de discapacidad, género, condición socioeconómica, disminución temporal o definitiva de su fuente de ingresos o problemas de salud derivados de la ocurrencia de la pandemia CO-VID.

19. Los auxilios se darán en el territorio nacional y comprenderá el otorgamiento, a

---

<sup>77</sup> Por el cual se dictan medidas de urgencia en materia de auxilios para beneficiarios del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (Icetex), dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

beneficiarios focalizados, de uno de los siguientes auxilio(is): período de gracia en cuotas de créditos educativos vigentes; (ii) reducción transitoria de intereses a favor del índice de precios al consumidor (IPC); (iii) ampliación de plazos en los planes de amortización; (iv) otorgamiento de nuevos créditos para el segundo semestre de 2020 sin deudor solidario.

Las anteriores medidas en materia de educación han contribuido en la prevención de la propagación del COVID-19, y en la mitigación de los efectos negativos en el aprendizaje y los riesgos de deserción, estudiantil a su vez, continuar con los aprendizajes en casa y avanzar en las disposiciones presupuestales que permitirán la implementación de los

protocolos de bioseguridad para el retorno gradual, progresivo y responsable a clases presenciales mediante un modelo de alternancia, según cada contexto territorial y con participación de las autoridades territoriales de las directivas de las instituciones educativas y de los padres de familia. La totalidad de estas medidas son detalladas en el presente documento.

### Convivencia y bienestar

Por otro lado, teniendo en cuenta las consecuencias de la pandemia y el aislamiento obligatorio sobre algunos grupos poblacionales, en especial las mujeres, mediante el Decreto 460 de 2020<sup>78</sup>, se dictaron medidas para garantizar la prestación del servicio ininterrumpido a cargo de las comisarías de familia, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica y la adopción de medidas de urgencia para la protección integral de niñas, niños y adolescentes. En el artículo 4 del mencionado decreto también se estableció que la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y las gobernaciones y alcaldías implementarán campañas de prevención y ofrecerán herramientas para prevenir las diferentes formas de violencia que se puedan presentar en las familias durante la emergencia. Así mismo, se debe fortalecer las líneas de atención 155 de víctimas de violencia, 123 línea de la policía nacional y la 141 de protección a niños, niñas y adolescentes. También es imprescindible promover otros canales de denuncia como medios presenciales y virtuales, aplicaciones móviles, etc.

Por su parte, la Policía Nacional ha realizado 44.613 jornadas para promover la convivencia y evitar hechos de intolerancia, 20.418 de prevención de violencia intrafamiliar, 12.874 de prevención de maltrato infantil y 11.321 de prevención de delitos sexuales. Por

---

<sup>78</sup> Por el cual se dictan medidas para garantizar la prestación del servicio a cargo de las Comisarías de Familia dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

último, se han realizado 3.809 capturas por violación de medidas sanitarias, principalmente en Cartagena, Medellín, Bogotá y Santander.

Con el objetivo de proteger la salud física y mental de las personas, en la emergencia sanitaria, el Ministerio del Deporte ha promovido, entre otros, el programa La Ruta del Movimiento y Yo Entreno en Casa, ambos tendientes a fortalecer la actividad física en los hogares colombianos durante el aislamiento preventivo obligatorio. La práctica deportiva resulta esencial para proteger la salud física y mental de las personas en el aislamiento. Por

un lado, desde el plano físico, se previenen enfermedades como la obesidad, osteoporosis, hipertensión, diabetes, entre otras. Igualmente, las limitaciones para hacer actividades al aire libre afectan al ser humano emocionalmente y pueden ocasionar ansiedad, estrés, depresión y otras patologías. Así mismo, con la intención de generar fuentes de ingresos para los deportistas y entrenadores, a través de la Resolución 489 del 2020 el Ministerio del Deporte

se implementó el programa Todos por Colombia que destinará alrededor de 2.192 millones de pesos para la creación de empleos en el sector del deporte.

## Cultura

A través del Decreto 475 de 2020 se establecieron medidas para acelerar los mecanismos para que alcaldes y gobernadores realicen el giro de los recursos del porcentaje de la Estampilla Pro Cultura, destinado para la seguridad social de los creadores y gestores culturales. Con esta medida podrán beneficiarse con más de \$80.000 millones, más de

3.000 personas en 501 municipios del país. Si bien el programa de Beneficios Económicos Periódicos -BEPS se implementa desde noviembre de 2018, esta medida generó los mecanismos que permitieran acelerar el procedimiento para entrega de los beneficios y alcanzar oportunamente, una mayor cobertura, en el marco de la crisis.

Adicionalmente, el Decreto 561 de 2020 destinó los recursos del Impuesto Nacional al Consumo de la telefonía móvil con destino a cultura, más de \$31.000 millones, para la entrega de transferencias monetarias no condicionadas e incentivos económicos para apoyar la subsistencia de artistas, creadores y gestores culturales que se encuentren en condición de vulnerabilidad. Con esta medida, más de 65 mil personas del sector cultura recibirán \$480 mil pesos, pagados en tres mensualidades de \$160 mil pesos.

De forma complementaria, el Ministerio de Cultura abrió la convocatoria "Comparte lo que somos", por \$24.000 millones, para entregar recursos a personas naturales y jurídicas en todo el país, como un reconocimiento a su trayectoria y sus propuestas de acción creativa para enfrentar el impacto del aislamiento social.

A través del Programa Nacional de Concertación Cultural, una de las convocatorias más importantes con que cuenta el sector cultura, se establecieron medidas para minimizar



los efectos negativos en lo relacionado con la ejecución de los 2,245 proyectos favorecidos cuyo monto asciende a más de \$56.000 millones. Dichas acciones incluyen el trámite oportuno de prórrogas y modificación de metas, actividades y cronogramas, en los casos que se considere necesario, y la garantía de la totalidad de los recursos aprobados para cada uno de los proyectos, así como el uso de medios digitales y tecnológicos durante la emergencia.

En relación con el Programa Nacional de Estímulos, se asignaron recursos por más de \$24.000 millones de pesos y se establecieron medidas para modificar la forma de pago de cada estímulo, de modo que los beneficiarios recibieran el primer pago del 90% al momento de la notificación al ganador y un segundo pago por el 10% con la entrega del informe final.

#### Colombianos en el exterior

En relación con las medidas para apoyar a los connacionales en el exterior, el Gobierno nacional, a través de la Cancillería, definió un plan para la atención de los connacionales en el exterior y el fortalecimiento de capacidades para la atención de esta emergencia que incluye los siguientes puntos transversales: (i) garantizar la prestación de los servicios consulares (atención por canales virtuales, adoptar medidas de prevención y actualización constante del censo a través del registro consular); (ii) gestionar a través de las embajadas de Colombia en el mundo apoyo de los Estados receptores para proteger a nuestros connacionales residentes en el exterior; (iii) preparar con consulados y embajadas de Colombia un diagnóstico sobre futuras necesidades y retos en la atención; (iv) coordinar el desplazamiento de colombianos desde el exterior hacia Colombia, por razones humanitarias a través de una agenda de vuelos de repatriación. Todas estas acciones estratégicas del Gobierno nacional, rápidas y coordinadas entre las diferentes agencias del Estado, se adelantaron con el objetivo de afrontar de manera integral los grandes desafíos de la pandemia en varios frentes.

#### 5.3.3. Mitigación de impactos sobre el aparato productivo

Con el propósito de mitigar el impacto de las medidas de aislamiento sobre el aparato productivo y, en consecuencia, sobre el crecimiento económico y el empleo, el Gobierno nacional ha definido estrategias desde diferentes enfoques para la atención de las instancias afectadas. Las medidas generales comprenden la autorización de la devolución o compensación de los respectivos saldos a favor de los contribuyentes y responsables del

impuestos sobre la renta y complementarios y del IVA que no sean calificados de riesgo alto en materia tributaria según el Decreto 535 de 2020<sup>79</sup>.

En materia de reorganización empresarial, a través del Decreto 560 de 2020<sup>80</sup> se adoptaron medidas especiales frente a procesos de insolvencia mediante el acceso expedito a mecanismos de reorganización, flexibilización en el pago de pequeños acreedores para mitigar el proceso de reorganización, mecanismos de alivio financiero, estímulos a la financiación, entre otras medidas para preservar las empresas. Como complemento a las anteriores medidas, el Decreto 772 de 2020<sup>81</sup> del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo amplía el campo de implementación de las medidas en la materia.

El mencionado decreto crea un régimen especial para pequeñas insolvencias (sociedades con activos inferiores o iguales a cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes) mediante procesos de reorganización abreviado y de liquidación judicial simplificado; establece medidas para el trámite expedito de procesos de insolvencia reduciendo los requisitos formales de admisión e implementando formatos electrónicos como parte de la solicitud de admisión y la radicación electrónica de la solicitud y de la información; crea mecanismos para maximizar el valor de los bienes del deudor y la protección de los compradores de vivienda; y establece que los beneficios tributarios serán considerados para los deudores como ganancia ocasional las cuales podrán compensar con las pérdidas ordinarias u ocasionales.

Ahora bien, en relación con medidas específicas, por un lado, para disminuir los impactos negativos producto del aislamiento preventivo obligatorio sobre las empresas, además de las medidas para la protección del empleo mencionadas en la sección anterior que también favorece a las empresas, se han definido apoyos financieros y sectoriales. Por otro lado, se han definido medidas iniciales para la estrategia de reapertura que buscan el retorno a la normalidad del aparato productivo mientras las condiciones de salud pública lo permitan. A continuación se presentan detalladamente las estrategias definidas por el Gobierno nacional.

## Servicios financieros estatales para empresas

---

<sup>79</sup> Por el cual se adoptan medidas para establecer un procedimiento abreviado de devolución y/o compensación de saldos a favor de los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios y del impuesto sobre las ventas-IVA, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>80</sup> Por el cual se adoptan medidas transitorias en materia de procesos de insolvencia en el marco de Estado de Emergencia Social y Ecológica.

<sup>81</sup> Por el cual se dictan medidas especiales en materia de procesos de insolvencia, con el fin de mitigar los efectos de la emergencia social, económica y ecológica en el sector empresarial.

En primer lugar, con el Decreto 492 de 2020<sup>82</sup> se dispuso el fortalecimiento patrimonial del Grupo Bicentenario como centralizado de la propiedad estatal de las entidades del Gobierno nacional que prestan servicios financieros públicos. Lo anterior con el objeto de contar un gobierno corporativo para la administración y gestión de los servicios financieros

estatales que permita implementar de forma inmediata medidas para facilitar el acceso al

crédito de personas naturales y empresas afectadas por la coyuntura económica, principalmente micros, pequeñas y medianas empresas (mipymes). Adicionalmente, este decreto establece medidas de fortalecimiento del Fondo Nacional de Garantías (FNG)

En segundo lugar, mediante el Decreto 468 de 2020<sup>83</sup> se autorizaron nuevas operaciones a la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (Findeter) y al Banco de Comercio Exterior de Colombia S.A. (Bancóldex). Bancóldex lanzó la línea especial de crédito denominada *Colombia Responde* destinada a financiar capital de trabajo como materias primas, insumos y nómina de las empresas de los sectores de turismo y aviación, sus respectivas cadenas de suministro y actividades relacionadas con espectáculos públicos. Se asignaron en total 250.000 millones de pesos, 175.000 millones para micro, pequeñas y medianas empresas (mipymes) y 75.000 millones para grandes empresas.

De forma complementaria, Bancóldex lanzó la línea de crédito *Colombia Responde para Todos* que tuvo el mismo propósito de financiación, pero se dirigió a las empresas de los sectores no cubiertos inicialmente. El cupo ascendió a 350.000 millones de pesos, 50.000 millones para microempresas, 175.000 millones para pequeñas y medianas empresas (pymes), 75.000 millones para grandes, y 50.000 millones destinados a microfinanzas<sup>84</sup>. Bancóldex también lanzó líneas de crédito regionales en asociación con gobiernos locales cuyas condiciones fueron definidas a la medida, de acuerdo con las necesidades de las empresas en los territorios.

Adicionalmente, para apoyar a las empresas en etapa temprana para superar la coyuntura actual, Bancóldex e Innpulsa diseñaron una solución de crédito preferencial dirigida al mantenimiento de su liquidez. Esta línea tiene un cupo de 600 millones de pesos,

un plazo hasta de tres años y un cupo para Fintech de 2.400 millones.

---

<sup>82</sup> Por el cual se establecen medidas para el fortalecimiento del Fondo Nacional de Garantías y se dictan disposiciones en materia de recursos, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020.

<sup>83</sup> Por el cual se autorizan nuevas operaciones a la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. Findeter y el Banco de Comercio Exterior de Colombia S.A. Bancóldex, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020.

<sup>84</sup> Se refiere a la provisión de servicios financieros dirigidos a población en situación de pobreza, microempresas o clientes de bajos ingresos.

En apoyo a las líneas de crédito, el FNG creó el programa especial de garantías *Unidos por Colombia*. El programa establece garantías para mipymes que requieren créditos para cubrir el pago de nómina y costos de capital de trabajo, y para trabajadores independientes que dejaron de percibir ingresos como consecuencia de la coyuntura originada por el COVID-19 y que requieren financiamiento para solventar sus necesidades económicas. Para tal fin se crearon las siguientes líneas de garantías: (i) línea de apoyo para el pago de nóminas con garantías hasta del 90 % para mipymes; (ii) línea para financiar capital de trabajo con garantías del 80 % para mipymes, y (iii) línea para trabajadores independientes o informales con garantías hasta del 80 %.

Por último, se definieron alivios financieros para los créditos vigentes. Por medio de la Circular 007 y 014 de 2020 de la Superintendencia Financiera, se establecieron medidas transitorias para establecer periodos de gracia y aumentar los plazos para los créditos de personas naturales y jurídicas que pertenezcan a los sectores económicos afectados por el COVID-19.

Bancóldex, mediante la Circular 005 de 2020, estableció que los clientes de las líneas de Capital de Trabajo, Modernización Empresarial y Exprimiendo la Naranja podrán: (i) solicitar el aplazamiento de una o varias de las cuotas pactadas para los siguientes seis meses; (ii) ajustar el pago de intereses durante el tiempo de desplazamiento de cuotas a capital, y (iii) mantener o ampliar el plazo del crédito hasta máximo seis meses adicionales. Estas modificaciones son solicitadas a los intermediarios financieros y están sujetas a su aprobación.

El FNG mediante la Circular 006 de 2020 estableció, entre otras medidas, el aplazamiento hasta por cuatro meses de las comisiones por la renovación de las garantías que deberían pagar los empresarios y que se recaudan a través de los intermediarios financieros al FNG, buscando aliviar el flujo de caja de los empresarios.

## Transporte

En el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social derivada de la pandemia del Coronavirus COVID-19, los Estados de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarados mediante Decretos 417 de 2020 y 637 de 2020 por el Gobierno nacional, y principalmente en atención de las necesidades básicas en salud y alimentación de los colombianos, fue necesario establecer las condiciones y disposiciones especiales adicionales para conjurar la crisis sanitaria, impedir la extensión

---

<sup>85</sup> Cabe mencionar que las líneas del FNG publicadas en el marco del programa Unidos por Colombia se han podido lanzar gracias a los aportes de capital que ha venido recibiendo el fondo por parte de la Nación (Ministerio de Hacienda y Crédito Público), los cuales fueron autorizados por el Decreto 492 de 2020.

de sus efectos y especialmente para (i) permitir la movilización de personas en vehículos vinculados a empresas de servicio público de transporte, promoviendo siempre el transporte legal en Colombia, (ii) garantizar la operación de las concesiones e infraestructuras que permiten la prestación del servicio de transporte, (iii) establecer disposiciones relacionadas con la industria aeronáutica, la cual se ha visto altamente afectada por la disminución de vuelos internacionales y nacionales

Para el sector transporte, a través de los Decretos 482 de 2020<sup>86</sup>, 575 de 2020 y 768 de 2020<sup>87</sup>, el Ministerio de Transporte, la Aeronáutica Civil, la Superintendencia de Transporte, el Instituto Nacional de Vías, y la Agencia Nacional de Infraestructura, han definido una serie de medidas para mitigar los efectos económicos generados por la pandemia del COVID-19 en el sector. Mediante el Decreto 482 de 2020 se creó el Centro de Logística y Transporte con el propósito de tomar decisiones en materia de transporte, cumpliendo con los fines de abastecimiento y salud. Posteriormente, mediante el Decreto 569 de 2020<sup>88</sup>, se extendió la autorización para la celebración de acuerdos, contratos o convenios entre cualquiera de los agentes que desarrollen una actividad en el sector transporte, cuando éstos permitan generar sinergias logísticas eficientes para el transporte necesario de personas o cosas; contribuyendo así a la movilización de personas durante la emergencia, y al abastecimiento de la población.

Las sinergias logísticas eficientes en el sector transporte contempladas en los Decretos Legislativos 482 y 569 de 2020, son un mecanismo excepcional y de carácter temporal, fundamentado en el principio de solidaridad, por el cual se faculta a los actores del sector transporte que prestan el servicio de movilización de personas, abastecimiento y carga en el país, para celebrar contratos, convenios, concertaciones o acuerdos entre sí, que faciliten la prestación del servicio público de transporte y la satisfacción de tales necesidades de la comunidad. Entonces, con la celebración de tales acuerdos se generan eficiencias en el mercado como resultado de la conjunción de sus esfuerzos, ya que cada uno, individualmente considerado, se encuentra extremadamente debilitado para operar.

En el segmento aéreo se han tomado medidas como: suspensión de cobro de estacionamientos de aeronaves, suspensión de las normas de vuelo<sup>89</sup>, disminución y

---

<sup>86</sup> Por el cual se dictan medidas sobre la prestación del servicio público de transporte y su infraestructura, dentro del Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica.

<sup>87</sup> Por el cual se adoptan medidas sobre la prestación del servicio público de transporte y su infraestructura, en el marco del Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica.

<sup>88</sup> Por la cual se adoptan medidas sobre la prestación del servicio público de transporte y su infraestructura, dentro del Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica.

<sup>89</sup> Franjas horarias para despegues y aterrizajes en los aeropuertos.

aplazamiento de impuestos, reducción de los aranceles a repuestos y otros insumos para el sector, facilitación en términos de cauciones, autorización del transporte de carga en cabinas de pasajeros, entre otras. También disminuyó la tarifa del IVA al 5 % para tickets aéreos

y combustible de aviación, y se redujo el monto de inversiones en el sector aeronáutico nacional para la obtención de beneficios tributarios. Además, por medio del Decreto 397 de 2020<sup>90</sup>, se le permitió a los concesionarios de aeropuertos, y empresas de transporte de pasajeros aéreas, contar con un mayor plazo para presentar y liquidar la Contribución Parafiscal para la Promoción del Turismo.

A través del Convenio 357 de 2020 el Ministerio de Transporte y Bancóldex establecieron los términos de cooperación para poner en marcha una línea de crédito para personas naturales y jurídicas asociadas a la prestación del servicio público de transporte que requieran recursos para financiar sus necesidades de capital de trabajo y activos fijos. En este sentido el ministerio aportará cerca de 5.000 millones de pesos, para cubrir el diferencial de tasas de créditos por un valor aproximado de 95.000 millones de pesos, a través de intermediarios financieros vigilados y no vigilados por la Superintendencia Financiera de Colombia, orientados a los créditos para personas naturales y jurídicas asociadas a la prestación del servicio público de transporte que tengan cupo de crédito con Bancóldex.

En el segmento de transporte terrestre, mediante el Decreto 482 de 2020, se suspendió en el cobro de peajes en el territorio nacional desde el 26 de marzo de 2020 hasta el 31

de mayo de 2020. Esta medida permitió mitigar el impacto de las condiciones del mercado en los costos de los fletes de los productos transportados por vía terrestre, propendiendo por el acceso de los colombianos a bienes de primera necesidad e insumos médicos a precios razonables. Esta medida permitió que en los 32 departamentos del país se movilizaran más de 20 millones de toneladas de carga sin ese costo logístico, el cual representó un ahorro de aproximadamente 800.000 millones de pesos. Con esta medida se beneficiaron todos los transportadores del país y en general todos los colombianos quienes pudieron contar con el abastecimiento requerido sin sobre costos por el transporte

Así mismo, con el fin de ampliar las opciones de infraestructura disponible, a través del mencionado decreto se otorgó, durante la vigencia de la emergencia generada por la pandemia de COVID-19, y en caso de que ello sea necesario para garantizar el abastecimiento, autorización a los puertos de servicio privado para atender las operaciones de carga que tengan como propósito garantizar el abastecimiento de bienes de primera

---

<sup>90</sup> Por el cual se establece un beneficio en la presentación y pago de la contribución parafiscal para la promoción del turismo para mitigar los efectos económicos del Coronavirus COVID-19 en el territorio nacional.

necesidad a las poblaciones que se encuentren dentro del área de la zona portuaria correspondiente, independientemente del tipo de carga autorizada.

A su vez, para el segmento de transporte marítimo se han suspendido los trámites de solicitudes de concesión portuaria, embarcaderos y modificaciones de contratos de concesión; se ha permitido que puertos de servicio privado manejen carga de terceros, y se ha garantizado el transporte marítimo de pasajeros nacionales para prevenir, atender y mitigar la emergencia. Para el sector de servicio público de transporte masivo, el Decreto 575 de 2020 del Ministerio de Transporte modificó durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social los artículos 98 y 100 de la Ley 1955 de 2019<sup>91</sup> para cofinanciar los costos de operación de los Sistemas. Adicionalmente permite el financiamiento por medio de dos fuentes: operaciones celebradas por los entes gestores de los sistemas de transporte masivo, las cuales podrán contar con garantías por FNG por máximo porcentaje permitido, y operaciones de crédito público internas o externas celebradas por las entidades territoriales que podrán contar con garantía la Nación.

Adicionalmente se han definido alivios tributarios para el sector transporte y sectores relacionados, como se muestra a continuación:

- A través del Decreto 401 de 2020<sup>92</sup> se ajustó el calendario tributario para las empresas de aviación comercial, hoteleras y de espectáculos que contarán con un plazo máximo para pagar la segunda cuota del impuesto sobre renta y complementarios hasta el 31 de julio de 2020 y el pago de la tercera cuota hasta el 31 de agosto de 2020.
- A través del Decreto 411 de 2020<sup>93</sup> se determinó que los trabajadores de zonas francas pueden trabajar fuera del área de exclusividad para prevenir la propagación del COVID-19. La medida tendrá igual vigencia que la declaratoria de emergencia sanitaria del Gobierno nacional.
- A través del Decreto 434 de 2020<sup>94</sup> se amplió el plazo para la renovación de registros del Registro Único Empresarial y Social (RUES), que incluyen el Registro Nacional de Turismo (RNT) y el registro mercantil hasta el 3 de julio de 2020.

---

<sup>91</sup> Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

<sup>92</sup> Por el cual se toman medidas transitorias debido a la emergencia sanitaria relacionada con el COVID-19 con respecto al régimen de zonas francas.

<sup>93</sup> Por el cual se toman medidas transitorias debido a la emergencia sanitaria relacionada con el COVID-19 con respecto al régimen de zonas francas.

<sup>94</sup> Por el cual se establecen plazos especiales para la renovación de la matrícula mercantil, el RUNEOL y demás registros que integran el Registro Único Empresarial y Social RUES, así como para las reuniones ordinarias de las asambleas y demás cuerpos colegiados, para mitigar los efectos económicos del nuevo coronavirus COVID 19 en el territorio nacional.

Para el sector de Servicio Público de Transporte Masivo, el Decreto 575 de 2020 del Ministerio de Transportes modifica durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social los Artículos 98 y 100 de la Ley 1955 de 2019 para cofinanciar los costos de operación de los Sistemas. Adicionalmente permite el financiamiento por medio de dos fuentes: operaciones celebradas por los entes gestores de

los Sistemas de Transporte Masivo, a las cuales podrán contar con garantías por Fondo Nacional Garantías por el máximo porcentaje permitido, y operaciones de crédito público internas o externas celebradas por las entidades territoriales que podrán contar con garantía de la Nación.

En infraestructura de transporte, mediante el Decreto 531 de 2020 se permitió el derecho a la circulación de personas para la ejecución de obras de infraestructura de transporte y obra pública, así como la cadena de materiales y suministros relacionados con la ejecución de las mismas. El sector infraestructura con corte a 12 de junio de 2020 ha reactivado el 82 % de los contratos de obra en todo el país en apenas siete semanas, representando cerca de 780 proyectos en el territorio nacional. La reactivación se ha dado bajo el estricto cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para el personal que labora en los proyectos, adoptando todas las medidas de seguridad emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Transportes y en circulares específicas de la ANI.

De igual manera, la reactivación ha garantizado el retorno de cerca del 70 % de los empleos directos asociados a dichos proyectos, que representan cerca de 69.000 puestos de trabajo, permitiendo que, bajo los protocolos de seguridad e higiene dispuestos por el gobierno nacional, se asegure la continuidad de las obras y la protección de los trabajadores vinculados. Es importante mencionar que el sector de infraestructura representa más del 2 % del PIB nacional, como uno de los principales ejes de la economía, y la reactivación de estas obras supone inversiones superiores a los 30 billones de pesos.

### Servicios públicos

Para los servicios públicos domiciliarios, mediante el Decreto Legislativo 581 de 2020 se autorizó a Findeter para otorgar créditos directos a empresas de servicios públicos domiciliarios oficiales, mixtas y privadas, vigiladas por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD), con el objetivo de dotar estas empresas de liquidez o capital

---

<sup>95</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.

<sup>96</sup> Por el cual se adoptan medidas para autorizar una nueva operación a la Financiera de Desarrollo Territorial S.A -Findeter, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica.



de trabajo para el cumplimiento de sus obligaciones. La medida se sustenta en que, a pesar de la continuidad de las operaciones de las empresas de este sector, estas han experimentado una reducción del recaudo y un aumento de los costos de operación y de las inversiones urgentes para garantizar la calidad y continuidad de los servicios. La medida estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2020 y tendrá una verificación del cumplimiento de los requisitos para la administración y gestión de los sistemas integrales de gestión de riesgos por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

#### Insumos para el sector salud

En materia de insumos para la producción de medicamentos, mediante el Decreto 789 de 2020<sup>97</sup> el Ministerio de Hacienda y Crédito Público permite la exclusión transitoria del IVA en: (i) la adquisición de materias primas químicas para la producción de medicamentos de algunas partidas arancelarias<sup>98</sup>; (ii) prestación de servicios de hotelería y turismo, y

contratos de franquicia para establecimientos de comercio que lleven a cabo actividades de expendio de comidas y bebidas preparadas en restaurantes, cafeterías, autoservicios, heladerías, fruterías, pastelerías y panaderías, para consumo en el lugar, cuando el Gobierno nacional así lo autorice, para ser llevadas por el comprador o entregadas a domicilio, desarrollados a través de contratos de franquicia hasta el 31 de diciembre de 2020; (iii) la importación de vehículos automotores de servicio público particular de pasajeros o de vehículos automotores de servicio público o particular de transporte de carga que tenga como beneficiario a un pequeño transportador propietario hasta el 31 de diciembre de 2020.

adición, según lo establecido en el Decreto 551 de 2020<sup>99</sup>, durante la vigencia de la emergencia sanitaria estarán exentos de IVA los bienes e insumos médicos en la importación y en las ventas en el territorio nacional.

Por otra parte, a través del Decreto 557 de 2020<sup>100</sup>, para las micro y pequeñas empresas y las entidades asociativas y solidarias sin ánimo de lucro, estableció una tarifa

---

<sup>97</sup> Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica de conformidad con el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020.

<sup>98</sup> Las partidas 29.36 (provitaminas y vitaminas, naturales o reproducidas por síntesis), 29.41 (antibióticos),

30.01 (glándulas y demás órganos para usos terapéuticos), 30.02 (sangre humana; sangre animal preparada para usos terapéuticos, profilácticos o de diagnóstico), 30.03 (medicamentos constituidos por productos mezclados entre sí sin dosificar ni acondicionar para la venta al por menor), 30.04 (medicamentos constituidos por productos mezclados o sin mezclar dosificados o acondicionados para la venta al por menor) y 30.06 (preparaciones y artículos farmacéuticos) durante la emergencia.

<sup>99</sup> Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>100</sup> Por el cual se adoptan medidas transitorias en materia de turismo y registros sanitarios para las micro y pequeñas empresas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

diferenciada (25 % para micro y 50 % para pequeñas empresas) para la expedición, modificación y renovación de los registros sanitarios de medicamentos, cosméticos, dispositivos y elementos médico quirúrgicos, equipos biomédicos, fito terapéuticos y reactivos de diagnóstico in vitro, que sean de utilidad para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del COVID-19.

### Explotación minera

Para el sector de explotación y exploración de recursos mineros, el Decreto Legislativo 574 de 2020<sup>101</sup> estableció condiciones especiales para el pago del canon superficiero, y definió condiciones para garantizar el abastecimiento de combustibles líquidos. Además, el Decreto legislativo 798 de 2020<sup>102</sup>, estableció: (i) condiciones de apoyo financiero a pequeños mineros y mineros de subsistencia; (ii) medidas para la aplicación de la distribución de regalías derivadas de la comercialización de minerales sin identificación; (iii) la autorización para la creación de líneas de redescuento con tasa compensada para la financiación del sector de prestación de los servicios públicos; (iv) condiciones especiales para la aplicación del mecanismo del Certificado de Reembolso Tributario (CERT) para dar continuidad de las inversiones en hidrocarburos y minería.

### Turismo

En el sector turismo, el Decreto 557 de 2020 amplía el plazo del pago del impuesto nacional con destino al turismo hasta el 30 de octubre de 2020 para empresas que prestan de manera regular el servicio de transporte aéreo internacional de pasajeros. Así mismo, destina de manera transitoria los recursos del impuesto nacional con destino al turismo como inversión social para contribuir a la subsistencia de los guías de turismo. Esta medida aplica para los guías de turismo que cuentan con una inscripción vigente en el RNT y que no hacen parte de los programas de Familias en Acción Colombia Mayor, Jóvenes en Acción e Ingreso Solidario, o de la compensación del IVAD e igual manera, este acto administrativo determina que las solicitudes de retracto, desistimiento y reembolso dirigidas a los prestadores de servicios turísticos con RNT vigente pueden ser contestadas con reembolsos en servicios prestados por ellos mismos durante el periodo que dure la emergencia y hasta por un año más.

### Tecnologías de la información y las comunicaciones

---

<sup>101</sup> Por el cual se adoptan medidas en materia de minas y energía, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>102</sup> Por el cual se adoptan medidas para el sector minero-energético en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica ordenada mediante Decreto 637 del 6 de mayo de 2020.

Como ya se mencionó, en el sector TIC, mediante los Decretos 464 y 555 de 2020, se declaró a los servicios de telecomunicaciones como ~~s~~ servicios públicos esenciales. Adicionalmente, se dispuso la flexibilización del cumplimiento de disposiciones normativas y regulatorias para los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones, operadores de servicios postales y operadores de televisión abierta, entre ellas la suspensión de la oficina física como medio de atención (Resolución 5991 de 2020<sup>103</sup>).

En cuanto a la producción de televisión nacional, el Decreto 516 de 2020<sup>104</sup> y el Decreto 554 de 2020<sup>105</sup> determinaron los porcentajes mínimos de programación de producción nacional tanto para canales nacionales como canales regionales y estaciones locales. Así mismo se estableció que únicamente por el tiempo de duración del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica los operadores del servicio de televisión regional puedan destinar para funcionamiento hasta el 2% de los recursos de fortalecimiento girado a los operadores públicos del servicio de televisión.

Por otro lado, para el trámite de solicitudes para el despliegue de ~~inf~~ infraestructura de telecomunicaciones, el Decreto 540 de 2020<sup>106</sup> estableció un procedimiento especial más expedito, únicamente durante la vigencia de la Emergencia declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID 19.

Con el fin de garantizar la operación de los medios abiertos radiodifundidos y la televisión comunitaria, el Decreto 658 de 2020<sup>107</sup> realizó un aplazamiento de los pagos de las contraprestaciones que efectúan los operadores del servicio de televisión abierta radiodifundida de operación privada de que trata el artículo 62 de la Ley 182 de 1995, el pago anual correspondiente al año 2020 de que trata el literal b) del artículo 33 de la Ley 1978 de 2019 fue aplazado hasta el año 2021. Así mismo, los pagos que deben realizar los operadores del servicio de radiodifusión sonora comunitaria y de interés público y los operadores del servicio de televisión comunitaria sin ánimo de lucro al Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones serán aplazados hasta el año 2021. De igual modo se decidió financiar el desarrollo de líneas de crédito, fomento y fortalecimiento

---

<sup>103</sup> Por la cual se amplía la vigencia de las suspensiones de los efectos de algunas disposiciones regulatorias de carácter general establecidas en las resoluciones CRC 5941, 5952, 5955 y 5956 de 2020, se amplía la vigencia de algunas de las medidas adoptadas en la Resolución CRC 5969 de 2020, y se dictan otras disposiciones.

<sup>104</sup> Por el cual se adoptan medidas para la prestación del servicio de televisión abierta radiodifundida, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>105</sup> Por el cual se adoptan medidas para la prestación del servicio de televisión abierta radiodifundida con el fin de atender la situación de emergencia económica, social y ecológica de la que trata el Decreto 417 de 2020.

<sup>106</sup> Por el cual se disponen medidas para garantizar la operación de los medios abiertos radiodifundidos y la televisión comunitaria en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional.

de los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones, hasta tanto permanezca vigente la emergencia sanitaria. En esta misma línea, se expidió el Decreto 680 de 2020<sup>107</sup>,

el cual le permite aplazar los pagos de 2020 que deben realizar los operadores de radiodifusión sonora comercial al Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones hasta el año 2021.

En materia de comercio electrónico el Gobierno nacional expidió el Decreto 457 de 2020<sup>108</sup>, mediante el cual el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo definieron los procedimientos para la operación del comercio electrónico en el país. Así, durante la coyuntura del COVID-19 se podrán realizar los despachos de los productos comercializados a través de comercio electrónico, mediante empresas de servicios postales y de economía colaborativa, para lo cual podrán operar los centros de distribución de las empresas vendedoras y centros de abastecimientos, se podrán comercializar, transportar y entregar bienes de primera necesidad y de mercancías de ordinario consumo a domicilio, entre otros. En general, dicha medida contempla 34 excepciones que permiten el derecho de circulación en el territorio nacional durante el aislamiento preventivo obligatorio. En ese sentido, las empresas podrán hacer uso amplio de las plataformas de comercio electrónico para adquirir mercancías de ordinario consumo.

#### Arrendamientos comerciales

Para los establecimientos comerciales, el Decreto 797 de 2020<sup>109</sup> reguló, extraordinaria y temporalmente, la terminación unilateral de los contratos de arrendamiento de local comercial, por parte de los arrendatarios hasta el 31 de agosto de 2020 para aquellos que a partir del 10 de junio de 2020 se encuentran en la imposibilidad de ejercer las siguientes actividades económicas: bares, discotecas, billares, casinos, gimnasios, entre otros y eventos de carácter público o privado que impliquen aglomeración de personas. En virtud del cumplimiento de esta medida, el arrendatario será obligado al pago del valor correspondiente a un tercio de la cláusula penal pactada en el contrato, sin que proceda

---

<sup>107</sup> Por el cual se adiciona un párrafo transitorio al artículo 2.2.7.4.5. del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para aplazar los pagos que deben realizar los operadores del servicio de radiodifusión sonora comercial al Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

<sup>108</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.

<sup>109</sup> Por el cual se adoptan medidas transitorias en materia de arrendamiento de locales comerciales, en el marco del Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica de que trata el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020.

penalidad, multa o sanción, y en caso de inexistencia de cláusula penal en el contrato, el arrendatario será obligado al pago del valor correspondiente a un canon de arrendamiento.

## Educación

En educación se han definido estrategias de innovación pedagógica que comprenden: por un lado, establecer un plan padrino en el que una IES con mayor capacidad de servicios y con herramientas TIC realiza acompañamiento a otras IES (Ministerio de Educación Nacional, 2020), y por el otro lado, la creación de un laboratorio de innovación para la educación superior para generar conocimiento y crear comunidades para la innovación en el sector.

## Agricultura

La política de apoyo al sector agropecuario busca solucionar o paliar las dificultades que enfrenta la operación, logística y financiamiento del sector. Se propende por la consolidación del financiamiento agropecuario con medidas como líneas especiales de crédito, que incluye la nueva línea Colombia Agro Produce, facilidad de acceso al Fondo Agropecuario de Garantías (FAG) y revisión de condiciones del Fondo de Solidaridad Agropecuaria (Fonsa) a través de periodos de gracia y ajustes de plazos de los créditos extendidos por el Banco Agrario, entre otros.

De igual manera, para salvaguardar los intereses tanto de los productores, como de los hogares, se han implementado medidas para asegurar el abastecimiento de alimentos y fortalecer los canales de comercialización de alimentos, como la suspensión de aranceles de materias primas, la búsqueda de canales virtuales para la comercialización y la reducción de costos de producción, especialmente a través del precio de fertilizantes y otros insumos.

Adicionalmente, mediante el Decreto 486 de 2020 se estableció que mediante las líneas especiales de crédito que cree la Comisión Nacional de Crédito Agropecuario (CNCA) para los productores agropecuarios afectados se pueda cubrir los costos y gastos financieros asociados a las operaciones del crédito agropecuario. Para garantizar medidas de protección en el sector agropecuario debido a la volatilidad del mercado por el precio del dólar que se ha venido presentando en los últimos días, Decreto 471 de 2020<sup>10</sup> establece que el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural fijará directamente políticas de precios de los insumos agropecuarios.

---

<sup>10</sup> Por el cual se deroga el Título 9 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con la política de precios de insumos agropecuarios.

## Comercio exterior

En materia de comercio exterior y transporte nacional, en el marco de los Comités de Facilitación del Comercio y de Eficiencia en modos (Comité de Logística y Comercio Exterior), que hacen parte del Sistema Nacional de Competitividad, se han definido compromisos por parte del sector público y privado para dar respuesta a las problemáticas generadas en el marco de la emergencia. Se han realizado nueve comités de manera virtual y se han definido en total 61 compromisos, 74 % se han cumplido, 20 % se encuentran en ejecución y 6 % no presentan avances. Con el fin de mantener las operaciones de comercio exterior y evitar el desabastecimiento, especulación o acaparamiento de productos esenciales, se adoptaron las siguientes medidas:

- Mediante el Decreto 410 de 2020<sup>111</sup> se eliminan los aranceles por un término de seis meses a 110 subpartidas para la importación de productos básicos de salud, y también para bienes relacionados con el sector de aviación. Esta medida, vigente por seis meses, se amplió a 53 bienes adicionales, mediante el Decreto 463 de 2020.
- Mediante el Decreto 766 de 2020<sup>112</sup>, se redujo a 0% el valor del anticipo del impuesto sobre la renta y complementarios del año gravable 2020 para las empresas de transporte aéreo de pasajeros, servicios de alojamiento, establecimientos de servicios de comidas y bebidas, agencias de viajes, operadores turísticos, servicios de reses, y actividades de bibliotecas, archivos, museos y otros espacios culturales.
- A través del Decreto 682 de 2020<sup>113</sup> se redujeron a 0 % las tarifas del impuesto nacional al consumo en el expendio de comidas y bebidas hasta el 31 de diciembre de 2020.
- Mediante el Decreto 435 de 2020<sup>114</sup> se establecieron nuevas fechas para la presentación y pago del impuesto de renta para los servicios de expendio de comidas y bebidas, agencias de viajes y operadores turísticos.

---

<sup>111</sup> Por el cual se modifica el arancel de aduanas para la importación de productos necesarios para afrontar la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19.

<sup>112</sup> Por el cual se adicionan el parágrafo 4 al artículo 1.6.1.13.2.11., el parágrafo 5 al artículo 1.6.1.13.2.12. y el parágrafo 2 al artículo 1.6.1.13.2.15., a la Sección 2 del Capítulo 13 el Título 1 de la Parte 6 del Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria.

<sup>113</sup> Por el cual se establece la exención especial del impuesto sobre las ventas para el año 2020 y se dictan otras disposiciones con el propósito de promover la reactivación de la economía colombiana, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretado por el Decreto 637 de 2020.

<sup>114</sup> Por el cual se modifican y adicionan artículos de la Sección 2 del Capítulo 13 Título 1 Parte 6 Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria.

## Cultura

El Decreto 475 de 2020 estableció beneficios para espectáculos públicos de las artes escénicas a través de la destinación transitoria de más de \$40 mil millones de pesos, provenientes de la contribución parafiscal de espectáculos públicos y así apoyar al sector cultura de las artes escénicas, en actividades de creación, difusión, producción y circulación, en modalidades presenciales o virtuales. Además, el mismo Decreto amplió los plazos de pago de la contribución parafiscal para los productores permanentes y para productores ocasionales, se estableció que las boletas y los derechos de asistencia comercializados y entregados entre marzo y junio de 2020, sujetos al pago de la contribución parafiscal, podrán ser declarados y pagados hasta el 30 de septiembre de 2020.

Con la expedición del Decreto 818 de 2020, se establecieron entre otras medidas, una tarifa del 4% de retención en la fuente sobre los pagos por concepto de honorarios, comisiones y servicios correspondientes a las actividades de inclusión total de la Cuenta Satélite de Cultura y Economía Naranja del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. También estipuló que los estímulos públicos culturales otorgados por parte del Ministerio de Cultura y las diferentes entidades territoriales responsables de la cultura, no estarán sujetos a retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta. Por último, dieron importantes medidas para el sector de los espectáculos públicos y las artes escénicas como la modificación de plazos para declarar y pagar la contribución parafiscal de espectáculos públicos y artes escénicas correspondiente a la venta de boletería y entrega de derechos de asistencia.

## Estrategia de reactivación económica

El objetivo de la estrategia de reactivación económica gradual es minimizar el impacto económico y el costo fiscal de la emergencia, al igual que mantener controlada la tasa de contagios para que no colapse el sistema de salud y se minimice la fatalidad. Según las estimaciones del Banco Mundial, el tipo de reactivación más efectiva es aquella que considera tanto una diferenciación según el riesgo sectorial como una diferenciación según el riesgo regional.

La diferenciación de riesgo sectorial se refiere a la priorización del retorno a las actividades, a través de un análisis costo beneficio, entre los riesgos para la salud y la importancia económica de cada sector. En primer lugar, se determinan los sectores estratégicos de acuerdo con su contribución al PIB y generación de empleos. En segundo lugar, se determinan los sectores que pueden usar el trabajo en casa para el desarrollo normal de sus actividades o para un conjunto importante de dichas actividades. Este criterio tiene

en cuenta la proximidad física en el desarrollo de las actividades y la exposición a la enfermedad.

En la diferenciación de riesgo regional los municipios se pueden clasificar en tres categorías de riesgo. Son considerados de riesgo bajo los municipios en los que no se tienen contagios y no hacen parte de una aglomeración o área de influencia de una ciudad de riesgo medio o alto. Los municipios que presentan casos confirmados de COVID-19 son divididos en riesgo alto o medio con base en los criterios que para ello establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales podrán incluir, entre otras, variables como el número reproductivo básico de contagio ( $R_0$ ), la ocupación de unidades de cuidado intensivo, el índice de positividad o la tasa de letalidad. Igualmente, municipios que, independiente del número de casos confirmados de COVID-19, hagan parte de la aglomeración urbana o área de influencia de una ciudad considerada de riesgo medio o alto, respectivamente.

Reconocer la heterogeneidad regional en cuanto a riesgo, y la autonomía y responsabilidad de las autoridades locales en la implementación de medidas resalta la importancia de coordinar acciones entre el Gobierno nacional y los entes territoriales. El Gobierno nacional debe definir líneas de política, requisitos y condiciones de reactivación. Los alcaldes y gobernadores deben velar por la aplicación y cumplimiento de las medidas. De acuerdo con los criterios anteriores, se clasificaron los sectores priorizados para su reapertura (que no puedan teletrabajar o trabajar en casa) con la siguiente diferenciación de riesgo regional:

- Municipios de riesgo alto: solo podrían operar las actividades permitidas en el Decreto 749 de 2020<sup>115</sup>.
- Municipios de riesgo medio: se buscará la coordinación con alcaldes y gobernadores para que los siguientes sectores puedan empezar a operar en días hábiles: productos metalúrgicos y minerales no metálicos, minería y servicios de reparación; actividades profesionales, servicios administrativos y de apoyo; madera, productos de papel y cartón; textiles, calzado y producto de cuero; fabricación de repuestos de equipo de transporte, diferente de carga; fabricación de maquinaria y equipo, aparatos y equipo eléctrico; información y comunicaciones; y construcción.
- Municipios de riesgo bajo se coordinará con alcaldes y gobernadores para evaluar la reapertura demás actividades económicas, estableciendo cercos epidemiológicos en

---

<sup>115</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público



los que la movilidad desde y hacia estos municipios sea restringida también se limitará el movimiento de carga y abastecimiento.

De acuerdo con estos criterios y con base en los buenos resultados de las estrategias para la contención del virus, se ha permitido una reapertura gradual de algunas actividades económicas con la implementación de protocolos de bioseguridad de manera efectiva. El marco conceptual guio la implementación de estrategias sectoriales con matices regionales, siempre sujeto a las restricciones operativas. A continuación, se presentan las medidas de reapertura.

El Decreto 457 de 2020, que estableció el aislamiento preventivo obligatorio, implicó el cierre parcial o total de las empresas pertenecientes al sector. Con excepción de: la cadena de producción, abastecimiento, transporte, comercialización y distribución de bienes de primera necesidad (alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza).

El Decreto 593 de 2020<sup>16</sup>, considerado como la primera medida de reapertura, permitió la operación de actividades económicas en el sector de la industria y construcción e incluyó las siguientes actividades industriales: fabricación de productos textiles; confección de prendas de vestir; curtido y recurtido de cueros, fabricación de calzado, fabricación de artículos de viaje, maletas, bolsos de mano y artículos similares, y fabricación de artículos de talabartería y guarnicionería, adobo y teñido de pieles; transformación de la madera y fabricación de productos de madera y de corcho, excepto muebles; fabricación de artículos de cestería y espartería; fabricación de papel, cartón y productos de papel y cartón; fabricación de sustancias y productos químicos; fabricación de productos elaborados de metal; y fabricación de maquinaria y equipos, aparatos y equipos eléctricos.

El Decreto 749 de 2020<sup>17</sup> incluyó: la cadena de producción, abastecimiento, almacenamiento, reparación, mantenimiento de transporte y distribución de las manufacturas de vehículos automotores, remolques y semiremolques, motocicletas, muebles, colchones y somieres; la fabricación, mantenimiento y reparación de computadores, equipos periféricos, equipos de comunicación, electrónicos y ópticos, el comercio al por menor de combustible, lubricantes, aditivos y productos de limpieza para automotores, libros, periódicos, materiales y artículos de papelería y escritorio; el comercio al por mayor de muebles y enseres domésticos, el comercio al por mayor y por menor de vehículos automotores y motocicletas, incluidos partes, piezas y accesorios; las actividades del sector de la construcción, ejecución de obras civiles y la remodelación en inmuebles; la comercialización de los productos de los establecimientos y locales gastronómicos, incluyendo los ubicados en hoteles, mediante

---

<sup>116</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.

<sup>117</sup> Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.

plataformas de comercio electrónico, por entrega a domicilio y peonrtrega para llevar; la fabricación, reparación, mantenimiento y compra y venta de repuestos y accesorios de bicicletas convencionales y eléctricas, los parqueaderos públicos para vehículos y el servicio de lavandería a domicilio el servicio de limpieza y aseo, incluido el doméstico y servicio de lavandería.

Adicionalmente, mediante la Resolución 666 de 2020<sup>118</sup> se adoptó el protocolo general de bioseguridad. Este protocolo debe ser implementado por todas las actividades y sectores económicos con el propósito de proteger a los trabajadores, empleadores y sus familias, además de minimizar los factores que pueden generar la transmisión de la enfermedad. En los protocolos se establecen detalladamente los aspectos a considerar por cada empleador, trabajador, AR, Aprendiz, cooperado, afiliado, contratante o contratista de los diferentes sectores económicos, productivos y entidades gubernamentales que sean autorizadas para desarrollar sus actividades durante el período de la emergencia sanitaria. La aplicación de estos busca garantizar un distanciamiento físico, así como adecuados procesos de higiene y protección en el trabajo.

A su turno, la reactivación del sector transporte se dará en la medida en que los demás sectores se reincorporen a sus actividades. Para ayudar a su situación se incluyen dos medidas en el Decreto 575 de 2020, que deberán tener un tratamiento diferente. Respecto a los costos de operación dentro de las inversiones financiadas por parte de la Nación se deberán desmontar gradualmente con el fin de permitir a los operadores equilibrar los ajustes de costos que hasta el momento han sufrido por la emergencia del COVID-19. Respecto a las operaciones de crédito como fuentes de financiamiento, podrán exceder el tiempo de la emergencia y permanecer en el largo plazo.

Adicionalmente, debido a su trabajo articulador público-privado, el Centro de Logística y Transporte se ha consolidado como una importante herramienta de gestión del Ministerio de Transporte, por lo que en el marco de la reactivación económica del país, posterior a la emergencia económica, es pertinente analizar la posibilidad de su mantenimiento y consolidación, debido a los buenos resultados que éste ha brindado.

Para la reapertura del sector CIT, el Gobierno nacional se encuentra trabajando conjuntamente con los gremios, autoridades regionales de turismo y expertos en el diseño del plan de reactivación del sector turismo en cuatro grandes temáticas: (i) certificaciones de bioseguridad turística, (ii) apoyo económico para la recuperación del sector turístico y aeronáutico, (iii) campañas de promoción nacional e internacional, y (iv) Competitividad

---

<sup>118</sup> Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.

empresarial y gobernanza turística. Este plan tiene el propósito de fomentar la confianza de viajeros y consumidores, generar liquidez y apoyar al sector empresarial, iniciar la recuperación del turismo nacional y el posicionamiento de Colombia en el exterior como destino turístico y aumentar progresivamente la competitividad e innovación del sector.

#### 5.3.4. Fortalecimiento de las finanzas públicas

Como se mencionó previamente, otro de los choques generados por el COVID ha sido la necesidad de realizar un mayor gasto público para enfrentar la emergencia sanitaria y económica actual. En este sentido, el incremento del gasto total del GNC responde, principalmente, a las mayores necesidades generadas para la atención de la emergencia. En efecto, en el marco de la emergencia sanitaria y económica, el Gobierno nacional expidió el Decreto 444 del 21 de marzo de 2020<sup>119</sup>, mediante el cual se creó el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), con el fin de atender las demandas de gasto generadas a raíz del COVID-19 en la atención de la emergencia sanitaria en el sistema de salud, las transferencias dirigidas a la población vulnerable y protección del empleo y la reactivación económica para de esta manera aliviar los efectos económicos negativos de esta coyuntura. En total se estiman a la fecha, mayores gastos para la atención de la emergencia por 2,9% del PIB.

Actualmente, los usos de los recursos del FOME han tenido como principal destinación las medidas para el fortalecimiento del sistema de salud, el Programa Apoyo Empleo Formal (PAEF) y las transferencias monetarias a hogares vulnerables. En efecto, se han apropiado

8.243 mm de pesos para la atención en salud; 5.221 mm de pesos en distintos apoyos a la nómina, como el programa PAE, subsidio a la prima y apoyo a trabajadores con contratos suspendidos; 4.231 mm de pesos en asistencia humanitaria<sup>120</sup>, y se tienen otros recursos por un monto total de 7.675 mm de pesos<sup>121</sup>. En total, los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación alcanzan los 25.370 mm de pesos. El FOME contempla

<sup>119</sup> Por el cual se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>120</sup> Los recursos que se incluyen en este rubro se distribuyen de la siguiente manera: 1.466 mm de pesos de tres giros del Programa de Ingreso Solidario, tres giros extraordinarios de programas sociales distribuidos en 1.187 mm de pesos de Familias en Acción, 417 mm de pesos de Colombia Mayor y 305 mm de pesos de Jóvenes en Acción, 400 mm de pesos de compensación de IVA y otras medidas para la atención de la población vulnerable por 516 mm de pesos, que incluyen apoyo a la financiación de los beneficios económicos del mecanismo de protección al cesante, lista de espera Colombia Mayor, asistencia colombianos en el exterior y asistencia humanitaria alimentaria.

<sup>121</sup> Recursos solicitados, pendientes por afectación.

adicionalmente recursos por 6.326m de pesos que no corresponden a transacciones de gasto fiscal, pero sí de usos para atender la emergencia<sup>122</sup>.

### Fortalecimiento de las finanzas públicas de las entidades territoriales

El Gobierno nacional ha sido consciente de que la crisis sanitaria originada por la pandemia del COVID-19 incide directamente en las finanzas gubernamentales de todos los niveles. En el corto plazo genera problemas de liquidez en las administraciones centrales territoriales y desequilibrios en la financiación de su estructura de gastos; además, impone restricciones en materia de endeudamiento para 2021 y 2022. En respuesta a ello, se han tomado medidas para contribuir a que las entidades territoriales cuenten con medios para enfrentar y amortiguar las dificultades financieras mencionadas.

La expedición del Decreto 461 de 2020<sup>123</sup> y el Decreto 678 de 2020<sup>124</sup> tiene como objetivo mejorar la liquidez en los años 2020, 2021 y 2022, a través de créditos de tesorería, el uso de los recursos del balance o la reorientación de algunos gastos financiados con ingresos corrientes de libre destinación. Es indudable, según la DGAJ del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que la caída en los ingresos y las mayores obligaciones podrían conllevar retos en términos de la disciplina fiscal emanadas de la Ley 617 de 2000<sup>125</sup>

y la Ley 358 de 1997<sup>127</sup>. Razón por la cual el Decreto 678 de 2020 flexibilizó el cumplimiento de dichos indicadores para favorecer el financiamiento de las entidades territoriales y suspendió algunas de las medidas que se tomarían debido a la posibilidad de incumplimiento de las normas mencionadas.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público elaboró y puso a disposición de todos los secretarios de hacienda del país una herramienta que les ayuda a estimar las afectaciones

---

<sup>122</sup> Estos corresponden al financiamiento de servicios públicos domiciliarios para estratos del 1 al 4, y medidas para la reactivación económica por medio de Bancóldex y Findeter, principalmente. Todas estas transacciones corresponden a la adquisición de activos financieros por parte del GNC.

<sup>123</sup> Por medio del cual se autoriza temporalmente a los gobernadores y alcaldes para la reorientación de rentas y la reducción de tarifas de impuestos territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020.

<sup>124</sup> Por medio del cual se establecen medidas para la gestión tributaria, financiera y presupuestal de las entidades territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 637 de 2020.

<sup>125</sup> Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público "Implicaciones presupuestales y fiscales derivadas de la pandemia del Covid-19 para las entidades territoriales". Bogotá, mayo 18 de 2020.

<sup>126</sup> Por la cual se reformó parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

<sup>127</sup> Por la cual se reglamenta el artículo 364 de la Constitución y se dictan otras disposiciones en materia de endeudamiento.

que tendrían las entidades en los ingresos, en los gastos y en los límites vigentes sobre Gastos

de Funcionamiento y capacidad de endeudamiento por cuenta de COVID-19. Además, se expidieron diversas normas, entre las cuales el Decreto 678 de 2020 se constituye en el instrumento de política que ofrece alternativas concretas para que las entidades puedan enfrentar y mitigar las dificultades mencionadas con medidas que incluyen:

- Ampliar el alcance que tenía el Decreto 461 de 2020 respecto a la reorientación de rentas con destinación específica, recursos del balance y excedentes financieros o utilidades de empresas para atender la emergencia.
- Incremento del 8,33 % al 15 % el límite de los ingresos presupuestados para los créditos de tesorería como proporción de los ingresos corrientes y ampliar la posibilidad de pago hasta 31 de diciembre de la vigencia siguiente.
- Dar vía libre a créditos de reactivación económica y facilitar su trámite mediante el incremento transitorio del indicador de sostenibilidad de la Ley 358 de 1997<sup>128</sup> (deuda/ingresos corrientes) del 80 % al 100 %.
- Remover restricciones o “sanciones” para las entidades territoriales que incumplen los límites de gasto establecidos en la Ley 617 de 2000<sup>129</sup> derivadas de disminución de ICLD por causa de la crisis.
- Brindar alivios a contribuyentes mediante la concesión de facultades para diferir pago de tributos territoriales en 12 cuotas (hasta junio 2021), recuperación de cartera sin intereses, con reducciones de capital y con posibilidad de pagos hasta mayo de 2021.
- Ofrecer la posibilidad de desahorro extraordinario de recursos del Fonpet.

Adicionalmente el Decreto 512 de 2020<sup>130</sup> también otorgó a los mandatarios locales la potestad para realizar las adiciones, modificaciones, traslados y demás operaciones presupuestales a que haya lugar, únicamente para efectos de atender la ejecución de los recursos que, en el marco de sus competencias, sean necesarios para atender la emergencia.

Asimismo, el Decreto 441 de 2020<sup>131</sup> estableció que las entidades territoriales, para asegurar el acceso de manera efectiva a agua potable, podrán destinar los recursos del SGAPSB

<sup>128</sup> Por la cual se reglamenta el artículo 364 de la Constitución y se dictan otras disposiciones en materia de endeudamiento.

<sup>129</sup> Por la cual se reforma parcialmente la Ley 36 de 1994, el Decreto Extraordinario 222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

<sup>130</sup> Por el cual se autoriza temporalmente a los gobernadores y alcaldes para realizar movimientos presupuestales, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>131</sup> Por el cual se dictan disposiciones en materia de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo para hacer frente al Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 417 de 2020.

para financiar medios alternos de aprovisionamiento que cumplan con las características y criterios de la calidad del agua para consumo humano señalados en el ordenamiento jurídico.

En cuanto al Sistema General de Regalías, el Acuerdo 58 de 2020 estableció requisitos y lineamientos especiales para la destinación de sus recursos y la aprobación de proyectos de inversión orientados a conjurar las causas de la emergencia económica, social y ecológica.

En este sentido, el Decreto Legislativo 513 de 2020<sup>132</sup>, estableció que las etapas correspondientes a la priorización y aprobación, antes llevadas a cabo por los OCAD, así como la ejecución, estarán a cargo de las entidades territoriales beneficiarias de los recursos de asignaciones directas y fondo de compensación del 40%, con los que se financiarán dichos proyectos. Adicionalmente, la secretaría técnica del OCAD, función ejercida por el DNP hará la verificación de requisitos de los proyectos que pretendan su financiación con recursos del Fondo de compensación regional del 60% y el Fondo de Desarrollo Regional.

Adicionalmente, el Decreto Legislativo 683 de 2020<sup>133</sup> modificó los plazos para la presentación de los Planes de Desarrollo Territoriales para la vigencia 20-2023 hasta el 15 de julio de 2020. Este tiempo adicional busca que se puedan incluir en los procesos de planeación de las entidades territoriales ajustes relacionados con las medidas de emergencia generadas por la pandemia, así como también permitir la realización de ejercicios de participación ciudadana que exige la ley.

#### 4.4. Escenario de transición hacia la reactivación económica: estrategia de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenido (ERASS)

Las medidas sanitarias no son forzosamente antagónicas a las económicas. Chang y Velasco (2020) señalan que las medidas económicas pueden ser complementarias con las sanitarias. La tesis central de los autores es que la magnitud de la crisis no es enteramente exógena. En este orden de ideas, la estrategia óptima debe consistir en el balance adecuado entre las restricciones que prevengan una expansión rápida del virus, sin que ello lleve a costos económicos insostenibles, que además de tener consecuencias inmediatas para el bienestar social, también restarían efectividad de las medidas sanitarias.

Acemoglu et al. (2020) formulan una extensión al modelo estándar SIR (Susceptible-Infected-Recovered) con grupos heterogéneos, de suerte que permite modelar las tasas

---

<sup>132</sup> Por el cual se establecen medidas relacionadas con el ciclo de los proyectos de inversión pública susceptibles de ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

<sup>133</sup> Por el cual se adoptan medidas relacionadas con la aprobación de los Planes de Desarrollo Territoriales para el periodo constitucional 2020-2023, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

diferenciales de infección, hospitalización y fatalidad, con el fin de establecer la política óptima por grupos etarios. Calibrando el modelo a los parámetros aplicables a Estados Unidos, los autores encuentran que las políticas diferenciadas de aislamiento tienen resultados mucho más favorables que la mejor de las políticas de aislamiento uniforme.

Además, se encuentra evidencia sólida a favor de la optimalidad de establecer como estrategia las políticas focalizadas a limitar interacciones físicas e incrementar el testeo y el aislamiento de las personas infectadas para minimizar simultáneamente el número de muertes

y la magnitud de las pérdidas económicas. En esa línea, Kucharski et al. (2020) establecen que la combinación de medidas más efectiva para controlar la transmisión de casos de COVID-19 es la de aislamiento social moderado de la mano de cuarentena en hogares con casos confirmados y técnicas de rastreo y testeo de contactos realizados por infectados. Estos datos parten de la realización del modelo matemático en el que se analiza los patrones de contacto y posible transmisión de contacto de más de 40.000 individuos en el Reino Unido

Por su parte, Salanthé et al. (2020) analiza la importancia del testeo, el rastreo de contactos y el aislamiento de casos confirmados como herramienta para suprimir (es decir que el índice de transmisión sea menor a 1) el nivel de contagio en el país. Tomando las lecciones del caso exitoso de Corea del Sur, se demuestra cómo a pesar de que en el corto plazo las estrategias de testeo, rastreo y aislamiento de casos confirmados representan costos elevados, en el largo plazo, logran reducir el costo económico y social del aislamiento social. Por lo tanto, se concluye que esta estrategia permite mantener un nivel relativo de apertura social y económica mientras minimiza el daño a la salud general en la población.

Finalmente, con respecto a la efectividad del rastreo de contactos, Bilinski et al. (2020) evalúan, a través de un modelo epidemiológico simple, la efectividad de rastreo de contactos, con el fin de modificar algunas de las restricciones asociadas al aislamiento físico. Se concluye que, para maximizar los beneficios del rastreo de contactos se requiere asegurar una cobertura de al menos el 50 %, tanto en la detección de los casos sintomáticos no vinculados a un caso ya registrado, como en el seguimiento exitoso de los contactos.

Asimismo, los beneficios del rastreo de contactos podrían mejorarse con el testeo de todos los contactos en lugar de solo aquellos con síntomas y mediante políticas para promover el aislamiento voluntario.

#### 4.4.1. Definición

El aislamiento generalizado se utiliza para preparar y ampliar la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades que implican una pandemia, como es el caso de la generada por el virus SARS-CoV-2. Sin embargo, tal y como se mostró en la sección anterior, en el mediano plazo se evidencia la necesidad de diseñar esquemas que

ayuden en los procesos de reactivación económica y minimicen las pérdidas económicas y sociales.

Las experiencias internacionales muestran que varios países han diseñado estrategias de rastreo manual y tecnológico para lograr cortar las cadenas de contagio. Países como Corea del Sur ha expandido las capacidades de sus laboratorios y ha implementado un esquema exhaustivo de rastreo de contactos de la mano de agencias gubernamentales, empresas de tecnología y crediticias y, al igual que Islandia, han hecho del esquema de Testing, Tracing and Isolation (TTI) el pilar de su estrategia de lucha contra la pandemia. En esa misma línea, Alemania definió que cada región debe contar con un mínimo 5 rastreadores por cada 20.000 habitantes, Reino Unido inició con un equipo de 25.000 rastreadores. Adicionalmente, se desarrollaron aplicaciones móviles que coadyuven en el proceso de rastreo.

McKinsey (2020) muestra que los programas de rastreo y aislamiento pueden llegar a ser altamente costo efectivos, por esta razón este esquema están siendo utilizados en las fases de reapertura económica en países como Estados Unidos y Alemania. Así mismo, han sido incluidos dentro de las recomendaciones y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y otras organizaciones de salud pública.

En esa línea y siguiendo la literatura y experiencias internacionales, se propone implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) como esquema de transición para potenciar la reactivación económica. Esta estrategia será transversal al proceso de reactivación económica y permitirá superar el antagonismo que ha generado la pandemia entre salud y economía.

Esta estrategia se debe enfocar en tres frentes: (i) estabilizar una operación que garantice la mayor cantidad de pruebas PCR diarias para maximizar la identificación de positivos; (ii) escalar los esfuerzos de rastreo de contactos por medio de rastreo masivo y sistemático, (iii) aislar de manera selectiva a los casos positivos y sus contactos y mitigar las barreras que limitan el cumplimiento estricto del aislamiento.

Con respecto al componente 1 de la estrategia, actualmente las pruebas se vienen aplicando en su mayoría en los pacientes sintomáticos que ocasionan un valor cercano al 40

% de los contagios. El PRASS debe propender por incluir más portadores que no han desarrollado síntomas (presintomáticos), los cuales se estima generan alrededor de 45 % de las infecciones. El segundo componente se enfocará en reducir la tasa de contagio, que al comienzo de la pandemia era alrededor de 2,7 y ahora es de 1,3. El PRASS debe aunar esfuerzos para lograr una tasa igual o menor a uno. Finalmente, la identificación y



aislamiento del contagiado y sus contactos durante 14 días permitirá romper con la cadena de contagio.

Para lograr la efectividad del componente del aislamiento selectivo ~~sostenible~~, es necesario identificar todas las barreras que impiden que los contactos de alto riesgo cumplan de manera estricta el aislamiento y, posteriormente, definir la oferta que ayude a resolver cada una de las barreras. Teniendo en cuenta que la efectividad de este componente depende de la oportunidad con la que se ofrezcan alternativas a los contactos de alto riesgo, es necesario articular toda la información necesaria para caracterizar y determinar el tipo de ayuda que necesita esta población. De manera paralela, se debe implementar un esquema que, haga complementarias y pertinentes a las necesidades de la estrategia PRASS, algunas transferencias de carácter social, las transferencias otorgadas por el Sistema de Salud y otras creadas en el marco de la emergencia sanitaria y la emergencia económica, social y ecológica. Finalmente, el Ministerio del Trabajo debe explorar las alternativas ~~por~~ medio del Sistema General de Riesgos Laborales para aquellos trabajadores dependientes que, siendo contactos de alto riesgo y al tener que aislarse, no pueden teletrabajar.

La estrategia PRASS vinculará a los diferentes entes territoriales y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como ejecutores e implementadores, de acuerdo con su capacidad financiera y de gestión, para lo cual se deberán adelantar pilotos que permitan potenciar y ajustar el escalamiento de la estrategia. Adicionalmente, se debe estimar el costo y las capacidades necesarias para la implementación y asegurar los recursos para su implementación efectiva.

El diseño e implementación de la estrategia estará liderada por el Ministerio de Salud que establecerá los lineamientos para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ejecución de la Estrategia PRASS, apoyará la articulación con las entidades territoriales, la asistencia técnica y el desarrollo de capacidades conforme a sus competencias. Además, articulará el aseguramiento, en lo que corresponda para la población objeto de la estrategia. Así mismo, ~~apoyará~~ la transferencia o interoperabilidad de información y bases de datos para garantizar la correcta operación del Programa PRASS.

Las entidades que apoyarán este proceso ~~de~~ acuerdo con sus competencias y procesos misionales son: Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, Instituto Nacional de Salud, Ministerio del Interior, Ministerio del Trabajo, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, Gobernaciones y Alcaldías y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

—

## Figura 6. Resumen de la estrategia PRASS

Fuente: Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing, Research Paper Published by Oxford University in [www.science.org](http://www.science.org) Coronavirus: How to do Testing and Contact Tracing por Tomas Pueyo

### 4.4.2. Estrategia de Vacunación COVID-19

Con el fin de lograr acceso oportuno de la población a una vacuna segura y eficaz para prevenir la infección por SARS-CoV-2/Covid-19, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en marcha una estrategia con múltiples mecanismos de negociación para la adquisición de las dosis necesarias que procuren el abastecimiento del país. Esta estrategia complementa el PRASS por cuanto permite la adopción de medidas progresivas para lograr la inmunización de la población, mientras se priorizan poblaciones específicas para aplicarles la vacuna.

En la competencia para obtener la vacuna contra el COVID-19 se encuentran más de 164 candidatas en el mundo (OMS, 2020), las cuales deben pasar por diferentes fases, desde la preclínica, hasta su aprobación, antes de que sean distribuidas alrededor del mundo. Con el fin de lograr acceso y suministro temprano de dosis de vacunas al país, es necesario invertir con algún riesgo en la capacidad de producción de algunos de estos proyectos mientras aun están en curso. Dada la competencia internacional por acceso a dosis, el país ha optado por tres alternativas de negociación: (a) mecanismos de negociación directa con los laboratorios más avanzados en el desarrollo de la vacuna; (b) mecanismos multilaterales para tener acceso a un portafolio de potenciales vacunas seguras y eficaces a un precio negociado a través de economías de escala; (c) análisis de posibles estrategias de producción propia para una eventual fabricación y/o maquila de dosis en el territorio.

En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social presentará una manifestación de interés al mecanismo multilateral COVAX (COVAX Facility) mediante una carta de intención no vinculante. COVAX es una iniciativa que tiene como objetivo incentivar a los fabricantes de vacunas COVID-19 a proporcionar dosis a precios asequibles para los países en desarrollo, al garantizarles un volumen de compra. Esta es una iniciativa de la Alianza global para vacunas e inmunizaciones GAVI-que recibe financiación a través de aportes y donaciones de países y organizaciones multilaterales y entidades como CEPI (*Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*). Este mecanismo se fundamenta en el modelo teórico de compromiso de compra anticipada (*Advanced Market Commitment* AMC), el cual garantiza un precio fijo, cerca al costo marginal, a cambio de una demanda garantizada que incentiva la producción<sup>134</sup>. De esta forma en una primera fase el país recibiría el suministro de suficientes dosis de vacunas para inmunizar a cerca del 20% de la población del país, a medida que estén disponibles y sujeto al éxito de las vacunas.

Adicionalmente el Ministerio de Salud y Protección Social realizará negociaciones bilaterales con algunas farmacéuticas para negociar la compra anticipada de dosis para el país, y revisará la viabilidad de que se realice transferencia de tecnología y desarrollo de capacidades para la producción local de dosis en 2021 y se revisará la posibilidad de que actores privados puedan participar con recursos y donaciones en este esquema.

#### 4.5. Seguimiento

El Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (Dapre) en coordinación con la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas (DSEPP) del Departamento Nacional de Planeación (DNP) definirán el esquema de monitoreo y seguimiento a las medidas establecidas en los decretos suscitados ante emergencia económica, social y ecológica suscitada por el COVID-19. La definición de dicho esquema comprenderá la priorización de las medidas objeto de seguimiento, la periodicidad para el reporte y los lineamientos para la consolidación y análisis de la información reportada.

El Dapre y el DNP deberán reportar el avance en la definición del esquema de seguimiento de acuerdo con los parámetros establecidos en el formato de plan de acción y seguimiento (PAS) que se encuentra en el Anexo A.

#### 4.6. Financiamiento

---

<sup>134</sup> Este modelo se utilizó para el desarrollo de la vacuna tetravalente neumococo en países en desarrollo (Kremer & Snyder., 2020)

Para efectos del cumplimiento de los objetivos establecidos, las entidades involucradas en su ejecución han gestionado y priorizado los recursos necesarios para la financiación de las medidas, en el marco de sus competencias, acorde con el Marco de Gasto de Mediano Plazo y los marcos fiscales pertinentes.

## 5. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES):

1. Aprobar la *Estrategia de respuesta inicial ante los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre la salud pública, los hogares, el aparato productivo y las finanzas públicas* su correspondiente Plan de Acción y Seguimiento (PAS).
2. Solicitar a las entidades del Gobierno nacional involucradas en este documento priorizar recursos para la puesta en marcha del plan de acción, de acuerdo con el Marco de Gasto de Mediano Plazo del respectivo sector y en el marco de sus competencias.
3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación consolidar y divulgar la información del avance de las acciones según lo planteado en el Plan de Acción y Seguimiento (Anexo A).
4. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social diseñar e implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), con el apoyo del Departamento Administrativo de la Presidencia de República (Dapre), la Gerencia del COVID, el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.
5. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación (DNP) y al Departamento Administrativo de la Presidencia de República (Dapre) definir el esquema de monitoreo y seguimiento de las medidas establecidas en los decretos relacionados con la emergencia económica, social y ecológica causada por el COVID-19. Asimismo, se les solicita priorizar las medidas y decretos que serán objeto de seguimiento a través de dicho esquema

Documento  
CONPES 4038  
CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y  
SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

DECLARACIÓN DE IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL PROYECTO  
MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA A  
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NACIONAL PARA  
LA CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL  
DE ALTA COMPLEJIDAD *CAROLINA LARRARTE - NUESTRA SEÑORA DE  
LOS REMEDIOS* DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Departamento Nacional de Planeación  
Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Salud y Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 19 de julio de 2021

## CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

Iván Duque Márquez  
Presidente de la República

Marta Lucia Ramírez Blanco  
Vicepresidenta de la República

Daniel  
PalaciosMartínezMinistro  
del Interior

José Manuel Restrepo Abondano  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Diego Molano Aponte  
Ministro de Defensa Nacional

Fernando Ruíz Gómez  
Ministro de Salud y Protección Social

Diego Mesa Puyo  
Ministro de Minas y Energía

María Victoria Angulo  
GonzálezMinistra de Educación  
Nacional

Jonathan Tybalt Malagón González  
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio

Ángela María Orozco  
GómezMinistra de Transporte

Lina María Barrera  
RuedaMinistra del  
Deporte(E)

Marta Lucia Ramírez Blanco  
Ministra de Relaciones Exteriores

Wilson Ruiz Orejuela  
Ministra de Justicia y del Derecho

Rodolfo Enrique Zea Navarro  
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Ángel Custodio Cabrera  
BáezMinistro del Trabajo

María Ximena LombanaVillalba  
Ministro de Comercio, Industria y Turismo

Carlos Eduardo CorreaEscaf  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Karen Cecilia Abudinen Abuchaibe  
Ministra de Tecnologías de la Información y las  
Comunicaciones

Angélica María Mayolo  
ObregónMinistra de Cultura

Tito José CrissienBorrero  
Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación

Luis Alberto Rodríguez Ospino  
Director General del Departamento Nacional de Planeación

Daniel Gómez Gaviria  
Subdirector General Sectorial

Amparo García Montaña  
Subdirectora General Territorial

## Resumen ejecutivo

El presente documento pone a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la declaratoria de importancia estratégica del proyecto de inversión *Mejoramiento de la Capacidad Instalada Asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional*, para la *Construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad Carolina Larrarte - Nuestra Señora De Los Remedios* del departamento de Risaralda. La construcción y dotación del referido hospital se enmarca en las políticas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 *Pacto Por Colombia, Pacto por la equidad*, expedido mediante la Ley 1955 de 2019<sup>1</sup> y responde las necesidades de atención en salud, referidas para fortalecer el acceso efectivo y la integralidad de la atención en salud, en la población de la región.

Debido al incremento de la población mayor del Eje Cafetero, caracterizada por un perfil epidemiológico que prioriza las enfermedades crónicas y de alto costo, dada la debilidad de la oferta de servicios en su red de prestadores en mediana y alta complejidad, en especial desde la perspectiva del departamento del Chocó, hace necesario contar con instituciones que complementen los servicios de su población.

En este contexto, acogiendo la iniciativa regional de los departamentos de Quindío, Risaralda, Caldas y Chocó, es necesario desarrollar un proyecto de inversión con el objetivo de construir el Hospital Regional de Alta Complejidad del Eje Cafetero y garantizar su dotación de tal forma que permita garantizar la atención integral, continua, oportuna, resolutoria y de calidad en salud para la población de estos departamentos. Es así como, conforme a los estudios de prefactibilidad disponibles a la fecha, el proyecto permitirá aportar cerca de 330 camas de las cuales 40 serían de Unidades de Cuidado Intermedio y 78 de Unidades de Cuidado Intensivo, entre otros servicios, con investigación, innovación en salud, lo cual fortalecerá las capacidades de la región. Para el efecto, conforme al aval del Consejo Superior de Política Fiscal, esta declaratoria estratégica permitirá concretar el trámite de vigencias futuras excepcionales, para financiar desde la Nación más allá del periodo de Gobierno, con recursos por 199.648 millones de pesos para la vigencia 2022, 200.939 millones para el 2023 y 199.383 millones de pesos para la vigencia de 2024.

Clasificación: I11, I12, I18

Palabras clave: IPS de Alta complejidad y Alto costo, Accesibilidad, Oportunidad, Docencia Servicio, Investigación Clínica.

---

<sup>1</sup> En el marco de la línea *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos* del *Pacto por la Equidad: Política Social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados*



## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud colombiano se caracteriza por una marcada fragmentación en la atención en salud. Esta se hace evidente en la falta de intercambio de información entre prestadores y aseguradores, en las barreras que enfrentan los pacientes para las ~~series~~, en la falta de comunicación entre los diferentes prestadores y en los reprocesos. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptó mediante la Resolución 429 de 2016<sup>2</sup> la Política de Atención Integral en Salud (PAIS.) Esta tiene como objetivo crear un modelo de salud que permita brindar una atención integral entendiendo esta última como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar ~~acceso~~ al derecho a la salud.

Uno de los principales ~~retos~~ en atención en salud de la región del Eje Cafetero y Chocó es que no cuenta con una oferta de servicios especializada para atender las necesidades presentes de atención de enfermedades de alta complejidad y alto costo, y tampoco cuenta con la capacidad instalada necesaria para afrontar la creciente demanda de estos servicios producto del acelerado proceso de envejecimiento de la población del Eje Cafetero.

En este sentido, a través de la construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad *Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios* en el Departamento de Risaralda, se busca garantizar una atención en salud integral, continua, oportuna, resolutive y de calidad para la población de los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda y ~~Chocó~~ a través de la cobertura y capacidad de atención para pacientes con enfermedades de alta complejidad y alto costo. Este proyecto permitiría atender la demanda presente y futura de patologías o enfermedades catastróficas, que solo son atendidas por ~~entidades~~ de salud clasificadas como de alta complejidad.

De esta manera, el presente documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la declaración de importancia estratégica del Proyecto de Inversión *Mejoramiento de la Capacidad Instalada Asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional para la construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios* del Departamento de Risaralda, que para su ejecución requiere de esfuerzos fiscales que ~~afecten~~ el presupuesto de vigencias futuras en cumplimiento de lo establecido en el artículo 11 de la Ley 819 de 2003<sup>3</sup> y de conformidad con el artículo 2.8.1.7.1.3. del Decreto 1068 de 2015.

---

<sup>2</sup> Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud

<sup>3</sup> Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones

<sup>4</sup> Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

El presente documento se desarrolla en cinco secciones, incluida esta introducción. En la segunda sección se presentan los antecedentes y la justificación de la construcción y dotación del Hospital Regional. La tercera sección presenta el diagnóstico al respecto de la suficiencia de servicios especializados para la atención de enfermedades de alto costo y alta complejidad. Posteriormente, se realiza una descripción general del proyecto, en la que se presenta el objetivo general, los beneficios, el esquema de seguimiento y el modelo de financiación. Finalmente, en la quinta sección, se exponen las recomendaciones.

## 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud conformado a partir de la Ley 100 de 1993<sup>5</sup>, ha venido desarrollándose desde diferentes perspectivas y una de ellas es la consolidación de la prestación de los servicios de salud. La consolidación de la cobertura universal del aseguramiento y la unificación de planes de beneficios en salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, demandan fortalecer el acceso efectivo a los servicios de salud. Las debilidades de la oferta de servicios y su disponibilidad evidencian la importancia de promover el desarrollo de proyectos de inversión que contribuyan a ampliar la oferta de servicios para toda la población.

La Ley Estatutaria de salud, Ley 1751 de 2015<sup>6</sup>, que desarrolla el alcance del derecho a la salud, reconoce, entre otros aspectos, como elementos esenciales la disponibilidad o existencia de servicios, tecnologías e instituciones de salud y su accesibilidad económica y física. Asimismo, esta ley reconoce la integralidad de la atención en salud como elemento fundamental para prevenir, paliar o curar la enfermedad, en donde no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en detrimento de la salud del usuario. Esto exige el desarrollo de capacidades y condiciones adecuadas para responder en forma integral a las necesidades de salud de toda la población.

En este mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó la PAIS<sup>7</sup> como el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centran el sistema de salud en el ciudadano, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria.

---

<sup>5</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>6</sup> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>7</sup> Definida en la Resolución 429 de 2016, modificada por las resoluciones 489 y 2626 de 2019.

Dicha política articula el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de políticas de salud pública a través de estrategias como la atención primaria en salud; mediante la cual, se establece la coordinación necesaria para brindar una atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas. Esto con el objetivo de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, respetando las competencias legales de cada actor del sistema de salud a través de los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social comunitaria y ciudadana.

Por otro lado y como parte del contexto general, resulta relevante mencionar que la prestación de servicios en salud en el país cuenta con un marco legal robusto en torno a la garantía de calidad en la prestación de los servicios, de los procesos requeridos para la inscripción y habilitación de un prestador de servicios de salud, que va más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, de forma tal que se propenda por el cumplimiento general de los principios y elementos esenciales del derecho a la salud. Es así como mediante el Decreto 1011 de 2008 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud que está conformado por cuatro componentes: (i) sistema único de habilitación; (ii) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud; (iii) sistema único de acreditación; y (iv) sistema de información para la calidad.

Adicionalmente, el Gobierno nacional ha reconocido la necesidad de responder a las debilidades de la oferta de servicios para mejorar el acceso y la calidad. Para esto el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad* establece el objetivo de aumentar la infraestructura y dotación en salud como soporte al acceso efectivo y la calidad en el marco de la línea *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos del Pacto por la Equidad: Política Social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados*.

En el mismo sentido el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta en el Presupuesto General de la Nación con el proyecto de inversión *Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de Servicios de Salud Nacionales*<sup>9</sup>. Este fue definido para fortalecer

<sup>8</sup> Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>9</sup> Adicionalmente a través de las Resoluciones 3100 de 2019 y 2215 de 2020 se definen los procedimientos, condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y la habilitación de los servicios de salud así como el manual de inscripción de prestadores y habilitación de Servicios de Salud.

<sup>10</sup> Registrado en el Banco único de Proyectos de Inversión Nacional mediante BPIN 2018011000036

la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado (ESE), desde la prestación de servicios de salud mediante la cofinanciación de proyectos de infraestructura física en salud y dotación hospitalaria, y el fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio Direcciones Territoriales de Salud y las SE en la formulación e implementación de lineamientos para la dirección y gestión integral de dichas inversiones.

En este contexto y como parte de una innovadora iniciativa de carácter regional en la atención de salud para la región del Eje Cafetero y el Departamento del Chocó, se ha desarrollado la propuesta de consolidar un Hospital Regional de Alta Complejidad (HRAC) que pueda contribuir a fortalecer la oferta de servicios de salud, el acceso de la población con un perfil que requiera el desarrollo de servicios de muy alta complejidad, en aquellos no cubiertos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de los departamentos de Chocó, Quindío, Risaralda, Caldas, que a su vez, sea un referente de investigación e innovación y un centro de excelencia. Este proyecto ha sido priorizado en el artículo 116 de la Ley 2063 de 2020<sup>11</sup>, asignando recursos que incluyen compromisos de vigencias futuras.

El proyecto ha sido desarrollado por la Gobernación de Risaralda, acorde con las competencias de atribuidas por la Ley 715 de 2001, que recibió recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para la estructuración del proyecto en dos fases de conformidad con lo establecido en la Resolución 1092 de 2020<sup>3</sup> (modificada por las resoluciones 2455 de 2020 y 406 de 2021)<sup>14</sup>. En relación con los avances en la estructuración del proyecto, la Gobernación ha avanzado con la realización de cinco productos que hacen parte de la fase b de prefactibilidad<sup>5</sup>. A la fecha de aprobación de este Documento CONPES se están elaborando los estudios de la fase de factibilidad que

---

<sup>11</sup> Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

<sup>12</sup> Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

<sup>13</sup> Por el cual se efectúa una asignación de recursos al departamento de Risaralda del proyecto de inversión "Apoyo a entidades territoriales y ESE en proyectos que mejoren la capacidad resolutiva en la prestación de servicios de salud Nacional".

<sup>14</sup> Vale anotar que el Ministerio de Salud y Protección Social dirige el Sector Salud conforme al Decreto 4607 de 2011 y en este contexto, además de definir las resoluciones de asignación de recursos las fases de desarrollo del proyecto, ha brindado asistencia técnica a la Gobernación de Risaralda con el fin de avanzar en la consolidación del proyecto, resaltando la importancia de la socialización del proyecto con los departamentos involucrados.

<sup>15</sup> Estudio 1: Estudio socio epidemiológico (Gobernación de Risaralda, 2021a). Estudio 2: Estudio de Red y de Mercado (Gobernación de Risaralda, 2021b.) Estudio 3: Plan Estratégico (Gobernación de Risaralda, 2021c.) Estudio 4: Modelo financiero (Gobernación de Risaralda, 2021d.) Estudio 5: Estudio Jurídico para el funcionamiento y conformación del Hospital (Gobernación de Risaralda, 2021e)

desarrollan los aspectos técnicos, sociales, jurídicos y financieros del proyecto. Por lo tanto, se encuentran en desarrollo a la fecha de aprobación de este documento: el programa médico arquitectónico, los estudios físicos y técnicos requeridos para la construcción de infraestructura especializada, el impacto ambiental, los diseños y planos, el listado de equipos biomédicos e industrial hospitalario requeridos para la operación y la administración del proyecto.

De acuerdo con los resultados de los estudios de factibilidad (fase I), se estima que el proyecto podría tener cerca de 330 camas de las cuales 40 serían de Unidades de Cuidado Intermedio y 78 de Unidades de Cuidado Intensivo, entre otros servicios, lo que permitirá ampliar la capacidad de la región.

## 2.1. Justificación

La región del Eje Cafetero exhibe un comportamiento demográfico con un envejecimiento acelerado de la población, que potencialmente es más vulnerable a requerir servicios de alta complejidad de acuerdo con sus cuadros patológicos. Se observan índices de envejecimiento mayores al 60% en Caldas, Quindío y Risaralda hacia el año 2040 (Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] citado en (Gobernación de Risaralda, 2021a)), se espera que ese patrón se refuerce aún más debido a la migración de personas adultos mayores provenientes de diferentes regiones del país. En este sentido, se espera en las próximas décadas que en la región del Eje Cafetero se incrementen significativamente las consultas por enfermedades crónicas no transmisibles de alto costo como, por ejemplo: infarto agudo de miocardio, neoplasias de diversos tipos, complicaciones de diabetes e hipertensión, enfermedades del sistema respiratorio, patologías de origen neurológico, patologías endocrinas y metabólicas y sus complicaciones.

En consecuencia, se resalta la importancia de contar con un HRAC que contenga la infraestructura, los servicios, la tecnología y el capital humano idóneo para la atención de dichas condiciones propias de población adulta mayor. En este sentido, es importante tener en cuenta que el HRAC para los departamentos de Risaralda, Caldas, Quindío y Chocó contará con un portafolio de servicios definido a partir de la tendencia demográfica, los resultados y proyecciones obtenidos en el estudio epidemiológico, en el estudio de mercado y del análisis del sector<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Gobernación de Risaralda (2021g)

<sup>17</sup> Estos estudios hacen parte de la primera fase del proyecto

### 3. DIAGNÓSTICO

En la región del Eje Cafetero y el departamento del Chocó se ha identificado una insuficiencia y fragmentación de la oferta de servicios especializados para la atención de enfermedades de alta complejidad y alto costo. Lo anterior está explicado por un lado, por la carga de enfermedades crónicas que se encuentra en aumento en la región, debido a un cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población para los departamentos de Risaralda, Caldas y Quindío. Por otro lado, la insuficiencia de capacidad instalada y de oferta de servicios para la atención de enfermedades de alto costo y alta complejidad en la región del Eje Cafetero y el departamento del Chocó.

En efecto, la Región del Eje Cafetero se caracteriza por registrar un índice de envejecimiento más acelerado que el resto del país de acuerdo con la información del Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE, en 2019, el 18 % de la población de esta región eran personas mayores, muy por encima de la cifra nacional que se ubicaba en 13,4 % (Tabla 1). En relación con el índice de envejecimiento que hace referencia al número de adultos mayores por cada 100 jóvenes entre 0 y 15 años, encontramos que, para Caldas, Quindío y Risaralda, estos índices corresponden a 67, 73 y 63 respectivamente, cifras que ponen de presente que estos departamentos tienen las mayores tasas de envejecimiento del país.

Tabla 1. Porcentaje de la población mayor a 59 años en los años 2015 y 2019

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, DANE (2019).

Lo anterior tiene un impacto sobre la demanda de servicios especializados para el cuidado de la población, así como el aumento de enfermedades crónicas. En la Tabla 2, se presentan las primeras siete causas de morbilidad en el Eje cafetero y el Chocó. Se destacan las enfermedades respiratorias que muestran una alta frecuencia y una relativa gravedad (sexto lugar en el indicador de años de vida potencialmente perdidos), las cuales generan una alta carga de enfermedad pues demandan gran cantidad de atención. Por otra parte, debe considerarse el componente materno perinatal que aparece como primera causa de egresos hospitalarios (magnitud alta) y aporta a la gravedad por la mortalidad temprana del período perinatal.

Tabla 2. Problemas de salud frecuentes en el Eje Cafetero y en el Chocó

Adicionalmente, de acuerdo con las tipologías que se plantean para la conformación de las redes de los departamentos, se encuentra una oferta de prestadores observada en la Tabla 3. De acuerdo con esta información, existen 75 empresas sociales del Estado de baja complejidad, 12 de mediana complejidad y 3 de alta complejidad en la región, y en algunos casos se cuenta con operación privada de la oferta pública. No obstante, dentro de la oferta de la región no se cuenta con unidades funcionales de cáncer infantil y de adultos habilitadas en el territorio y solamente se cuenta con un centro de referencia para farmacia para la atención de enfermedades huérfanas en Pereira.

Tabla 3. Clasificación de los prestadores de salud públicos según tipo de complejidad

La provisión de los servicios de la región cuenta con todos los niveles de atención, pero de manera particular se centra en instituciones públicas de primer nivel de atención, lo que puede llegar a garantizar la atención en lo correspondiente al componente primario. Por tanto, el componente complementario tiende a ser más limitado que conlleva que los departamentos de la región deban soportarse en términos de la gestión de la prestación de los servicios en otros departamentos u otras regiones tanto de prestadores públicos como privados. En estos casos, se destaca el departamento de Chocó, que requiere hacer mayores referencias a los departamentos de Antioquia, Valle y Risaralda; el departamento de Quindío realiza remisiones al Valle, Risaralda y Caldas; y por su parte, Risaralda refiere al Valle y en baja frecuencia al departamento de Caldas.

En este sentido, como consecuencia de que la actual demanda de servicios desborda la capacidad de oferta de la red pública de prestadores de servicio, la población de estos departamentos se ve obligada a desplazarse a otras regiones generando costos financieros y sociales para los actores del sector. De acuerdo con la información del Ministerio de Salud

y Protección Social para el 2018 la cantidad de personas con enfermedades de alto costo procedentes del Eje Cafetero y del departamento de Chocó atendidas en los sistemas de salud del resto del país, ascendió a 39.118 personas, evidenciando un crecimiento de 3,76 % frente al registro del 2015 (37.702 personas) y de 25,3% frente al 2017 (31.224 personas).

Si se analiza la oferta pública con un mayor nivel de complejidad se puede contabilizar en el componente público 13 empresas sociales del Estado, con un total de 129 servicios clínicos de mediana y alta complejidad habilitados según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (Tabla 4). En este caso se puede identificar que el 69,7 % de la oferta pública de mediana y alta complejidad está concentrada en los grupos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y consulta externa.

Tabla 4. Distribución de los servicios de mediana y alta complejidad en la región del Eje Cafetero y el Chocó en 2021

Servicios	Número	Porcentaje Apoyo diagnóstico y complementación
-----------	--------	--

En sentido general, para garantizar la atención en salud de la población y la configuración de la oferta de acuerdo a las necesidades de atención, es necesaria la construcción de un hospital de carácter regional no solamente para la articulación del proceso de atención en salud, sino también para garantizar la atención integral principalmente a los pacientes, acorde con las rutas de atención en salud, los grupos de riesgo, para servicios, intervenciones o procedimientos de alta complejidad o intervenciones en salud con oferta regional insuficiente, y para la integración en las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) habilitadas por las entidades autorizadas en la



operación del aseguramiento en salud en cada uno de los departamentos que conforman la región.

#### 4. DEFINICIÓN DE POLÍTICA

##### 4.1. Objetivo general

Construir el Hospital Regional de Alta Complejidad “Carolina Larrarte-Nuestra Señora De Los Remedios” en el departamento de Risaralda y garantizar su dotación, de forma que permita garantizar la atención integral, continua, oportuna, resolutive y con calidad en salud para la población de los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda y Chocó.

##### 4.2. Plan de acción

A continuación, se presenta la descripción de las acciones que se llevarán a cabo en el marco del proyecto HRAC Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios

- (i). Solicitud de los recursos de vigencias futuras excepcionales que garanticen los recursos para el proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará dicho proceso antes del 15 de agosto. Posteriormente deberá adelantar todo el proceso necesario para la aprobación de dichas vigencias.
- (ii). Definición de la hoja de ruta que permita la ejecución del proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de la definición de esta hoja de ruta y/o el desarrollo de los convenios a que hubiere lugar según se determine, antes del 31 de diciembre de 2021. En todo caso la asignación de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social será consistente con esta hoja de ruta establecida.
- (iii). Consolidación del proyecto en etapa de factibilidad. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la entidad territorial y en el marco de sus competencias consolidarán los estudios y realizarán la viabilización en factibilidad del proyecto antes del 31 de diciembre de 2021.
- (iv). Desarrollo de la ejecución de proyecto. La entidad ejecutora desarrollará las etapas para la realización del proyecto desde 2022 hasta 2024.
- (v). Seguimiento del proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de hacer el seguimiento a las acciones del proyecto, para lo cual podrá requerir la información correspondiente a las entidades territoriales participantes del proyecto.

##### 4.2.2. Descripción del proyecto

El proyecto de acuerdo con sus estudios de prefactibilidad disponibles a la fecha<sup>19</sup>, estima la construcción de un hospital de alta complejidad con 300 camas de hospitalización, que incluyen 200 camas de medicina especializada contando con una unidad de quemados, 78 camas de cuidados intensivos, 40 camas de cuidados intermedios y 12 de hospitalización parcial. Adicional a lo anterior, se contempla la construcción de 44 consultorios, además de la oferta de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, contando con tac, mamografía, resonancia, colonoscopia, endoscopia, servicio de medicina nuclear, radioterapia, quimioterapia, hemodinámica, diálisis, rehabilitación pulmonar y cardíaca, entre otros. Además, el hospital contará con un Centro de Investigación y Desarrollo de Tecnología y Talento Humano en Salud.

El proyecto de construcción del HRAC contempla la puesta en operación de 10 unidades funcionales, entendidas como un conjunto de unidades orgánicas funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Esto comprende la definición de políticas institucionales de atención, precisar el tipo de recursos necesarios, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio.

Estas unidades permitirán abordar las patologías y diagnósticos de alta complejidad y alto costo de la población de los cuatro departamentos. Las unidades funcionales que se construirán son referidas a: (i) cardiovascular adulta y pediátrica; (ii) atención integral del cáncer adulto e infantil (UFCA) (UACAI); (iii) neurológica adulta y pediátrica; (iv) nefrológica; (v) trasplantes de órganos y tejidos; (vi) rehabilitación integral; (vii) del gran quemado; (viii) medicina interna y subespecialidades; (ix) clínica del dolor; (x) unidad funcional Centro de Referencia en Trauma Mayor.

Estas unidades funcionales contarán con profesionales, especialistas y subespecialistas altamente competentes y de grandes calidades humanas, apoyados por tecnología de última generación en un escenario de formación académica e investigación. Lo anterior permitirá que el HRAC sea referente de la red pública hospitalaria y de esta forma, complementar la atención en salud y satisfacer la necesidad de los servicios de alta complejidad y alto costo necesarios en la región.

#### 4.3. Beneficios del proyecto

A partir de los estudios y los análisis realizados en marco de la definición de la prefactibilidad de la construcción y dotación del HRACs, se identifican beneficios en la

---

<sup>19</sup> Sujeto a ajuste conforme a los estudios definitivos de factibilidad.

contribución al mejoramiento de la prestación de servicios de salud en la región, en la generación de empleo y en la promoción para formación y atracción de especialistas médicos quirúrgicos. Este mejoramiento se obtiene gracias al fortalecimiento de la capacidad instalada y la operación en red pública de prestadores de servicios de salud desde la perspectiva regional, con sus atributos de acceso, integralidad, continuidad, calidad, completitud y resolutiveidad de la atención en salud. Además, se observan una serie de beneficios en relación con: (i) acceso y mejora en la atención de salud de las personas residentes en los departamentos del área de influencia del HRAC; (ii) disminución de las remisiones a otras regiones del país a través de minimizar los efectos sobre la salud de los pacientes así como de los costos para los actores del sistema de salud incluidas las personas y su gasto de hogar en salud; (iii) generación de un ambiente técnico y científico propicio para la empleabilidad, docencia, investigación de un recurso humano en salud competente y pertinente de acuerdo al perfil epidemiológico de la población.

En relación con el acceso y las mejoras en la atención en salud, la zona de influencia del proyecto HRAC comprende los más de 60.400 km<sup>2</sup> de extensión territorial del eje cafetero y el Chocó, e implica el beneficio de las más de 3 millones de habitantes en el occidente del país como se detalla en la Tabla 5. Además, el proyecto beneficiará a los habitantes de los municipios ubicados en el norte del Valle y del Tolima, quienes debido a la accesibilidad geográfica y a la ubicación del Hospital de Alta Complejidad Regional y desarrollo yial podrán acceder a la atención en salud, con lo cual se tendrá una población total beneficiada de casi 3,5 millones de personas.

Tabla 5. Población del área de influencia del proyecto  
HRAC

territorial	60.403 km <sup>2</sup> al occidente del país
-------------	---

Así mismo, se espera una disminución de remisiones con la generación de incentivos a la integralidad en la atención. En relación con las remisiones y el traslado de pacientes, conforme al proceso de referencia y contrarreferencia, es necesario recordar que el 96% de estos servicios corresponde a laboratorio clínico y banco de sangre, procedimientos clínicos, radiología y otros procedimientos no quirúrgicos, siendo referidos a los departamentos de

Antioquia, Atlántico, Bogotá, Santander y Valle, según el Estudio de demanda de servicios de institución de alta complejidad Departamento de Risaralda 2021. Dichos servicios se incluyen dentro del portafolio definido por las 10 unidades funcionales, y que al ser prestados ahora al interior de la región, promoverán la integralidad en la atención y aumentarán la capacidad resolutoria de la red para responder y reducir los riesgos de las remisiones, y sus costos. Así mismo, con la oferta suficiente de servicios definida en torno a las 10 unidades funcionales, se garantiza la atención integral principalmente a los pacientes, permitiendo la aplicación de Rutas Integrales de Atención en Salud para Grupos de Riesgo, en servicios, intervenciones o procedimientos de alta complejidad o intervenciones de salud.

La disminución de las remisiones implicará también una reducción de los costos asociados. Los costos asociados a remisiones durante el periodo 2019 para todos los grupos de atención alcanzaron un promedio anual de 1,8 billones de pesos colombianos (Gobernación de Risaralda, 2021b), pero con la definición de estos servicios en las unidades funcionales antes definidas en el proyecto se fortalecerán las atenciones que demanden los residentes de la región generando oportunidad en la atención en favor de la calidad y ahorros para el sistema. Con respecto del ambiente propicio para la formación y empleabilidad del talento humano en salud y demás actividades técnico-científicas relacionadas con las ciencias de la salud, este se da a partir de su visión como centro de atención en salud de alta complejidad, lo que incluye su rol como centro de excelencia.

Por otro lado, en términos de la generación de empleo en la región, de acuerdo con la demanda proyectada estimada de recurso humano del HRACy, tomando como cálculo para la disponibilidad de médicos y enfermeras para servicios de internación como el de hospitalización general, se tomó como referencia 1 profesional cada 12 camas. En este sentido, el componente asistencial estimado asciende a 848 profesionales entre médicos, especialistas, enfermeras y auxiliares. Por su parte, el personal administrativo abarca un número importante de cargos que asciende a 170, entre los que se pueden mencionar: Dirección general, Dirección médica y académica, Dirección administrativa y financiera, Tesorería, Facturación, Admisiones, Auditoría médica, Calidad, Comunicaciones, Contabilidad, Estadística, Subdirección de gestión humana, Oficina jurídica, Planeación, Subdirección de educación e investigación entre otros. En total el HRAC estaría generando alrededor de 1.018 empleos directos, que además generan efectos dinámicos sobre la economía regional, así como la atracción de más talento humano especializado (Gobernación de Risaralda, 2021f, pág. 6)

Por último, con el alcance del proyecto referido a la formación de talento humano en salud, se espera contribuir a la reducción del déficit de profesionales especializados. Actualmente, la participación en la oferta de especialistas médicos y quirúrgicos del país de la

región del Eje Cafetero del 3 %, en contraste con el 59% de la región centro (Bogotá Cundinamarca) o el 17% de Antioquia (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2020). Esto se ha explicado según actores de la región además de las condiciones estructurales del desarrollo regional del país, por la ausencia de centros de atención en salud que oferten plazas laborales para este tipo de talento humano especializado. Con la puesta en funcionamiento del HRAC y su orientación hacia los servicios de alta complejidad y alto costo, se generaría incentivos para formación y atracción de este tipo de especialistas a la región.

4.4. Seguimiento

El reporte de las actividades a ser realizadas para cumplimiento del objetivo general del presente Documento CONPES será realizado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con el plan de acción del sector Salud y Protección Social. El seguimiento a la ejecución física y presupuestal de las acciones propuestas para el cumplimiento del objetivo del presente Documento CONPES se realizará a través del PAS que se encuentra en el Anexo A. Allí se señalan las entidades responsables de

coordinación,

los periodos de ejecución de estas, los recursos necesarios y disponibles para llevarlas a cabo y la importancia de cada acción para el cumplimiento del objetivo general de la política. El reporte periódico consistente con el PAS lo realizarán todas las entidades incluidas en este Documento CONPES y será consolidado según los lineamientos del DNP. El seguimiento a la política será semestral durante el periodo comprendido entre 202 y 2024 y se presentará un informe de cierre final, tal y como se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6. Cronograma de seguimiento

4.3. Financiamiento

Con base en los estudios de prefactibilidad (fase I) y los avances en los estudios de factibilidad proyecto es posible permite establecer que el requerimiento de recursos para su ejecución comenzará en el año 2022 y se prorrogará hasta el año 2024, respetando el valor total del proyecto de hasta 600 mil millones de pesos establecido en el artículo 116 de la Ley 2063 de 2020<sup>20</sup>.

El estado de maduración del proyecto permite establecer que el requerimiento de recursos para su ejecución comenzará en el año 2022 y se prorrogará hasta el año 2024, respetando el valor total del proyecto de hasta 600 mil millones de pesos establecido en el artículo 116 de la Ley 2063 de 2020.

De esta forma, el Consejo Superior de Política Fiscal, en sesión del 14 de julio de 2021, otorgó aval fiscal por 199.648 millones de pesos para la vigencia 2022, 200.939 millones de pesos para el 2023 y 199.383 millones para la vigencia de 2024 (Anexo B); para continuar con los trámites de declaratoria de importancia estratégica del proyecto

*Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional para la construcción y dotación de HRAC Carolina Larrarte-Nuestra Señora De Los Remedios* (Tabla 7).

Tabla 7. Flujo de recursos para la ejecución del proyecto  
(Millones de pesos corrientes)

Fuente: Aval fiscal emitido por el Confis el 4 de julio de 2021

Es preciso señalar que este flujo de recursos y su financiación a través de vigencias futuras excepcionales están fundamentados en el artículo 116 de la Ley 2063 de 2020, el cual establece que *“las vigencias futuras (...) para la terminación del proyecto, podrá tener un costo total de hasta seiscientos mil millones de pesos (\$600.000.000.000)”*. En tal sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar el cumplimiento de dicha norma y adelantar las acciones respectivas ante el Ministerio de Hacienda y Departamento Nacional de Planeación, de forma que se permita garantizar el flujo de recursos definido en el presente documento CONPES sin exceder el monto establecido por la mencionada Ley

Los recursos por utilizar en el proyecto están contenidos en las cifras del *Made* Gasto de Mediano Plazo 2022-2025 del Sector salud, establecidos en el Documento CONPES 4035

<sup>20</sup> Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre de 2021

del 14 de Julio de 2021. El proyecto, de acuerdo con los estudios de prefactibilidad realizados contempla recursos de presupuesto para el desarrollo de las actividades de (i) Construcción edificación, y obras exteriores y de urbanismo; (ii) Dotación de equipos biomédicos e industrial hospitalario; (iii) Plataformas de tecnologías de información y comunicaciones. Los costos estimados de estas actividades se presentan en la Tabla 8:

**Tabla 8. Actividades y costos estimados del proyecto HRAC Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios**

Millones de pesos corrientes

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

Por tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar todas las acciones correspondientes de asistencia técnica y validación de la estructuración del proyecto (capacidad instalada, dotación y costeo final de la inversión) y permitirá definir la factibilidad final de este, garantizando que no se exceda el monto establecido en el artículo 116 de la Ley 2063 de 2020.

## 5. RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social:

1. Declarar la importancia estratégica del proyecto de inversión *Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional* con código BPIN 2018011000036, para la construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad (HRAC) *Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios* del departamento de Risaralda.
2. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social:
  - a. Realizar las acciones necesarias para adelantar el trámite de las vigencias futuras excepcionales requeridas con el fin de garantizar los recursos para la construcción y dotación del HRAC *Carolina Larrarte - Nuestra señora de los Remedios* del Departamento de Risaralda según la información establecida en este documento.
  - b. Establecer la hoja de ruta para la ejecución del proyecto.
  - c. Garantizar la viabilidad desde el punto de vista técnico, económico, social, financiero, ambiental y jurídico del proyecto del HRAC *Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios* en el Departamento de Risaralda, en el contexto de las redes de servicios con la entidad territorial, para promover la eficiencia y efectividad de los recursos que se asigna del Presupuesto General de la Nación.
  - d. Solicitar a las entidades territoriales involucradas (departamentos de Risaralda, Chocó, Caldas y Quindío) la información relevante para el reporte semestral sobre el avance de la construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad (HRAC) *Carolina Larrarte-Nuestra Señora de los Remedios* del departamento de Risaralda.
3. Solicitar al DNP consolidar y divulgar la información respecto a los avances de las acciones correspondientes de acuerdo con lo determinado en el plan de acción y seguimiento. Para el logro de este proceso se requiere el compromiso del reporte oportuno de acuerdo con lo establecido en el Anexo A. La información deberá ser proporcionada por las entidades involucradas en este documento de manera oportuna según lo establecido en la sección de seguimiento.



## ANEXOS

### Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento (PAS)

Ver archivo en Excel adjunto.



# Documento CONPES

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL  
REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN  
DECLARACIÓN DE IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL PROYECTO  
MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA A LA  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NACIONAL PARA LA  
CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL  
GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS,  
DEPARTAMENTO DE SUCRE

Departamento Nacional de Planeación  
Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Versión aprobada

Bogotá, D.C., 29 de noviembre de 2021

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL  
CONPES

Iván Duque Márquez  
Presidente de la República  
Marta Lucía Ramírez Blanco  
Vicepresidenta de la República  
Daniel Palacios Martínez  
Ministro del Interior  
José Manuel Restrepo Abondano  
Ministro de Hacienda y Crédito Público  
Diego Andrés Molano Aponte  
Ministro de Defensa Nacional  
Fernando Ruiz Gómez  
Ministro de Salud y Protección Social  
Diego Mesa Puyo  
Ministro de Minas y Energía  
María Victoria Angulo González  
Ministra de Educación Nacional  
Jonathan Tybalt Malagón González  
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio  
Ángela María Orozco Gómez  
Ministra de Transporte  
Guillermo Antonio Herrera Castaño  
Ministro del Deporte  
Marta Lucía Ramírez Blanco  
Ministra de Relaciones Exteriores  
Wilson Ruiz Orejuela

Ministro de Justicia y del Derecho  
Rodolfo Enrique Zea Navarro  
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural  
Ángel Custodio Cabrera Báez  
Ministro del Trabajo  
Maria Ximena Lombana Villalba  
Ministra de Comercio, Industria y Turismo  
Carlos Eduardo Correa Escaf  
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible  
Carmen Ligia Valderrama Rojas  
Ministra de Tecnologías de la Información y las  
Comunicaciones  
Angélica María Mayolo Obregón  
Ministra de Cultura  
Tito José Crissien Borrero  
Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación  
Alejandra Carolina Botero Barco  
Directora General del Departamento Nacional de Planeación  
Daniel Gómez Gaviria  
Subdirector General Sectorial  
Amparo García Montaña  
Subdirectora General Territorial  
Resumen ejecutivo

El presente documento pone a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la declaratoria de importancia estratégica del proyecto de inversión Mejoramiento de la Capacidad Instalada Asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional, para la Construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre. Este proyecto se enmarca en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la equidad, expedido mediante la Ley 1955 de 2019\* y hace parte de la Línea B Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos del Pacto III Pacto por la Equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados, que responde a las necesidades actuales de atención en salud de la población de Coveñas, toda vez que en este se busca mejorar la capacidad de la oferta de servicios, el acceso y la integralidad en la atención en salud.

De esta forma el proyecto se encuentra incluido en el Plan Estratégico de Inversiones del Pacto Territorial Golfo de Morrosquillo suscrito en febrero de 2020?, cuyo objeto es articular entre la Nación, los departamentos de Córdoba y Sucre y los municipios signatarios, las políticas, planes y programas orientados a fortalecer el desarrollo económico, social y ambiental de la región, y consolidar en el Golfo de Morrosquillo capacidades de desarrollo. Cabe destacar que, en la actualidad, la red de prestación de servicios de salud del municipio de Coveñas, el departamento de Sucre y en general de la región del Golfo de Morrosquillo, se caracteriza por: (i) la insuficiente capacidad de oferta de servicios de salud para atender a la población residente y flotante, demanda que se ha visto impactada por el crecimiento demográfico en Coveñas y el rol de centro turístico del Noroccidente de Colombia, que en conjunto generan un incremento de la demanda potencial de servicios de salud; (ii) dada la fragmentación y baja resolutivez en los servicios de la red, se generan remisiones hacia otros municipios a la institución de referencia, que exigen un tiempo

promedio de desplazamiento superior a una hora, con riesgos para la salud y la vida de los pacientes; (iii) la infraestructura pública, actualmente operada por un privado, no logra

1 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

2 Es un pacto de tipología Funcional, suscrito con la Gobernación del departamento de Sucre, la Gobernación del departamento de Córdoba y las alcaldías de los municipios de San Antero, Lórica, San Bernardo del Viento, Monitos, Tuchín, Coveñas, Tolúviejo, San Antonio de Palmito, San Onofre y Santiago de Tolú, con el objetivo de articular entre la Nación, los departamentos de Córdoba y Sucre y los municipios signatarios, las políticas, planes y programas orientados a fortalecer el desarrollo económico, social y ambiental de la región, para consolidar el Golfo de Morrosquillo como un destino turístico de primer nivel en el país. Disponible en:

<https://pactosterritoriales.dnp.gov.co/Pactos-Territoriales-suscritos/Paginas/PactoTerritorialGolfo-de-Morrosquillo.aspx>

responder a los requerimientos del sector; (iv) existe un perfil epidemiológico que obliga a fortalecer servicios relacionados con el binomio madre - hijo y acciones primarias que prevengan el desarrollo de enfermedades crónicas, que son la principal causa de mortalidad.

Para responder a dicha problemática, a partir del proyecto de inversión Mejoramiento de la Capacidad Instalada asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional, código BPIN, 2018011000036 se podrá financiar la obra de infraestructura de Construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, que busca dotar de infraestructura física para la atención básica, ampliando la cobertura y capacidad de la oferta de servicios de baja complejidad tipología | C?, con algunos servicios de mediana complejidad. Para el efecto, se estima, conforme a los estudios de prefactibilidad disponibles a la fecha, que el proyecto contará con siete consultorios para medicina general y especializada, dos unidades de odontología, cinco consultorios para actividades de promoción y mantenimiento de la salud; doce camas de hospitalización, servicio de urgencias con doce camillas de observación, una sala de partos y una sala de cirugía que podrá atender algunos servicios de mediana complejidad, en el contexto de la red de prestadores de servicios del departamento.

El proyecto beneficiará a la población a partir del fortalecimiento de la oportunidad y calidad de la atención según las necesidades de su perfil epidemiológico, contribuirá a la generación de empleos, ahorrará recursos por remisiones a otras entidades reduciendo riesgos por traslados de pacientes y contribuirá al desarrollo económico y social de la región del Golfo de Morrosquillo como parte de los objetivos del Pacto Territorial antes mencionado.

Para el efecto, de acuerdo con el artículo 11 de la Ley 819 de 2003\* y el artículo 2.8.1.7.1.3 del Decreto 1068 de 2015\* el Consejo Superior de Política Fiscal [Confis], en sesión del 11 de noviembre de 2021 otorgó el aval fiscal para la ejecución del proyecto de inversión Mejoramiento de la Capacidad Instalada asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional para la Construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, cuya declaratoria de

3 Tipología para la prestación de servicios, primer nivel tipo C, establecida en el Documento del Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE de Sucre (PTRRM). La cual incluye servicios definidos conforme a los requerimientos de habilitación referidos a: internación con hospitalización para adultos y pediátrica; quirúrgicos con cirugía ginecológica; consulta externa para medicina general y algunas especialidades [como ginecobstetricia, pediatría]; apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, que incluye laboratorio clínico, terapia respiratoria, imágenes diagnósticas; y atención inmediata, con atención del parto, urgencias y transporte asistencial básico.

4 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

24

5 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

importancia estratégica permitirá concretar el trámite de vigencias futuras excepcionales, para financiar desde la Nación más allá del periodo de Gobierno, un monto de

```
..000000cccc000000cccccnnncnccccnnnnnnnncnocnnnnnnncnconnnnnnnnnrrnnnnnnnnncrnnn  
nnnnnnrrnnnnannnnnnss 37
```

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de Suficiencia de Camas Hospital de Coveñas 2027 ..00000000coi0ccccconoo..  
20

Tabla 2. Principales causas de mortalidad Coveñas (Sucre)

.....000000cccn0ccccccoonccccccconoos 20

Tabla 3. Principales indicadores de Salud Municipio de Coveñas, según último dato  
disponible ....00000cocononoc0ccccoonocnoco0onnnncncoro nncnonnnnnnn nnrn rnnnnncnn  
nnonn ronnnrnnnnnn rnro rnnnonnnnnnonnnnnno s 22

Tabla 4. Oferta de servicios estimados en prefactibilidad para el proyecto de Coveñas... 25

Tabla 5. Población beneficiaria .....00000ccnnn0cccn0cccccoo oon

noonnoncnncncncoononocnnoncnnonnnncnnnonnnnnno 27

Tabla 6. Cronograma de

seguimiento.....000000ccco0cccc00cccoonnccoonnccoononononnnnnrnonnnncnonnnncnnnnnos  
29

Tabla 7. Recursos de Vigencias Futuras con Presupuesto General de la Nación (Pesos  
CONTTIBNTeS).....00000000ccccccccnnnnnnnnnoninocno cnocnon nnnnnnnnnnnnnnn ononn  
onnos 30

Tabla 8. Distribución de los costos del

proyecto.....0000c0ccco0c0cccc0000onccoconononononnnnnncccnnos 31

Tabla 9. Distribución de recursos por vigencias y MGMP sector salud.....000000ccco0ccccncons.  
31

## SIGLAS Y ABREVIACIONES

ESE

Findeter

FRPT

Km?

MGMP

MP

PTGM

PIB

PGN

PND

SGSSS

Empresa Social del Estado

Financiera de Desarrollo Territorial

Fondo Regional de Pactos Territoriales

Kilómetros cuadrados

Marco de Gasto de Mediano Plazo

Metro cuadrado

Pacto Territorial del Golfo de Morrosquillo

Producto Interno Bruto

Presupuesto General de la Nación

Plan Nacional de Desarrollo

Sistema General de Seguridad Social en Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

26

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) estructurado a partir de la  
Ley 100 de 1993% ha venido consolidándose para llegar a una cobertura del aseguramiento

del 98,7 %", lo cual, contribuye a garantizar la atención a toda la población con equidad y estabilidad financiera para la prestación de servicios.

No obstante, a pesar de los avances alcanzados en cobertura, que garantizan los servicios de salud con protección financiera, coexisten problemas tanto en la calidad de la atención brindada, como en la oferta y disponibilidad de prestación de servicios lo cual termina por afectar el acceso y la integralidad en la atención requeridos, en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Para responder a estas debilidades, es necesario promover el desarrollo de proyectos de inversión que contribuyan a ampliar la oferta de servicios.

El municipio de Coveñas se ubica al norte del departamento de Sucre, y con los municipios de Palmitos, Santiago de Tolú, Tolú Viejo y San Onofre, conforman la subregión del Golfo de Morrosquillo que ocupa un área de 1.886 km<sup>2</sup> (18,2 % del total departamental). En el contexto del departamento de Sucre, el municipio de Coveñas presenta limitada oferta en la prestación de servicios, pues de 148 habilitados, 40 % son de consulta externa (medicina general y odontología), mientras en menor proporción se encuentran especialidades médicas como medicina interna, obstetricia 8 servicios de internación o de atención inmediata. También se presenta baja capacidad para la prestación de servicios primarios; se estima un déficit de nueve camas para obstetricia, adultos y pediatría", afectando el acceso, integralidad y la oportunidad de los servicios de salud, lo que evidencia la necesidad de garantizar la construcción de nueva infraestructura con equipamiento y dotación para la prestación de los servicios, de forma articulada con las redes integradas o integrales de servicios de salud del departamento de Sucre, para consolidar estrategias articuladas que contribuyan a la atención de los pacientes de la región, en especial en actividades de baja y mediana complejidad.

En respuesta a ello, se formuló y estructuró el proyecto de inversión Mejoramiento de la Capacidad Instalada asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional, con el cual se financiará el proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del S Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Modificada principalmente con las Leyes 1122 de 2017, 1438 de 2011 y 1797 de 2016.

7 Fuente Ministerio de Salud y Protección Social a agosto de 2021.

Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda. Findeter 2021, página 33 y Gráfico 6.

2 Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda. Findeter 2021, página 37, tabla 22.

Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre el cual, se encuentra incluido en el Plan Estratégico de Inversiones del Pacto Territorial Golfo de Morrosquillo (PFGM). Dicho Pacto fue suscrito en febrero de 2020, con el objeto de articular entre la Nación, los departamentos de Córdoba y Sucre y los municipios signatarios, las políticas, planes y programas orientados a fortalecer el desarrollo económico, social y ambiental de la región, para consolidar el Golfo de Morrosquillo como un destino turístico de primer nivel en el país. Para cumplir con el objeto de este pacto territorial se debe consolidar una infraestructura moderna y adecuada para atender los servicios de salud en la región.

El pacto citado se suscribió en el marco de lo dispuesto en el artículo 250 de la Ley 1955 de 2019" que desarrolla los aspectos relacionados con los Pactos Territoriales!'. En ese contexto, se priorizó dentro del Plan Estratégico de Inversiones del Pacto, el proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre el cual se perfila como



oferta de servicio de baja complejidad Tipo | C con algunos servicios de mediana complejidad, para lo cual se desarrollará una nueva infraestructura con dotación de equipos biomédicos, cumpliendo estándares de calidad y requisitos de habilitación vigentes, contribuyendo a fortalecer la integralidad de la atención, a lograr mayor capacidad resolutoria, así como, mayor oportunidad y calidad para afrontar la creciente demanda de servicios básicos, necesaria por el incremento de la población local y flotante producto del posicionamiento turístico de la región.

Por lo anterior, el presente documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la declaración de importancia estratégica del Proyecto de Inversión Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional? para la Construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, que para su ejecución requiere de esfuerzos fiscales que afectan el presupuesto de vigencias futuras en

19 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

1 Los pactos territoriales se definen como acuerdos marco de voluntades cuyo propósito es articular las políticas, planes y programas orientados a la gestión técnica y financiera de proyectos de alto impacto regional y subregional conforme a las necesidades de los territorios, con el fin de promover el desarrollo regional, subregional, la superación de la pobreza, el fortalecimiento institucional de las autoridades territoriales y el desarrollo socioeconómico de las comunidades, mediante un acompañamiento especializado y gestión de esquemas de financiación y cofinanciación de iniciativas que fortalezcan la visión de desarrollo regional, que incluya los recursos del Fondo Regional para los Contratos Plan, hoy denominado Fondo Regional para los Pactos Territoriales (FRPT).

12 Mediante Documento CONPES 4038 de 2021, otro proyecto de inversión regional que hace parte de este mismo proyecto fue declarado de importancia estratégica.

10

cumplimiento de lo establecido en el artículo 11 de la ley 819 de 2003\*\* y de conformidad con el artículo 2.8.1.7.1.3. del Decreto 1068 de 2015?!

El presente documento se desarrolla en cinco secciones. La primera es esta introducción; la segunda presenta los antecedentes y la justificación del proyecto de inversión Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional para la construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas; la tercera presenta el diagnóstico respecto a la capacidad de atención de la red de prestación de servicios de salud, así como los aspectos epidemiológicos que inciden sobre la problemática. Posteriormente, en la cuarta sección se realiza una descripción general del proyecto, en cuanto a su objetivo general, la descripción de este, sus beneficios, el esquema de seguimiento y su financiamiento. Finalmente, en la última sección, se exponen las recomendaciones del documento.

## 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

### 2.1. Antecedentes normativos y de política pública

A partir de la Ley 100 de 1993!% se configuró el actual SGSSS, que apuntó principalmente a dos objetivos: (i) la universalización de la cobertura y (ii) el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales (Ruíz Gomez, 2013) mediante unos nuevos arreglos contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997) según lo referido en (Glassman, 2010). Frente al cumplimiento de estos objetivos, existe evidencia sobre la efectividad de la reforma al sistema de salud, como lo refieren dichos estudios y [Vecino 8 Villar M, 2018) , en particular el logro de la cobertura universal<sup>28</sup> al 98,7 % en 2021!% especialmente para la población más vulnerable, posibilitando la garantía de atención en salud y la protección financiera de los hogares, lo que contribuye a

reducir los gastos catastróficos. Sin embargo, persisten retos de acceso efectivo, fragmentación y sostenibilidad entre otros aspectos.

13 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

14 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

15 Para 1992, antes de la entrada en operación del SGSSS alrededor del 80 % de la población rural y el 45 % de la urbana de Colombia, no estaba cubierta por sistema de salud alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además de esta inequidad en la cobertura, la existente se materializaba a través de la prestación de servicios inequitativos, como lo refleja que el 12 % de las hospitalizaciones y 20 % de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población (Zapata, 2012).

16 Fuente Ministerio de Salud y Protección Social a agosto de 2021.

11

Así mismo, la salud se ha consolidado como un derecho fundamental a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015”, que incluye dentro de sus elementos esenciales [artículo 6) la disponibilidad entendida como la existencia de servicios, tecnologías e instituciones de salud, y la accesibilidad económica y física, entre otros. Cabe destacar que, la mencionada norma en su artículo 8 define la integralidad de la atención en salud como elemento fundamental para prevenir, paliar o curar la enfermedad, de tal forma que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de su servicio de salud en detrimento de la salud del usuario. Así mismo, el artículo 24 de la referida Ley 1751 de 2015, establece como deber del Estado garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. Así, el gran reto es avanzar en la consolidación y el desarrollo de dicha ley para garantizar el derecho a la salud y la integralidad de la atención.

En este mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 429 de 2016\*, modificada por las Resoluciones 489\* y 2626 de 2019, adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca orientar al SGSSS hacia la generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución, para lo cual, la política cuenta con cuatro estrategias, a saber?: En primer lugar, atención Primaria en Salud, con énfasis familiar y comunitario, que incluye: (i) reconocer los determinantes sociales de la salud en los territorios y micro-territorios, que obligan a la acción intersectorial para mejorar la gestión de la misma; (ii) profundizar la participación social en la gestión de la salud, la cual debe ser respetuosa, incluyente y efectiva; y, (iii) adecuar los servicios de salud a las necesidades y particularidades de las personas, familias y comunidades, en sus entornos: hogar, laboral, educativo, comunitario e institucional;

En segundo lugar, cuidado de la salud: centrar el sistema en las personas, lo cual implica reorientar el abordaje de cada individuo, familia y comunidad, en sus entornos; como sujetos activos de atención integral;

17 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

18 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

12 Por la cual se modifica la Resolución 429 de 2016.

20 Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y adopta el Modelo de acción Integral Territorial - Maite.

29

21 Documento Política de atención Integral en Salud PAIS Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, págs. 32-33.

12

En tercer lugar, diferenciación: adaptar el modelo de salud a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del SGSSS.; y Y finalmente, gestión integral del riesgo en salud: articular la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

Vale anotar que la estrategia de atención primaria en salud, permite además la coordinación necesaria requerida desde las redes de prestadores de servicios para brindar una atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, respetando las competencias legales de cada actor del sistema de salud, a través de los servicios de salud, la acción intersectorial /transectorial y la participación social comunitaria y ciudadana.

Pese a estos avances y mientras continúa su implementación, coexisten dificultades en la accesibilidad, calidad y oportunidad y persisten la fragmentación y la ausencia de integralidad de la atención en salud. Al respecto se destaca la fragmentación del sistema se hace evidente en las barreras que enfrentan los pacientes para las remisiones, entre otros aspectos, debido a que el acceso efectivo, está condicionado por la falta de disponibilidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, que garantice la oferta de servicios. Para responder a esta problemática, es importante promover el desarrollo de proyectos de inversión que contribuyan a ampliar la oferta de servicios para toda la población y desarrollar capacidades para responder en forma integral a la atención en salud.

El Gobierno nacional, reconociendo la necesidad de responder a las debilidades de la oferta de servicios de salud, para mejorar el acceso y la calidad, estableció en la Línea B Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos del Pacto II! de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, el objetivo de lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad. En el mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló y estructuró el proyecto de inversión con Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de Servicios de Salud Nacional con Código BPIN 201801 1000036, que tienen como objetivo el de fortalecer la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en los componentes de infraestructura física en salud y dotación hospitalaria. Por lo cual, este proyecto del Gobierno nacional permite la financiación de proyectos del ámbito territorial.

13

Por otra parte, respecto a los roles dentro del Sistema de salud, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001<sup>2</sup> le asigna a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de las cuales se encuentra la de impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones (SGP). Así mismo, la ley 715 de 2001<sup>3</sup> a través de su artículo 43 y siguientes, asigna a las entidades territoriales, en especial a los departamentos, competencias de prestación de servicios de 30 salud.

Además, es necesario considerar el rol que el Ministerio de Salud y Protección Social,

ejerce en la dirección del sector salud, conforme al Decreto 4107 de 2011<sup>2\*</sup>, modificado por los Decretos 1432 de 2016 y 2562 de 2012, dentro del cual, deberá formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades. Como parte de esta dirección y orientación de políticas se ha desarrollado un marco legal robusto en torno a la garantía de calidad en la prestación de los servicios, y de los procesos requeridos para la inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud.

Es así como, mediante el Decreto 1011 de 2006\*, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud que está conformado por cuatro componentes: (i) Sistema Único de Habilitación; (ii) Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud; (iii) Sistema Único de Acreditación; y, [iv] Sistema de Información para la Calidad, cuyo marco de acción es fundamental para el desarrollo de los servicios de salud en beneficio de la población usuaria. De lo cual, se desprenden

22 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 [Acto Legislativo 01 de 2001] de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

23 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 [Acto Legislativo 01 de 2001] de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

24 Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

25 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

14

regulaciones específicas como la Resolución 3100 de 2019<sup>2</sup> sobre criterios de habilitación, o la Resolución 4445 de 1996<sup>7</sup> que precisa condiciones sanitarias a cumplir por parte de instituciones prestadoras de servicios, entre otras.

## 2.2. Pacto del Golfo de Morrosquillo

Mediante el artículo 250 de la ley 1955 de 2019, se creó la figura de Pactos Territoriales, dentro de los cuales se encuentran los pactos regionales, definidos como acuerdos marco de voluntades suscritos entre la Nación y el conjunto de departamentos que integran las regiones definidas en las Bases del actual PND 2018-2022, cuyo propósito es articular políticas, planes y programas orientados a la gestión técnica y financiera de proyectos de impacto regional conforme a las necesidades de dichas entidades para promover el desarrollo regional.

En este sentido, el Gobierno nacional suscribió el 7 de febrero de 2020, en el marco del PND 2018-2022 el Pacto Territorial Golfo de Morrosquillo [PTGM) con el objeto de articular entre la nación, los departamentos de Córdoba, Sucre y los municipios signatarios, las políticas, planes, para consolidar el Golfo de Morrosquillo como un destino turístico de primer nivel en el país<sup>28</sup>. Actualmente, hacen parte del PTGM los municipios de San Antero, Lorica, San Bernardo del Viento, Moñitos, Coveñas, Tolviejo, San Onofre, Santiago de Tolú, San Antonio de Palmito y Tuchín.

El referido pacto definió como líneas estratégicas las siguientes: (i) fortalecimiento y ordenamiento institucional, (ii) infraestructura para la disminución de necesidades básicas<sup>31</sup> insatisfechas e (iii) infraestructura para el desarrollo del turismo sostenible, proyectando inversiones por más de 350.000 millones de pesos, de los cuales el Gobierno nacional

aportará el 93 %. La destinación prioritaria de estos recursos será para obras de mitigación de la erosión costera, la construcción y dotación de una estación de bomberos, de un hospital regional, un mega colegio, vías terciarias, la construcción de un parque lineal, entre otros proyectos. Frente a este punto es importante resaltar que dentro de este pacto se ha priorizado el proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre como parte de su Plan Estratégico de Inversiones.

26 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud; y se adopta el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios.

27 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

28 Conforme al artículo 250 de la Ley 1955 de 2019.

15

En este contexto, la Financiera de Desarrollo Territorial (Findeter) desarrolló la estructuración integral en la fase de pre-inversión, para las etapas de prefactibilidad”, factibilidad y acompañamiento del proyecto contenido en el Pacto Territorial del Golfo de Morrosquillo, denominado Construcción del Hospital de Coveñas, a través de los estudios técnicos, jurídicos, ambientales, sociales, financieros y los demás requeridos, para definir la mejor alternativa que permita atender las necesidades existentes y fortalecer la capacidad de respuesta a nivel regional, destacando que dichos estudios se han desarrollado con el apoyo y coordinación del Departamento de Sucre. A la fecha se cuenta con los estudios de pre - inversión [Banca de Desarrollo Territorial (Findeter), 2021) en la etapa de prefactibilidad, los cuales han sido validados por el departamento de Sucre y radicados en el Ministerio de Salud y Protección Social”, en tanto continúa la ejecución de la etapa de factibilidad y se surten los procesos de aprobación y se obtienen los conceptos de viabilidad requeridos.

Acorde con lo anterior, el proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, Departamento de Sucre, es considerado trascendental para contribuir a mejorar el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud en el departamento, con énfasis en Coveñas y su zona de influencia, de tal manera que permita a la población acceder a servicios de salud que cumplan con estándares de calidad y oportunidad, por lo cual, el desarrollo de una nueva infraestructura física, estará acorde con las Resoluciones 3100 de 2019%1 y 4445 de 1996\*2 del Ministerio de Salud y Protección Social, referentes a requerimientos de infraestructura y mejoramiento de la prestación del servicio salud.

29 Estudios de Prefactibilidad conformados por: Volumen I. Documento de Plan Operativo; Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda; Volumen IV. Programa Médico Arquitectónico — PMA; Volumen V. Diagnóstico técnico del estado actual; Volumen VI. Estudio topográfico; Volumen VII. Estudio geotécnico y de suelos; Volumen VIII. Estudio hidrológico e hidráulico para manejo de escorrentías; Volumen IX. Estudio de vulnerabilidad, amenaza y análisis y gestión de riesgos de desastres; Volumen X. Estudio Bioclimático; Volumen XI. Estudio y análisis de alternativas; Volumen XII. Informe técnico de la alternativa seleccionada; Volumen XV. Plan de gestión social; Volumen XVI. Estudio predial y acompañamiento a la gestión de predial; Volumen XVII. Diagnóstico ambiental; Volumen XVIII. Informe de diagnóstico y análisis de prefactibilidad financiera; Volumen XIX. Debida diligencia legal y estructuración jurídica; y Volumen XX. Informe final de prefactibilidad. Findeter 2021.

30 Como consta en la comunicación del 21 de octubre de 2021 del Sr Gobernador del departamento de Sucre,22 radicada en el Minsalud con N\* 202142302058252.

31 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de

Servicios de Salud.

32 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

16

De igual forma, para la cofinanciación desde la Nación del proyecto de Hospital en Coveñas, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene registrado en el Banco de Proyectos de Inversión con código BPIN 2019011000036 el proyecto de inversión Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud Nacional, que permite dentro de sus objetivos la ejecución de los recursos en armonía con el PTGM suscrito entre el Gobierno Nacional, el Departamento de Sucre y otras entidades.

En este contexto, se ha desarrollado la propuesta de consolidar un Hospital con tipología Tipo | C, con algunos servicios habilitados de mediana complejidad, acorde con el alcance emitido por la Dirección de Prestación de servicios del Ministerio de Salud y de Protección Social, así como con el documento del Programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestadores de servicios de salud del departamento de Sucre (PTRRMR) aprobado, con lo cual, se espera contribuir a fortalecer la oferta de servicios de salud, el acceso de la población y el fortalecimiento de capacidades en la región, como una iniciativa que contribuirá al desarrollo de los objetivos del PTGM.

### 2.3. Justificación

Existen necesidades de salud que se manifiestan en lo siguiente: (i) la ausencia de un hospital público o Empresa Social del Estado (ESE) en el municipio de Coveñas, con la insuficiente capacidad de oferta de servicios de salud básicos y especializados para atender la demanda creciente de atenciones que se ha visto impactada por el crecimiento demográfico del municipio de Coveñas y de la región del Golfo de Morrosquillo, que pasará en 2021 de 19.789 habitantes a una población de 22.433% en 2035; (ii) riesgos y costos derivados por la remisión de pacientes de Coveñas a otras zonas y regiones del país. Al respecto cabe mencionar que se reportan cerca de noventa remisiones, que generan riesgo a los pacientes por los tiempos de desplazamiento a Tolú o Sincelejo donde hay hospitales con mayor capacidad para responder a estas necesidades. Lo anterior, adicionalmente genera costos de desplazamiento estimados entre 30.000 pesos y 581.000 pesos por paciente\*\*; además, como se expone en la sección tres de este documento que trata sobre el Diagnóstico, el perfil epidemiológico registra la afectación de niños y niñas, dada una tasa de mortalidad para menores de un año [por cada mil nacidos vivos] que en 2019 fue de 11,11 (cercana al 11,29 del país y por debajo del 12 del departamento), la misma tasa de mortalidad pero para niñas o niños de un año fue de 29,98 en el 2018 para el municipio,

33 Concepto Ministerio de Salud y de Protección Social documento del PTRRMR de Sucre- 28 de junio de 2021.

34 Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda. Findeter 2021, tabla 5.

35 Informe CRUE Superintendencia Nacional de Salud 2019.

17

superando la tasa del 15,58 del departamento y del 17,3 del país, mientras la tasa de mortalidad general fue del 3,28% en 2019; elementos que hacen necesario promover el desarrollo de proyectos que contribuyan a ampliar la oferta de servicios de salud para la población del municipio y la región.

Así mismo, como se ha mencionado, en el Plan Estratégico del PTGM se priorizó el proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, contribuyendo a mejorar el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud y al desarrollo de la región.

### 3. DIAGNÓSTICO

El municipio de Coveñas, en el contexto del departamento de Sucre, presenta limitada oferta y capacidad para la prestación de servicios, afectando el acceso, integralidad y la oportunidad de los servicios de salud. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la población proyectada para el año 2021 en Coveñas es de 19.789 personas entre su cabecera municipal (59,2 %) y rural (40,8 %). Así, la cobertura del aseguramiento alcanza el 58 % de la población, que es inferior a la cobertura nacional la cual se ubica en 98 %". Del total de la población, el 89,8 % se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado del SGSSS.

Por otro lado, es importante mencionar que en la actualidad el municipio de Coveñas no dispone de un hospital público que atienda a la población residente en el municipio. Al respecto se señala que la entidad que existía hasta el año 2014, dado que fue clasificada en riesgo financiero alto durante cuatro años consecutivos, el Concejo Municipal de Coveñas a través del Acuerdo 006 de 2014 otorgó facultades al alcalde del municipio para llevar a cabo la liquidación de la ESE Centro de Salud Coveñas, de tal forma que la infraestructura existente se entregó a un operador privado para garantizar la prestación de servicios de salud de baja complejidad.

Por tal razón, desde el año 2015 la prestación de servicios en salud ha sido contratada con operadores privados quienes prestan los servicios en la infraestructura pública existente (donde funcionaba el antiguo Centro de salud de Coveñas). Así las cosas y según indican los Estudios de prefactibilidad de Findeter<sup>36</sup>?, el municipio de Coveñas no cuenta con la infraestructura adecuada y necesaria, que cumpla con los parámetros arquitectónicos, 36 Fuente Ministerio de Salud y Protección Social, últimos datos disponibles.

37 Datos de coberturas fuente Ministerio de Salud y Protección Social a septiembre de 2021.

38 Descripción del problema MGA Prefactibilidad -Estudios de Factibilidad de Findeter 2021.

18

estructurales y con la dotación de alta capacidad tecnológica y científica, que se ajuste a lo dispuesto en la Ley 09 de 1979<sup>37</sup> y la Resolución 4445 de 1996<sup>38</sup>.

Adicional a lo anterior, en general en el municipio, hay una insuficiente capacidad de oferta de servicios de salud para atender a la población de este; demanda que se ha visto impactada por el crecimiento demográfico en Coveñas, así como por su rol adquirido de centro turístico del Noroccidente de Colombia, lo que genera una gran afluencia de población flotante en fines de semana y temporadas vacacionales. Sobre el particular, cabe mencionar que en octubre del año 2021 el sector hotelero del municipio reportaba en este año cerca de 35.000 turistas<sup>38</sup>! que, en conjunto, producen un incremento notable de la demanda potencial de servicios de salud en el municipio.

Es importante señalar que en la actualidad, esta población recibe atención a través de prestadores privados con limitada capacidad, de 148 los servicios habilitados en el municipio un 40 % son de consulta externa (medicina general y odontología), mientras que en menor proporción se encuentran: especialidades médicas como medicina interna, obstetricia", servicios de internación o de atención inmediata, lo cual implica una atención fragmentada, que refleja una poca capacidad resolutive de la red, y conlleva remisiones desde los distintos municipios de la subregión del Golfo de Morrosquillo hacia el municipio de Sincelejo. Estos desplazamientos exigen un tiempo promedio estimado desde Coveñas a Sincelejo de una hora y 11 minutos, a una distancia de 47 km por la vía Sincelejo-Palmito, <sup>34</sup> y de 58 km por la Troncal del Caribe, lo cual genera riesgos para los pacientes en términos de la oportunidad de la atención y afecta de alguna forma el gasto de hogar en salud en

razón a los costos incurridos en movilización. Sobre este aspecto se resalta que para el 2019, Coveñas reportó 90 remisiones, lo cual corresponde al 0,68 % del total del departamento de Sucre\*%.

Ahora bien, de acuerdo con los estudios de prefactibilidad referidos al análisis de oferta, demanda y de capacidad instalada del proyecto\*\* de infraestructura, se encontró que

39 Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.

40 Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referido a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

41 <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/35-000-turistas-coparon-playas-de-covenas-y-tolu-engolfo-de-morrosquillo-626250>

42 Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda. Findeter 2021 página 33 y Gráfico 6.

43 Informe CRUE Superintendencia Nacional de Salud 2019.

44 Volumen II. Documento técnico de capacidad instalada y Volumen III. Estudio de oferta-demanda. Findeter 2021.

19

hay un déficit de camas de hospitalización adulto (4), pediátrica (2) y obstétrica (3) como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Relación de Suficiencia de Camas Hospital de Coveñas 2021

Servicio Oferta + Camas necesarias Suficiencia  
existente proyectadas

Camas hospitalización adulto 4 8 -4

Camas hospitalización 2 5 2

pediátrica

Camas hospitalización 4 7 3

obstétricas

Fuente: Findeter, (2021).

(a) Cálculo con frecuencia promedio de 2,5 días de estancia.

Asimismo, el perfil epidemiológico de la población de Coveñas permite reconocer que las causas de mortalidad en el municipio se asocian principalmente a enfermedades crónicas siendo las enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de mortalidad, seguida de las causas externas y neoplasias, sin descuidar las enfermedades transmisibles que son la cuarta causa de mortalidad a 2018\*% (ver Tabla 2). De otra parte, al revisar las causas de morbilidad, los señalados estudios\*\* indican que la principal causa son las enfermedades no transmisibles aportando el 58,7 % en 2018 y, que para la vigencia 2019 representaron el 61,3 %. Sobre este punto se precisa que, del total de atenciones en hombres, esta causa representó una proporción acumulada en el período del 0,2 %; en las mujeres fue el 3,4 %, a 2019.

Tabla 2. Principales causas de mortalidad Coveñas (Sucre)

45 Documento Volumen II y II Capacidad instalada -Estudios de Prefactibilidad, Findeter 2021. Página 20 tabla 6

46 Documento Volumen II y II Capacidad instalada -Estudios de Prefactibilidad, Findeter 2021. Página 22. 20

Causa 2015 2016 2017 2018

Enfermedades del 208,24 118,19 220,05 219,65

Sistema

Circulatorio

Causas Externas 52,14 30,98 98,98 106,04

Neoplasias 93,08 67,69 65,99 47,8

Grandes Causas 32,39 61,99 48,2 28,67

Enfermedades

Transmisibles



Todas las demás 75,14 123,38 91,45 11,93

Enfermedades

Fuente: Findeter, (2021).

De otro lado, se requiere además fortalecer la atención en la relación madre hijo, considerando que la tasa de mortalidad infantil de menores de un año asciende a 11,1 (en el departamento es 12,6 y en el país de 11,3) a 2019 por cada 1.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad infantil (de un año) en el año 2018 para el municipio es del 29,98 superior al 15,58 del departamento y 17,3 del país; la tasa de mortalidad general a 2019 es del 3,28 [inferior a 4,9 del país y 4,5 del departamento]; el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer asciende a 9,6 superando los indicadores del departamento y país, y la razón de mortalidad materna a 42 días para el año 2019 aunque no está disponible para el municipio, en el departamento presenta una razón del 60,6 superior al dato país de 50,7 (ver Tabla 3).

21

Tabla 3. Principales indicadores de Salud Municipio de Coveñas, según último dato disponible

Principales indicadores País Departamento Coveñas  
de Sucre

Razón de mortalidad materna a 42 días 50,73 60,63 ND  
(por 100.000 nacidos vivos), 2019

Tasa de mortalidad en menores de un año 11,35 12,60 11,11  
de edad (por 1.000 nacidos vivos), 2019

Tasa estimada de mortalidad infantil (Un 17,31 15,58 29,98  
Año de Edad) (por 1.000 nacidos vivos),  
2018

Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 13,71 14,42 11,11  
5 Años de Edad) (por 1.000 nacidos vivos),  
2019

Tasa de mortalidad por desnutrición en 9,25 6,13 NR  
menores de 5 Años, 2019

Tasa de mortalidad general, 2019 4,95 4,58 3,28

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso 9,46 8,84 9,63  
al nacer, 2019

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, 2019 83,92 86,92 88,52

Cobertura vacunación antituberculosa [bcg] 77,62 % 82,26 % 64,43 %  
en menores de 1 año - 2020

Cobertura vacunación pentavalente (DTP- 76,62 % 82,77 % 95,30 %  
HiB-HB) en menores de 1 año — 2020

Cobertura vacunación triple viral 80,80 % 87,43 % 92,11%  
(Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP)) niños  
de 1 año - 2020

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, (2021).

En conclusión, los datos presentados exponen las debilidades de la infraestructura pública existente, el déficit de servicios pese a que existe oferta de prestadores privados, y los problemas de morbilidad y mortalidad, conforme a sus principales causas [enfermedades crónicas]. Lo anterior también se refleja en las tasas de mortalidad que resaltan la afectación de la población infantil y materna, entre otros aspectos.

36

22

A. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

#### 4.1. Objetivo general

Construir, equipar y dotar el Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, para mejorar la prestación de servicios de salud, brindar atención integral, continua, oportuna, resolutive y con calidad, solucionando las debilidades de la infraestructura pública y respondiendo a las necesidades de la población conforme a su perfil epidemiológico, en beneficio de la población del departamento y de la región.

#### 4.2. Plan de acción

A continuación, se presenta la descripción de las acciones que se llevarán a cabo en el marco de la ejecución del proyecto de infraestructura del Hospital del Golfo de Morrosquillo del municipio de Coveñas:

- (i) Solicitud de los recursos de vigencias futuras excepcionales que garanticen los recursos para el proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará dicho proceso antes del 15 de diciembre de 2021. Posteriormente deberá adelantar todo el proceso necesario para la aprobación de dichas vigencias.
- (ii) Definición de la hoja de ruta que permita la ejecución del proyecto de infraestructura. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de la definición de esta hoja de ruta o el desarrollo de los convenios a que hubiere lugar según se determine, antes del 31 de diciembre de 2021. En todo caso la asignación de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social será consistente con esta hoja de ruta establecida.
- (iii) Consolidación del proyecto en etapa de factibilidad. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las entidades territoriales, en el marco de sus competencias, consolidarán los estudios y emitirán concepto de viabilidad en factibilidad del proyecto antes del 31 de diciembre de 2021.
- (iv) Desarrollo de la ejecución de proyecto. La entidad ejecutora desarrollará el proyecto en los años 2022 a 2023.
- (v) Seguimiento del proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de hacer el seguimiento a las acciones del proyecto, para lo cual podrá requerir la información correspondiente a la entidad territorial partícipe del proyecto.

#### 4.3. Descripción del proyecto

23

Los estudios de pre-inversión en etapa de prefactibilidad disponibles a la fecha”, sustentan el alcance del proyecto como se expone a continuación.

El proyecto se encuentra localizado en el municipio de Coveñas departamento de Sucre\*, y consiste en la construcción de la infraestructura con el equipamiento y la dotación de un nuevo hospital en Coveñas, tipo 1C con algunos servicios de mediana complejidad, conforme al perfil definido en el documento del Programa de reorganización, rediseño y modernización de la Red del departamento de Sucre. A través de este proyecto de infraestructura se busca mejorar la capacidad de prestación de los servicios de salud en el municipio de Coveñas, beneficiando a los habitantes del municipio e indirectamente a la población del área de influencia de los municipios de San Antero, Lorica, San Bernardo del Viento, Monitos, Tuchín, Coveñas, Toluviejo, San Antonio de Palmito, San Onofre y Santiago de Tolú incluidos en el Pacto de Morrosquillo, así como a la población flotante turista que llega a la región.

Este proyecto se diseñará como una infraestructura en dos niveles, aprovechando la topografía del predio, en un área estimada construida de 4.066 m<sup>2</sup>, que aumenta a un área total de 5.775 m<sup>2</sup> al incluir los parqueaderos y circulaciones. La alternativa de diseño incluye la adaptación a la región y al lote considerando eficiencias energéticas, un diseño

humanizado con áreas libres verdes, con un claro y limpio funcionamiento de todas las áreas de servicio, buscando en conjunto beneficiar el costo de construcción y operación del proyecto.

El proyecto permitirá responder, con la capacidad instalada, a las necesidades de la población proyectada para 2035 que se estima en 22.433 personas (12.632 zona urbana y 9.801 en la rural)\*", al perfil epidemiológico de la población de Coveñas, que como se indicó requiere fortalecer la atención materno perinatal e infantil, así como, reconocer un perfil de enfermedades crónicas, que pueden ser prevenibles con mayores acciones de promoción y prevención, dado que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal

7 Estudios de Preinversión de Findeter 2021, cuyo alcance podrá ser ajustado conforme a los Estudios de factibilidad en ejecución a la fecha, y la viabilización del proyecto por parte de las entidades competentes.

48 El predio fue asignado al proyecto por disposición del departamento de Sucre, quien está en proceso de adquisición del mismo. Para el efecto, según la DIFP del DNP a la fecha, el predio fue adjudicado al departamento de Sucre mediante auto del Juzgado Segundo de familia No. 2021-00344-00 del 10 de noviembre de 2021, adjudicando 12.118 M2, que hacen parte del predio de mayor extensión identificado con matrícula inmobiliaria 340- 50651, de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Sincelejo, el cual posee un área total de 34.232 M2, ubicado en el Municipio de Coveñas -Sucre. Su pertinencia está sustentada en el Volumen XVI. Estudio predial y acompañamiento a la gestión de predial. Findeter 2021.

49 Documento Volumen II y II Capacidad instalada -Estudios de Prefactibilidad, Findeter 2021. Página 11 tabla 5.

24

causa de mortalidad, le siguen las causas externas y neoplasias, sin descuidar las enfermedades transmisibles que son la cuarta causa de mortalidad a 2018\*%,

Por lo anterior, se plantea una infraestructura para prestar el servicio de salud de baja complejidad en la tipología 1 C con algunos servicios de mediana complejidad, referidos a apoyo diagnóstico, cirugías, consulta externa, internación y servicios de apoyo; que contará con siete consultorios de medicina general y especializada, dos unidades de odontología, cinco consultorios para actividades de promoción y mantenimiento de la salud; doce camas de hospitalización, servicio de urgencias con doce camillas de observación, sala de partos y sala de cirugía [con lo cual, podrá atender las necesidades de cirugías de mediana complejidad programadas), que fortalecerá la oferta disponible en la región y permitirá descongestionar el centro de referencia de mediana complejidad de la zona, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Oferta de servicios estimados en prefactibilidad para el proyecto de Coveñas (Número de atenciones anuales)

Servicios Capacidad

Cantidad Servicio x día Mes Volumen mes Año

Consultorio de 2 36 30 2.160 25.920

Urgencias

Procedimientos 1 24 30 720 8.640

Urgencias —

Derechos de sala

(sutura, curaciones y otros)

Ambiente para 1 24 30 720 8.640

Inmovilización —

incluye sala de

yesos.

Sala de 1 24 30 720 8.640

Reanimación

Sala Observación 12 12 30 4.320 51.840

Sala ERA 2 12 30 720 8.640

Sala EDA 2 12 30 720 8.640

50 Documento Volumen II y II Capacidad instalada -Estudios de Prefactibilidad, Findeter 2021. Página 20 tabla 6.

25

Servicios Capacidad

Servicio x día Mes Volumen mes Año

Sala de Partos 1 30 60 720

Sala de 1 30 60 720

Preparación

Ginecobstetricia

Sala de 1 30 60 720

recuperación Post

Parto

Quirófano (Sala 3 30 90 1.080

de cirugía)

Consulta externa 24 25 3.000 36.000

general

Consulta 24 25 1.200 14.400

(atención

especial)

Consulta 24 25 600 7.200

(telemedicina)

Consultorios de 24 25 3.000 36.000

promoción y

prevención

Odontología 12 25 600 7.200

Servicio de 48 30 1.440 17.280

vacunación

Laboratorio 32 25 800 9.600

Clínico (Baja

complejidad)

Toma de 16 25 400 4.800

Citología

Radiología e 48 25 1.200 14.400

imágenes RX

Convencional

Radiología e 48 25 1.200 14.400

imágenes RX

Odontológico

Terapia 8 25 200 2.400

respiratoria

Terapia Física 16 25 400 4.800

26

Servicios Capacidad

Cantidad Servicio x día Mes Volumen mes Año

Internación — 4 1 30 120 1.440

Hospitalización

Adultos

Internación — 4 1 30 120 1.440

Hospitalización

Pediatría

Internación — 3 1 30 90 1.080

Hospitalización

Obstetricia

Hospitalización 1 1 30 30 360

Aislados

Fuente: Fuente: Findeter, (2021).

(a) Dado que el proyecto se encuentra en etapa de prefactibilidad, se espera concretar el alcance una vez se termine la factibilidad (que a la fecha se encuentra en desarrollo).

#### 4.4. Beneficios del proyecto

Este proyecto se orienta a la satisfacción de las necesidades básicas de salud, así como a la atención prioritaria de los grupos más vulnerables de la región, promoviendo el incremento de la calidad de vida, la prevención de enfermedades y el mejor tratamiento para los ciudadanos. En este contexto el proyecto tiene los siguientes beneficios:

a. El proyecto beneficiará en salud a la población de Coveñas, del departamento y la región del Golfo de Morrosquillo. Permitirá que la población en el municipio de Coveñas y su zona de influencia [Tabla 5), reciban servicios de salud que cumplan con estándares de calidad y oportunidad, desarrollados en una infraestructura física que cumpla a cabalidad con los estándares de habilitación vigentes\*, con lo cual, se fortalecen servicios referidos a acciones de promoción y prevención, tratamiento y apoyo diagnóstico, para contribuir a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil, de mortalidad y morbilidad general conforme a sus principales causas, de tal forma que se cuente con una entidad con mayor capacidad resolutoria que mejorará la prestación del servicio de salud.

Tabla 5. Población beneficiaria

Entidad Territorial Población Observación

51 Contemplados en las Resoluciones 3100 de 2019 y 4445 de 1996 del Ministerio de Salud y Protección Social.

27

Coveñas 19.516 Población directamente beneficiaria del proyecto

Población de los municipios de 124.263 Podrán acceder a servicios de Consulta

Toluviejo, San Onofre, especializada y cirugía de mediana

Santiago de Tolú, San Antonio complejidad, de acuerdo con programación

de Palmito de jornadas por parte de la Entidad cabeza de red.

Total 143.779

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Documento de solicitud de aval fiscal Hospital de Coveñas (2021).

b. Contribuye al desarrollo económico y social, previsto para el Pacto Territorial del Golfo de Morrosquillo porque se estructura y ejecuta como parte de los proyectos que permitirán consolidar el Golfo de Morrosquillo como un destino turístico de primer nivel en el país. La disponibilidad de una óptima infraestructura y dotación con énfasis en la atención primaria en salud en la zona permitirá contribuir a la activación de la economía, atrayendo inversión, turismo, generando empleo, para aportar al desarrollo territorial y el bienestar general de la población residente y para los turistas. Contar con un hospital con el conjunto de servicios planteados, se constituye en una garantía para la seguridad de esos visitantes ocasionales, especialmente con la capacidad instalada propuesta para el servicio de urgencias, la cual sería la puerta de entrada para esta población.

c. Se fortalecerá el funcionamiento de las redes de prestadores de servicios de salud integradas e integrales que establecen las Entidades Promotoras de Salud, en beneficio de sus afiliados, de los pacientes de la región. Al respecto, se estima que contar con una nueva infraestructura y dotación en el municipio de Coveñas contribuirá a fortalecer la capacidad resolutoria como prestador primario fortalecido, para complementarse con la red del

departamento y las definidas por las Entidades Promotoras de Servicios de salud (EPS), reduciendo las remisiones a otros niveles, así como los riesgos para los usuarios, especialmente para la estabilización en urgencias. De esta forma, se reducen los gastos de traslado a cargo de las EPS o de manera excepcional de la población, estimadas en costos variables entre 30,000 y 581.000 pesos, por paciente\*?, por lo cual, con el proyecto se estima un costo evitado por traslados de 4.903.974.976 de pesos al año\*?.

d. El desarrollo del proyecto en su fase de ejecución y operación, contribuirá al desarrollo de empleos en la región. Además de los empleos generados en el proceso de

32 Tomado de Magnitud del problema en la MGA Prefactibilidad, Estudios de Prefactibilidad Findeter 2021.  
53 Fuente Volumen XVII Informe de análisis y diagnóstico prefactibilidad financiera, Estudios de Prefactibilidad, Findeter 2021, Página 125.

28

construcción de la infraestructura, se estima que para la operación se requieren mínimo 38 cargos que podrían requerir recursos por cerca de 2.000 millones de pesos al año”, Finalmente, en prefactibilidad se estima que el proyecto generará una tasa interna de retorno del 15,08 % superior la tasa de descuento del 12 %; un valor presente neto positivo de ingresos de 44,000 millones de pesos, y una razón costo beneficio de 1,6. En consecuencia, el proyecto impactará en el desarrollo económico y social de la región del Golfo de Morrosquillo, dado su perfil turístico, generando empleo y fortaleciendo los servicios de salud en beneficio de la población con mayor acceso efectivo, mayor capacidad resolutive, oportunidad y calidad.

#### 4.5. Seguimiento

El reporte de las actividades a ser realizadas para cumplimiento del objetivo general del presente documento CONPES será realizado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con el plan de acción del sector Salud y Protección Social. El seguimiento a la ejecución física y presupuestal de las acciones propuestas para el cumplimiento del objetivo del presente documento CONPES se realizará a través del Plan de Acción y Seguimiento (PAS) que se encuentra en el Anexo A del mismo. Allí se señalan las entidades responsables de cada acción, los periodos de ejecución de éstas, los recursos necesarios y disponibles para llevarlas a cabo y la importancia de cada acción para el cumplimiento del objetivo general de la política.

El reporte periódico consistente con el PAS lo realizarán todas las entidades incluidas en este documento CONPES y será consolidado según los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación (DNP). El seguimiento será semestral durante el periodo comprendido entre el año 2022 y 2023 y se presentará un informe de cierre final, tal y como se presenta en la siguiente Tabla 6.

Tabla 6. Cronograma de seguimiento

Corte Fecha

Primer corte Diciembre de 2021

Segundo corte Junio de 2022

Tercer corte Diciembre de 2022

Cuarto corte Junio de 2023

34 Datos tomados de la Hoja “10-COST PERS” del Modelo financiero, Estudios de prefactibilidad Findeter 2021.

29

Informe de cierre Diciembre de 2023

Fuente: Dirección de Desarrollo Social, DNP (2021).

#### 4.6. Financiamiento

De acuerdo con los antecedentes del proyecto, los compromisos suscritos entre los

actores del orden nacional y los entes territoriales, y en coherencia con el marco normativo, los recursos necesarios para la financiación del Proyecto de infraestructura se obtendrán del Presupuesto General de la Nación (PGN). Vale anotar que, para la construcción, la Gobernación aporta el lote al proyecto que, a la fecha, se encuentra en proceso de adquisición y se compromete a ser el poseedor del predio donde se desarrollará la construcción del proyecto, cumpliendo las disposiciones de ley y garantizando la disponibilidad de servicios públicos\*\*.

En lo referido a la financiación, teniendo en cuenta los estudios de prefactibilidad del proyecto de infraestructura Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, éste se financia mediante la figura de vigencias futuras excepcionales para los años 2022 y 2023, las cuales se enmarcan en los rubros definidos para el proyecto de inversión Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, identificado con el código BPIN 2018011000036, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Recursos de Vigencias Futuras con Presupuesto General de la Nación (Pesos corrientes)

Nombre de proyecto Vigencia Por vigencia

BPIN 2018011000036: 2022 15.000.000.000

Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la 2023 14.140.263.867

prestación de servicios de salud nacional

Total 29.140.263.867

Fuente: Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas, DNP (2021).

Derivado del alcance y objetivos del proyecto, los costos proyectados para la Construcción, equipamiento fijo y dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, ascienden a 29.140.263.867 de pesos con 55 Adjudicado a la Gobernación de Sucre mediante auto del Juzgado Segundo de familia de Sincelejo Sucre- No. 2021-00344-00 del 10 de noviembre de 2021.

30

los cuales se financiará la construcción y dotación del proyecto, como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de los costos del proyecto (Pesos corrientes)

Concepto Valor

Construcción Infraestructura física del Hospital (preliminares, estructuras, 23.127.537.639

redes e instalaciones, acabados, obras exteriores)

Dotación equipos biomédicos 4.625.507.528

Interventoría 1.387.218.700

Totales 29.140.263.867

Fuente: Findeter (2021).

Con base en los estudios de prefactibilidad disponibles a la fecha, es posible establecer que el requerimiento de recursos para su ejecución comenzará en el año 2022 y se prorrogará hasta el año 2023 y, por lo tanto, se requiere la autorización para comprometer recursos que superan el periodo de gobierno actual. Lo anterior implica solicitud de vigencias futuras por las cuales se somete a consideración del CONPES la declaración de importancia estratégica del proyecto de inversión anteriormente citado.

Para estos efectos se destaca que , el Consejo Superior de Política Fiscal, en sesión del 11 de noviembre de 2021, otorgó aval fiscal por valor 29.140.263.876 pesos distribuidos como se observa en la Tabla 9, para la vigencia 2022 por 15.000 millones de pesos y para

la vigencia 2023 un monto de 14.140.263.876 pesos (Anexo BJ), considerando que el proyecto no presenta impacto fiscal adicional, toda vez que tales recursos se ajustan al Marco de Gasto de Mediano Plazo 2021-2024 del sector salud y cumple con lo señalado en el artículo 24 del Decreto 111 de 1996%, y los artículos 4 y 11 de la Ley 819 de 2003. Como se indicó, en la Tabla 9 se presentan los recursos solicitados por vigencia para el desarrollo del proyecto.

Tabla 9. Distribución de recursos por vigencias y MGMP sector salud

(Millones de pesos corrientes]

Nombre de proyecto Vigencia Distribución MGMP sector salud  
agregada

56 Por el cual se compilan la ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la ley 225 de 1995 que conforman e estatuto orgánico del presupuesto.

31

BPIN 2018011000036 2022 15.000 36.974

Mejoramiento de la capacidad

: 2023

instalada asociada a la

prestación de servicios de salud

nacional

14.140 39.457

Fuente: Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas, DNP (2021).

32

## 5. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social:

1. Declarar de importancia estratégica el proyecto de inversión Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional para la construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, de acuerdo con lo establecido en la Ley 819 de 2003; el Decreto 1068 de 2015, y el aval del Confis, presentado en el Anexo B del presente documento.

Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social:

a. Realizar las acciones necesarias para adelantar el trámite de las vigencias futuras excepcionales requeridas con el fin de garantizar los recursos para la construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre.

Apoyar y acompañar, en el marco de sus competencias, a las entidades territoriales estructurantes del proyecto en el proceso de factibilidad y obtención de concepto de viabilidad desde el punto de vista técnico, económico, social, financiero, ambiental y jurídico del proyecto de infraestructura construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, en el marco del desempeño de las redes de prestadores de servicios de la entidad territorial, garantizando la eficiencia y efectividad de los recursos que se asignan del Presupuesto General de la Nación. Realizar las acciones necesarias para contratar y ejecutar las actividades para la construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre, de acuerdo con la normativa



aplicable”, procurando la optimización de los recursos y del tiempo durante la

57 Se debe considerar que según lo dispuesto en el artículo 110 del Decreto 111 de 1996 Estatuto Orgánico del Presupuesto, los mecanismos jurídicos de ejecución contractual son competencia de las entidades ejecutoras de los proyectos de inversión. Artículo 110. Los órganos que son una sección en el Presupuesto General de la Nación tendrán la capacidad de contratar y comprometer a nombre de la persona ijurídica de la cuál hagan parte, y ordenar el gasto en desarrollo de las apropiaciones incorporadas en la respectiva sección, lo que constituye la autonomía presupuestal a que se refieren la Constitución Política y la ley. Estas facultades estarán en cabeza del jefe de cada órgano quien podrá delegarlas en funcionarios del nivel directivo o quien haga sus veces, y serán ejercidas teniendo en cuenta las normas consagradas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y en las disposiciones legales vigentes. (...)

33

ejecución de las obras, así como el desarrollo funcional e integral del proyecto, para garantizar la sostenibilidad de las inversiones.

d. Solicitar a las entidades territoriales, a saber, el Departamento de Sucre y el Municipio de Coveñas, la información relevante para el reporte semestral sobre el avance de la construcción, equipamiento fijo y dotación del hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, departamento de Sucre.

Solicitar al DNP consolidar y divulgar la información respecto a los avances de las acciones correspondientes de acuerdo con lo determinado en el Plan de Acción y Seguimiento (PAS). Para el logro de este proceso se requiere el compromiso del reporte oportuno de acuerdo con lo establecido en el Anexo A. La información deberá ser proporcionada por las entidades involucradas en este documento de manera oportuna según lo establecido en la sección de seguimiento.

34

ANEXOS

Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento (PAS)

Ver anexo en Excel.

35