



Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

ISSN digital: 2745-0740

ISSN impreso: 0123-8760

# Hospitalaria®

[www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)



## Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria



## 1688 AIM + 4K

Sistema con imágenes de fluorescencia diseñado en la plataforma 4K para cirugías mínimamente invasiva y abierta. Sistema con SPY-PHI el generador de imágenes portátil con fluorescencia.

Invima: 2009DM-0003684



Invima: 2020DM-0021807

## Neptune® 3

Sistema de gestión de residuos

Sistema de gestión de residuos Neptune 3. Cinco años de investigación y desarrollo dieron por resultado el Neptune 3, un dispositivo multifuncional centrado en lo principal: la seguridad y la eficacia.

## ProCuity



Invima: 2013DM-0009676

### Segura. Inteligente. Configurable.

Mantener seguros a los pacientes es la esencia de todo lo que hacemos.

## TPX

Micro sierras para huesos pequeños

Nuestro último lanzamiento en motores para micro y medianos fragmentos representa confianza, poder y versatilidad para procedimientos en diferentes especialidades incluyendo Maxilo, pie y mano, columna y medicina deportiva, entre otras.



Invima: 2014DM-0011462

## Prime TC

Silla de transporte intrahospitalario con diseño ergonómico que permite el traslado de pacientes de una forma cómoda y segura tanto para los pacientes como para los cuidadores.



Invima: 2014DM-0011652



**isuite**

### Diseño e integración

- Funcionalidad y sostenibilidad
- Cumplir con plazos y objetivos de costos
- Fácil de usar y mantener

### Visualización y gestión

- Cualquier imagen en cualquier pantalla, personalizada y configurable
- Niveles excepcionales de calidad de imagen y sostenibilidad del sistema
- Fácil control desde un panel

### Posición e iluminación

- Reducción de sombra para una visualización excelente

- Estabilidad en la colocación de pacientes para un acceso adecuado
- Equipos fáciles de mover para mejorar los flujos de trabajo

### Conexión y almacenamiento

- Almacenamiento eficiente de imágenes y vídeos
- Integración completa conectando PACS e HIS
- Acceso sencillo a imágenes y vídeos
- Videoconferencias seguras y personalizadas

Mesas Operon 850, 820 & 760 –  
INVIMA 2014DM-0011468  
Lámparas F628 F528 Berchtold  
INVIMA 2014DM-0011462

## Stryker Colombia SAS

Este documento es sólo para uso de profesionales de la salud.

Los cirujanos siempre deben usar su juicio clínico profesional para decidir si usan o no un producto en particular en el tratamiento de un paciente. Stryker no ofrece ninguna asesoría médica y recomienda a los cirujanos estar enterados en el uso del producto antes de utilizarlo en cirugía. La información presentada es para demostrar un producto de Stryker. Los cirujanos deben siempre consultar el folleto incluido en el producto, la etiqueta de producto y/o las instrucciones de uso incluyendo las instrucciones de limpieza y esterilización (si aplica) antes de usar cualquier producto Stryker. Es posible que algunos productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad de productos está sujeta a las legislaciones y/o prácticas médicas vigentes en cada mercado. Por favor contacte a su representante de Stryker Local si tiene preguntas sobre la disponibilidad de productos Stryker en su área. Todas las marcas registradas son marcas registradas de sus respectivos propietarios o poseedores.

**EDITOR**  
Roberto Esguerra Gutiérrez

**COORDINADORA EDITORIAL**  
Ayde Cristancho Cristancho

**COMITÉ EDITORIAL**  
Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Henry Gallardo,  
Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, Ayde Cristancho

**JUNTA DIRECTIVA 2021 - 2023**

**PRESIDENTE**  
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

**VICEPRESIDENTES**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO (BOGOTÁ)  
HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)

**MIEMBROS PRINCIPALES**  
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS SÁNCHEZ (CALI)  
CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)  
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)  
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS MÁRQUEZ VILLEGAS – JAVESALUD - CARLOS HUMBERTO TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA - EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS (BOGOTÁ)  
CLÍNICA IMBANACO - RAFAEL GONZÁLEZ MOLINA (CALI)

**SUPLENTE**  
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD (SES) DE CALDAS - ANGELA MARÍA TORO MEJÍA (MANIZALES)  
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL - MAURICIO TAMAYO PALACIO (MEDELLÍN)  
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA. - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)  
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DÁGER FERNÁNDEZ (CALI)  
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - DIEGO CASTRESANA DÍAZ (BARRANQUILLA)  
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMÓN (BOGOTÁ)  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEÓZ - MIGUEL TONINO BOTTA (CÚCUTA)  
CLÍNICA CARDIOVID - CARLOS ALBERTO LOZANO MUÑETÓN (MEDELLÍN)  
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL - JORGE RICARDO LEÓN FRANCO (BUCA RAMANGA)

**REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS**  
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN) –  
JAMEL ALBERTO HENAO CARDONA

**REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES**  
B BRAUN MEDICAL S.A., JORGE ARÉVALO R. - HOSPITAL CARE MANAGER COLOMBIA

**MIEMBRO HONORARIO**  
ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ

**INVITADO PERMANENTE**  
ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DEL VALLE DEL CAUCA (ASOHOSVAL) -  
LIGIA ELVIRA VIAFARA

**DIRECTOR GENERAL**  
JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

HOSPITALARIA es una publicación periódica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. HOSPITALARIA copyright 2008. Derechos reservados, inclusive de traducción. Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de las empresas patrocinadoras. Las empresas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 N° 73-15, Bogotá.  
PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005  
E-mail: comunicaciones@achc.org.co  
Internet: www.achc.org.co

**DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO**  
Jesús Alberto Galindo Prada  
almadigital2010@gmail.com

**ILUSTRACIÓN PORTADA**  
MIQUELOFF

## 2 Editorial

La tecnología hospitalaria

## 4 De portada

Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria

## 27 Investigación

47.º Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria a 31 de diciembre de 2021

## 62 Agenda gremial

Conozca los expertos que trae el XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas

## 72 Notas del actualidad

- Simposio Internacional de Calidad del Suroccidente Colombiano, convocado por el Hospital Infantil Los Ángeles en sus 70 Años, reunió líderes en salud del más alto nivel
- 65 años de la Clínica Shaio, en el corazón de los colombianos

## 77 Internacional

Es urgente transformar la atención en salud mental y cuidados conexos: OMS

## 82 Nos preguntan

La importancia del mecanismo jurídico de la Emergencia Sanitaria en Colombia para atender la pandemia por COVID-19

## 90 De nuestros Patrocinadores

- Siemens Healthineers lanzó el primer escáner de tomografía con tecnología de conteo de fotones
- La tecnología como plataforma para la transformación y democratización de la salud

## 94 De los pacientes

- “Insatisfacción con EPS debe convertirse en oportunidad de mejora”: Pacientes Colombia
- Ley Jerónimo creará registro de donantes de células madre para niños con cáncer

## 100 Cifras del país

Se mantiene tendencia de leve disminución del trabajo infantil en Colombia

## 104 Glosario

# La tecnología hospitalaria

El papel de la tecnología en la atención hospitalaria es cada vez más preponderante, debido a la infinidad de avances tecnológicos ocurridos en los últimos años. La tecnología debidamente empleada aporta para la precisión de los diagnósticos y los tratamientos, la eficacia y la eficiencia de los servicios, y la comunicación y accesibilidad para los pacientes y sus familias.

Un ejemplo reciente es el papel que ha jugado la telemedicina, la teleconsulta y la teleorientación en la pandemia por COVID-19. En los momentos más críticos, fue la única manera como muchos pacientes pudieron continuar sus tratamientos, tener consultas con sus médicos, educarse en los temas atinentes a sus enfermedades o a la pandemia misma. Varios hospitales entendieron rápidamente la importancia de emplear estas tecnologías de manera intensiva durante las cuarentenas y, luego de ellas, se convirtieron en alternativa permanente.

Nuestros hospitales y clínicas han incorporado tecnología de última generación como la cirugía robótica, el PET (tomografía por emisión de positrones), el *gammaknife* (Cirugía por radiación o llamada también "cirugía sin cuchillo), la robotización de servicios farmacéuticos, la automatización de almacenes y archivos, la digitalización de la historia clínica y de procesos administrativos, etc. Otras tecnologías, como el ecógrafo incorporado a teléfonos móviles, llamado el "fonendoscopio moderno" o tecnologías incorporadas a los relojes digitales para detección de fibrilación auricular son ya de uso rutinario en muchas instituciones, así como también el telemonitoreo y las aplicaciones de inteligencia artificial para in-

terpretación de exámenes (radiológicos, fondo de ojo, etc.) comienzan a ser de uso frecuente.

Son innegables los beneficios para la humanidad de todas estas tecnologías, que también despiertan desconfianza en muchos sectores por el eventual desplazamiento de trabajo profesional y técnico, y muchos las responsabilizan de la deshumanización de la atención médica, cuando la verdad es que ni lo uno ni lo otro tienen sentido pues, si bien pueden realizarse con asombrosa precisión y eficacia algunas labores que actualmente realizan profesionales, el tiempo que liberan de trabajo médico podrá emplearse en conocer mejor al ser humano que está enfermo, a dedicarle tiempo a sus inquietudes, angustias y temores. Por lo tanto, no se puede culpar a los desarrollos tecnológicos en esta área por una aparente deshumanización; por el contrario, podrá humanizar muchos procesos y procedimientos, haciéndolos más oportunos y adecuados y liberando tiempo al profesional para entender y conocer mejor a su paciente.

A la vez, esta profusión de nuevas tecnologías de todo tipo, muchas de ellas de costos muy elevados, representa un reto gigantesco a la hora de elegir una nueva, bien sea para reemplazar una por obsolescencia o para realizar un cambio tecnológico motivado por diversas circunstancias. Estos procesos son entonces muy difíciles para administradores y tomadores de

decisiones, que se ven sometidos a presiones por parte de profesionales que desean alguna tecnología en particular que han conocido o con la que están familiarizados, y de vendedores que los llenan de propaganda comercial, además de toda la información científica de diversas fuentes.

Todas esas circunstancias justifican la existencia de las evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS), que abarcan diferentes campos, dependiendo del nivel de su aplicación (global, nacional o institucional) y comprende aspectos tan diversos como los legales, éticos y técnicos, entendiendo que su esencia fundamental radica en la evaluación clínica (eficiencia, eficacia y calidad), los aspectos económicos (precios, costo efectividad y comparaciones entre diferentes opciones) y la seguridad (seguridad técnica para el paciente, efectos adversos o secundarios). Son varias las organizaciones de nivel mundial o regional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la red europea para evaluación de tecnologías sanitarias (EUnetHTA), que han desarrollado materiales, herramientas y sistemas para evaluación de tecnología.

En este número de *Hospitalaria*, publicamos el resultado de la investigación “Una mirada a la evaluación de la tecnología hospitalaria”, realizada por el equipo de investigación de la ACHC, con datos de 64 instituciones privadas y públicas de diferentes niveles de complejidad. Es evidente que todas confieren especial importancia al tema de las ETS, afirman tener un área de gestión clínica

que lidera la gestión de tecnología y, además, buscan asesoría externa para la toma de decisiones. Se demuestra que los mecanismos se están aplicando especialmente para la evaluación de equipos y dispositivos biomédicos, en menor proporción para servicios diagnósticos y terapéuticos, y en un porcentaje muy bajo (13%) para lo que tiene que ver con tecnología de la información (*software* y *hardware*) y otros. En particular, parece importante

que se aplique con mayor frecuencia este instrumento para la tecnología de la información que cada vez es más compleja y costosa.

Finalmente, vale la pena resaltar el papel que está jugando el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS) y no sobra recordar que fue la ACHC que, en buena hora, recomendó su creación dentro de las acciones necesarias para mejorar el funcionamiento del sistema de salud y que fue incorporada en la Ley 1438 de 2011. 

**Vale la pena resaltar el papel que está jugando el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS) y no sobra recordar que fue la ACHC que, en buena hora, recomendó su creación dentro de las acciones necesarias para mejorar el funcionamiento del sistema de salud y que fue incorporada en la Ley 1438 de 2011.**

# Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria

Dirigido por  
Juan Carlos Giraldo

Valencia<sup>1</sup>

Elaborado por  
Grupo de Investigación y  
proyectos ACHC<sup>2</sup>

## 1. Introducción

La Ley 100 de 1993 estableció que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) era el órgano competente para que definiera y actualizara el contenido de los Planes Obligatorios de Salud (POS), teniendo en cuenta la tecnología apropiada disponible en el país; igualmente, debía recomendar al Gobierno Nacional el régimen y los criterios para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias, tareas que debían estar listas antes de cumplirse un año de haber sido expedida la Ley.

En el año de 1994, el Gobierno Nacional expidió el POS y el manual tarifario (conocido como *Manual Tarifario*

SOAT<sup>3</sup>). Para la elaboración de estos dos instrumentos, el Ministerio de Salud se basó en el manual de tarifas que utilizaba el extinto Instituto de los Seguros Sociales (ISS); con esta decisión “práctica”, dieron acceso a la población al nivel tecnológico de una institución que se destacó por su limitada capacidad técnica y científica y con alto grado de obsolescencia, como se pudo comprobar cuando se realizó la primera evaluación tecnológica que lideró el Ministerio de Salud, para construir la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), en la que participaron las sociedades científicas, hospitales y clínicas, entre otros actores.

La Ley 100 también creó las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para que, entre otras funciones, garantizaran el POS a sus afiliados. No obstante, ante un plan obligatorio que le faltaba en muchos procedimientos definir la tecnología, las EPS se resistieron a autorizar a hospitales y clínicas el uso de tecnologías disponibles en el país y cuya efectividad había sido probada mundialmente. Pero, como no estaba explícitamente definida en el POS y los manuales tarifarios (SOAT e ISS), no la aceptaron, un caso representativo es el que se presenta a continuación

<sup>1</sup> Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]). Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Magíster en Administración de Salud, por la Universidad Javeriana, y Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud, por la Universidad de Barcelona.

<sup>2</sup> Liliana Claudia Delgado, economista por la Pontificia Universidad Javeriana; M. Sc. en Cooperación Internacional al Desarrollo por la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). Ana Sofía Ruiz, economista y politóloga por la Pontificia Universidad Javeriana. Fernando Bohórquez Robayo, administrador de empresas, especialista en evaluación de proyectos. Juan Guillermo Cuadros Ruiz, administrador de empresas por la Universidad Nacional de Colombia, y Maestría en MBA por la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>3</sup>SOAT es el acrónimo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Somos COHAN,  
somos la Cooperativa  
que desde 1983 agrupa  
a los hospitales públicos  
de Antioquia

## Portafolio de productos y servicios

Para acercar cada vez más los servicios  
de salud a las comunidades del Departamento

- Gestión farmacéutica integral
- Distribución de medicamentos  
y dispositivos médicos
- Prestación de servicios de salud
- Formación para el trabajo  
Politécnico COHAN Ciencias de la Salud



Escanea este código QR  
para más información



[www.cohan.org.co](http://www.cohan.org.co)



+57 310 3623171



+57 310 2267330



+57 300 3888097

En el POS y en los manuales tarifarios no estaba definida la vía en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos que tienen como alternativa la vía abierta o la vía laparoscópica, y las EPS sostenían que la única autorizada era la abierta, porque para ellos era la tecnología disponible en el país, aunque realmente era la tecnología con la que disponía el ISS. Pasado el tiempo, y por la gestión de algunas sociedades científicas, en especial por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, que presentó su propia evaluación y de algunas clínicas que, basándose en evaluaciones internacionales en las que se demostraba la efectividad, seguridad, utilidad y costos de la cirugía laparoscópica versus la cirugía abierta, las EPS después de años y con la mediación del Gobierno, el comité de evaluación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la ACHC se comprometieron a reconocer los procedimientos quirúrgicos vía laparoscópica, con la condición de que el acto quirúrgico vía abierta o vía laparoscópica se pagaría a la misma tarifa, desincentivo que hizo que muchas entidades y prestadores tardaran años en incorporar el uso del laparoscopio.

Sin embargo, más allá de este tipo de historias y gracias a la responsabilidad y capacidad técnica y científica de nuestras clínicas, que se empeñaron en la prestación de servicios con calidad y asumieron riesgos financieros (porque las EPS no reconocían estas tecnologías), el país pudo contar desde hace varios lustros con tecnologías como el Gamma Knife, Positron Emission Tomography (PET), Robot Da Vinci, entre otras. En la actualidad, el país cuenta con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), y son rigurosas las actualizaciones de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). Pero paradójicamente los manuales tarifarios SOAT del año 1996 e ISS del 2001 siguen siendo referentes para la contratación y reconocimiento tarifario.

## 2. ¿Qué es una Evaluación de Tecnologías de Salud?

Una parte muy importante de los avances sociales y la construcción de la sociedad que conocemos ha estado mediada por el desarrollo y la inclusión de diferentes

tecnologías, que han permitido mejorar las condiciones de vida de las personas. El sector salud no es ajeno a esta situación, ya que a lo largo de los años ha buscado incorporar diferentes tecnologías que le permitan la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las diferentes enfermedades que afectan a las personas (Lizcano & Camacho, 2019) y, en este sentido, también se ha hecho importante estar realizando evaluaciones periódicas sobre dichas tecnologías. De esta manera, surgen las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS), las cuales tienen como su principal objetivo el de proveer información confiable a los actores del sistema de salud para la toma de decisiones sobre el impacto que tiene el uso y la gestión de medicamentos, equipos, dispositivos, procedimientos en salud y, en general, todas las tecnologías usadas dentro de este sistema (Organización Panamericana para la Salud, OPS 2016; Barrientos et al., 2016).

Si bien las metodologías utilizadas para realizar las ETS son variadas y dependen del tipo de tecnología sobre la que se está llevando a cabo la evaluación, estas se encuentran enfocadas en la rigurosidad científica y los métodos sistemáticos que den evidencia de la calidad y, de esta forma, sea posible tener todas las consideraciones para hacer uso o no de una tecnología en materia de salud. De igual forma, los criterios que son tenidos en cuenta en la implementación de una ETS dependen de la institución y la evaluación; sin embargo, algunas experiencias, como la de la Red europea para la evaluación de tecnologías sanitarias (EUnetHTA, por sus siglas en inglés), que estableció criterios como i) problema de salud y uso actual de la tecnología; ii) descripción y características técnicas de la tecnología; iii) seguridad; iv) eficacia clínica; v) costos y evaluación económica; vi) análisis ético; vii) aspectos organizacionales; viii) pacientes y aspectos sociales,

y ix) aspectos legales, muestra que, a la hora de desarrollar una evaluación, se busca tener en cuenta diversos factores, no solo enfocados al análisis costo-efectividad, sino que también involucran las posibles implicaciones sociales, médicas, de seguridad y éticas en su construcción, implementación y resultados entregados (Lizcano & Camacho, 2019).

Adicionalmente, las ETS se realizan en tres dimensiones diferentes: macronivel, mesonivel y micronivel, cada uno correspondiente a diferentes actores y niveles de las decisiones requeridas. De forma más profunda, Barrientos et al. (2016) realizan una descripción de cada una de las dimensiones; estas son las siguientes:

1. **Macronivel.** También conocido como el *nivel nacional*, aquí el Estado es el actor principal y ente regulador. Sus decisiones están enfocadas en materia de asignación de recursos, regulación y sistemas de reembolso. A partir de la evaluación de aspectos como la seguridad, la eficiencia, la parte organizacional de las instituciones, entre otros aspectos, se definen políticas sobre las tecnologías en el sector salud.
2. **Mesonivel.** También es conocido como el nivel institucional y su desarrollo se da en un ámbito más local, por lo que su papel es intermedio en el uso y gestión de las tecnologías. Se analiza si la población se beneficia del uso de cierta tecnología, así como los posibles riesgos que esta puede acarrear.
3. **Micronivel.** Debido a que las decisiones sobre las tecnologías usadas son tomadas al interior de las instituciones, también se conoce como el nivel de la decisión clínica. Lo anterior se realiza valorando la evidencia disponible y comparaciones entre las diferentes alternativas disponibles con mismo beneficio, pero

## Las ETS se realizan en tres dimensiones diferentes: macronivel, mesonivel y micronivel, cada uno correspondiente a diferentes actores y niveles de las decisiones requeridas.

diferente eficiencia, determinando cuáles deben ser las conductas clínicas más apropiadas.

Es importante mencionar que existe una relación estrecha entre todos los niveles en los que se pueden realizar ETS, ya que, por ejemplo, la regulación de las tecnologías enmarcada en la seguridad y la eficacia funciona como un piso para las evaluaciones que se realizan en los otros dos niveles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Además, en los niveles hospitalarios, pese a que las necesidades son distintas, se usan las mismas metodologías para realizar ETS que en este caso resultan en una mejora de los procesos empleados en las instituciones, así como en una mejora en los servicios prestados a los pacientes (Lizcano & Camacho, 2019).

### 3. ¿Cuáles existen?

Dada la importancia que han tomado las ETS, se conocen diferentes experiencias y esfuerzos por promover la formulación e implementación de estas, tanto de forma conjunta (organizaciones multilaterales) como de forma individual (países). Un ejemplo de esfuerzos colectivos es el ya mencionado de la EUnetHTA, quienes desarrollaron el Core Model para que las ETS se basen en criterios clínicos, económicos, de seguridad y organizativos, que reflejen las necesidades a los tomadores de decisiones y así se resuelva si se invierte o no en nuevas tecnologías o tratamientos (Lizcano & Camacho, 2019).

Adicionalmente, también se tiene la experiencia de la adopción por parte de los países miembro de la Organización Panamericana para la Salud (OPS), en el año 2012, de la Resolución CSP28.R9, titulada "Evaluación e



Incorporación de Tecnologías Sanitarias en los Sistemas de Salud”, con la que se buscó que las decisiones que se adoptaran en materia de vinculación y tratamiento de tecnologías en salud estuvieran vinculadas con la realización de las ETS, por medio del fortalecimiento de los procesos de compra, la transparencia, el intercambio de información, el fortalecimiento de la institucionalidad y equipos evaluadores, la priorización de las evaluaciones según las necesidades, entre otros aspectos. Asimismo, se buscó una integración regional en la que, desde la OPS, se acompañara a los Estados miembro con la formulación de políticas dirigidas a las ETS, la promoción del intercambio de información mediante el desarrollo de una Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, entre otras acciones (OPS, 2012).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) se ha centrado en la construcción de una serie de documentos técnicos sobre dispositivos médicos, dentro de los que se incluye la cartilla de *Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos*. Este documento se compone de una serie de aspectos importantes para las ETS, dentro de los cuales se encuentra:

1. La relación que tiene con la gobernanza del Sistema de Salud: las nuevas tecnologías son integradas por las decisiones de las autoridades pertinentes, con lo que las ETS deben tener en cuenta las diferentes estructuras de gobierno en cada nivel para maximizar su impacto.
2. La institucionalidad tras la evaluación: existen diferentes agencias que se encargan de realizar ETS que son de diferente naturaleza y tienen enfoques distintos según los objetivos trazados.
3. La relación entre ETS y procesos de innovación: puede ser vista desde dos perspectivas contrarias: a) una en la que las ETS se consideran como una barrera para el desarrollo de nuevas tecnologías que contengan un alto componente innovador por cuenta de la añadidura de requisitos adicionales para la adopción de la nueva tecnología; la visión contraria es b) en la que se pone a las ETS como un paso más del proceso de innovación para entender si

la nueva tecnología se adapta a las necesidades de la población a la que está dirigida.

4. Las ETS como parte fundamental de la buena gestión: las ETS son fundamentales para la toma de decisiones (sobre todo en escenarios en los que el acceso a tecnologías en salud es limitado), la responsabilidad pública y la buena gobernanza, y son fundamentales para la transparencia dentro del sistema.

## 4. El contexto colombiano

Tras la expedición de la Ley 1122 de 2007, desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (2008; 2012) se efectuó un ejercicio de identificación de acciones necesarias para el mejoramiento del funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia. Con esto, la ACHC realizó una serie de propuestas, dentro de las cuales se resalta la creación de una agencia de evaluación de tecnologías en salud, que brindara información sobre alertas y metodologías para evaluar los equipos y, así, facilitar y dar un grado de homogeneidad a los esfuerzos realizados por las instituciones del sector.

Años después, mediante la Ley 1438 de 2011, se creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud el cual se compone por diferentes actores dentro del sistema, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Desde su fundación, ha tenido la misión de contribuir a la mejora continua de la salud de los ciudadanos del país mediante la generación de evidencia científica que soporte las decisiones que se toman en materia de tecnologías en el área de la salud, de forma tal que, dentro de sus objetivos, se encuentran los de evaluar tecnologías en salud, teniendo en cuenta criterios de seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico, así como el diseño de protocolos de atención en salud, que

# ASESORÍA JURÍDICA ESPECIALIZADA A PRESTADORES DE SERVICIOS EN SALUD

Somos una firma de servicios jurídicos especializada en el sector salud, que integra una asesoría jurídica integral 24/7 con la gerencia del riesgo jurídico.

Hemos desarrollado una **herramienta Legal Tech de apoyo a la gestión jurídica** de los prestadores de servicios en salud, construida sobre el **tratamiento de 205 factores de riesgo presentes en siete (7) ejes de gestión.**

- ✓ 1. Planeación Jurídica.
- ✓ 2. Estructura organizativa.
- ✓ 3. Talento Humano.
- ✓ 4. Contratación.
- ✓ 5. Procesos judiciales.
- ✓ 6. Prevención de la responsabilidad médica.
- ✓ 7. Flujo de recursos.

El no tratamiento del riesgo impacta en los resultados misionales del PSS; por ello combinamos nuestra experiencia, procesos y tecnologías, para mejorar el desempeño de su área jurídica, desde la prevención del daño, la protección y la eficiencia en la gestión.



## ¿Qué nos hace diferentes?

**González Páez Abogados S.A.S.**, es la mejor alternativa jurídica del mercado capaz de integrar procesos especializados, conocimiento, tecnologías de la información, experiencia, eficiencia, resultados, oportunidad y calidad en el asesoramiento jurídico a prestadores de servicios en salud, con **casos de éxito en más de 100 prestadores de servicios en salud a nivel nacional.**

**AGENDE UNA CONSULTA CON UNO DE NUESTROS CONSULTORES LEGALES**

Realizaremos un diagnóstico de sus necesidades jurídicas, y le ofreceremos un paquete integral de servicios jurídicos especializado diseñado exclusivamente para prestadores de servicios en salud, adaptado conforme al tamaño de su institución.

**COBERTURA NACIONAL**



## **Durante el año 2021, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) diseñó y aplicó una encuesta a sus afiliados, con el objetivo de conocer sus necesidades y avances en la evaluación de tecnologías médicas basadas en la evidencia para la toma de decisiones.**

sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud, y la difusión de las metodologías empleadas y la información producida, entre otros (IETS, 2022a).

Las evaluaciones que se realizan desde el IETS son de diferente naturaleza, dentro de las cuales se incluyen las siguientes:

1. *Evaluaciones de efectividad.* Buscan indagar sobre si la tecnología evaluada cumple o no con el objetivo bajo el cual se diseñó, en condiciones reales.
2. *Evaluaciones de seguridad.* Busca establecer si la tecnología usada es segura para los pacientes o, en su defecto, cuáles son los riesgos que acarrea.
3. *Evaluaciones económicas.* Buscan brindar la mejor alternativa en cuanto a la mejor tecnología que se debe usar según los recursos disponibles; usualmente, se incluyen en este grupo las evaluaciones comparativas y de costo-efectividad.
4. *Evaluaciones de impacto presupuestal.* Son usadas de forma complementaria a las anteriores, con el fin de pla-

nificar la financiación de la tecnología que se debe usar (IETS, 2022b).

### **5. Encuesta realizada por la ACHC a sus afiliados**

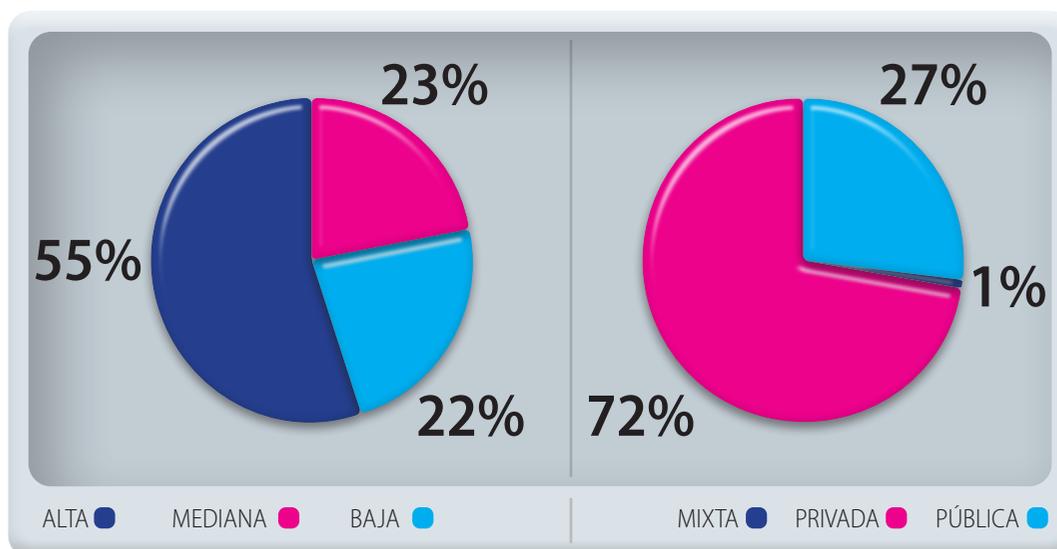
Durante el año 2021, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) diseñó y aplicó una encuesta a sus afiliados, con el objetivo de conocer sus necesidades y avances en la evaluación de tecnologías médicas basadas en la evidencia para la toma de decisiones.

La encuesta incluyó seis preguntas, relacionadas con la toma de decisiones para la adquisición, bajas o reposición de las tecnologías; la base de la gestión tecnológica, conformación del equipo para realizar las ETS; los tipos de tecnología sobre los que se han realizado evaluaciones; recomendaciones o solicitudes dirigidas al Gobierno y a las EPS en pro de incentivar y facilitar la realización o la adopción de estudios de ETS y, por último, las enseñanzas de la pandemia por COVID-19 con respecto a la ETS.

Se recibieron respuestas de 64 instituciones prestadoras de salud, afiliadas a la Asociación, que representan el 8,5 % del total nacional de camas hospitalarias (7.898 camas). Por otro lado, en cuanto al perfil de las instituciones, 46 (71,4 %) son de naturaleza privada, 17 (26,6 %) son públicas y 1 (2,0 %) es mixta. Por último, 35 instituciones (54,7 %) son de complejidad alta, 15 (23,4 %) son de complejidad media y 14 (21,9 %) son de complejidad baja.

Gráfico 1. Distribución IPS reportantes por complejidad

Gráfico 2. Distribución IPS reportantes por naturaleza



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Los resultados obtenidos se exponen a continuación. A la pregunta “¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en...?” (selección múltiple entre nueve alternativas).

**Tabla 1. Alternativas de respuesta a la pregunta “¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?”**

Criterio de decisión	Descripción
Seguimiento ciclo tecnológico	Según definiciones recogidas por Villanueva y Martínez (2010), el ciclo tecnológico hace referencia al ciclo de vida de la tecnología en salud, lo que abarca la precomercialización (fabricación), comercialización, adquisición, uso y eliminación.
Evaluación económica de tecnología	Según el IETS (2014), hace referencia a la comparación de costos con respecto a los beneficios derivados del uso de una o más tecnologías.
Revisión sistemática basada en la evidencia de las tecnologías disponibles	Busca responder a una pregunta planteada mediante la recolección sistemática, análisis y comparación de resultados de investigaciones de alta calidad, realizadas sobre el tema tratado (Van der Werf & Prieto, 2018).
Comités de expertos	Según Carvajal y Ruiz (2008), reúne personas expertas en la materia que se encargan de definir las necesidades que deben ser cubiertas y la tecnología que más se adecua a esto, teniendo en cuenta diferentes criterios clínicos.
Estudios de mercado	Se recolecta y analiza información para identificar las tecnologías que se adaptan a las necesidades de la institución, según las diferentes características del mercado (Monroy, 2017).

Continúa en la siguiente página →

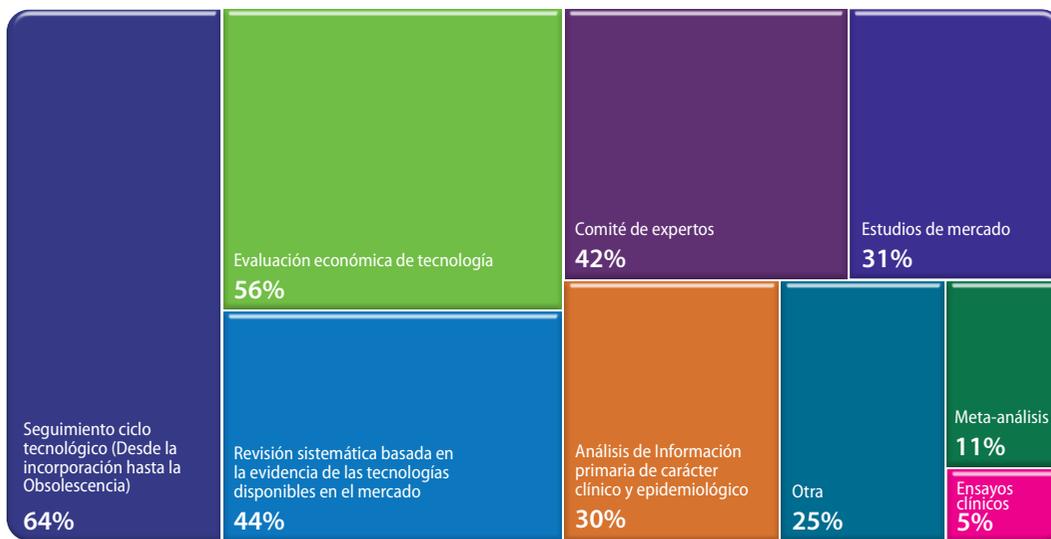
Criterio de decisión	Descripción
Análisis de información primaria de carácter clínico y epidemiológico	Se realiza teniendo en cuenta la información de primera mano, es decir, sin ser analizada o interpretada por otros autores (Maranto, 2015).
Metaanálisis	Es un tipo de revisión sistemática que, de forma mayoritariamente cuantitativa, analiza los resultados obtenidos en diferentes estudios realizados sobre las tecnologías. Además, busca incluir una comparación de las metodologías, muestras y rigurosidad (Buglioli & Pérez, 2002).
Ensayos clínicos	La evaluación se basa en el diseño y ejecución de un experimento controlado, en el que se busca minimizar los efectos externos sobre el resultado de la tecnología usada (Buglioli & Pérez, 2002).

Fuente: elaboración propia.

Se encontró que el aspecto que más tienen en cuenta las instituciones para tomar este tipo de decisiones es *Seguimiento al ciclo tecnológico (desde la incorporación hasta la obsolescencia)*, ya que el 64 % lo realiza. De igual forma, el 56 % realiza *Evaluación económica de tecnología* y el 44 % afirmó que tenía en cuenta una *Revisión sistemática basada en*

*la evidencia de las tecnologías disponibles en el mercado*, convirtiéndolos en el segundo y tercer ítem más tenidos en cuenta, respectivamente. Por otro lado, el 42 % de las instituciones tiene *Comités de expertos*, el 31 % realiza *Estudios de mercado*, el 30 % lleva a cabo *Análisis de Información primaria de carácter clínico y epidemiológico*, el 11 % realiza *Metaanálisis* y, por último, solo el 5 % se basa en *Ensayos clínicos*.

**Gráfico 3. Respuestas a la pregunta “¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?”**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021



**COLCAN**  
LABORATORIO CLÍNICO

El más completo portafolio del país con más de **3.000 exámenes** en todo nivel de complejidad.

Más de **1.800.000 pacientes** atendidos en el último año.

Cerca de **5 millones de procesamientos.**



Más de **25 sedes** a nivel nacional.

Bogotá • Barrancabermeja • Barranquilla • Bucaramanga • Cali • Cartagena • Cúcuta • Duitama  
Fusagasugá • Ibagué • Medellín • Montería • Neiva • Pereira • Tunja • Sogamoso • Valledupar • Villavicencio



C-Gen

Laboratorio de  
**CIENCIAS GENÓMICAS**



**IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**



Laboratorio  
**CLÍNICO ESPECIALIZADO**



Laboratorio de  
**PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA**



Laboratorio de  
**TOXICOLOGÍA**



Laboratorio de  
**CITOMETRÍA DE FLUJO**



[www.laboratoriocolcan.com](http://www.laboratoriocolcan.com)

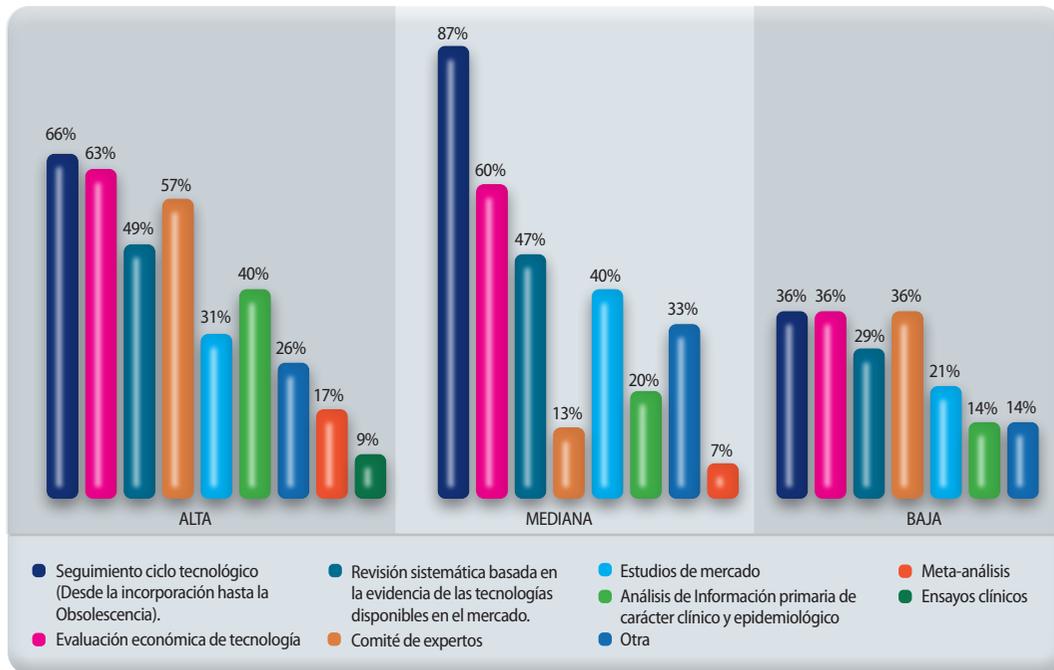
¡Déjanos conocerte!  
Escanea el código y diligencia el formulario

VIGILADO Supersalud

Además, es importante resaltar que el 25 % de las instituciones afirmó tener otra base para la toma de decisiones con respecto a sus tecnologías; las mencionadas fueron las siguientes: *Entorno competitivo*

*de la institución, Tiempo de soporte de servicio técnico, Comparación de tecnología con otras instituciones, Transformación digital, Impacto ambiental, Demostraciones de la tecnología médica, y Apertura de nuevos servicios.*

**Gráfico 4. Respuestas a la pregunta “¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?” (desagregado por nivel de complejidad de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Al desagregar estos resultados por la complejidad de las instituciones, se puede observar que el *Seguimiento a los ciclos tecnológicos* es usado en una mayor proporción en las instituciones de complejidad media (87 %) que en instituciones de complejidad alta (66 %) y baja (36 %). La *Evaluación económica* y la *Revisión sistemática basada en la evidencia* se usan en proporciones similares en instituciones de complejidad alta y media, pero estos son mayores en al menos 24 y 18 puntos porcentuales,

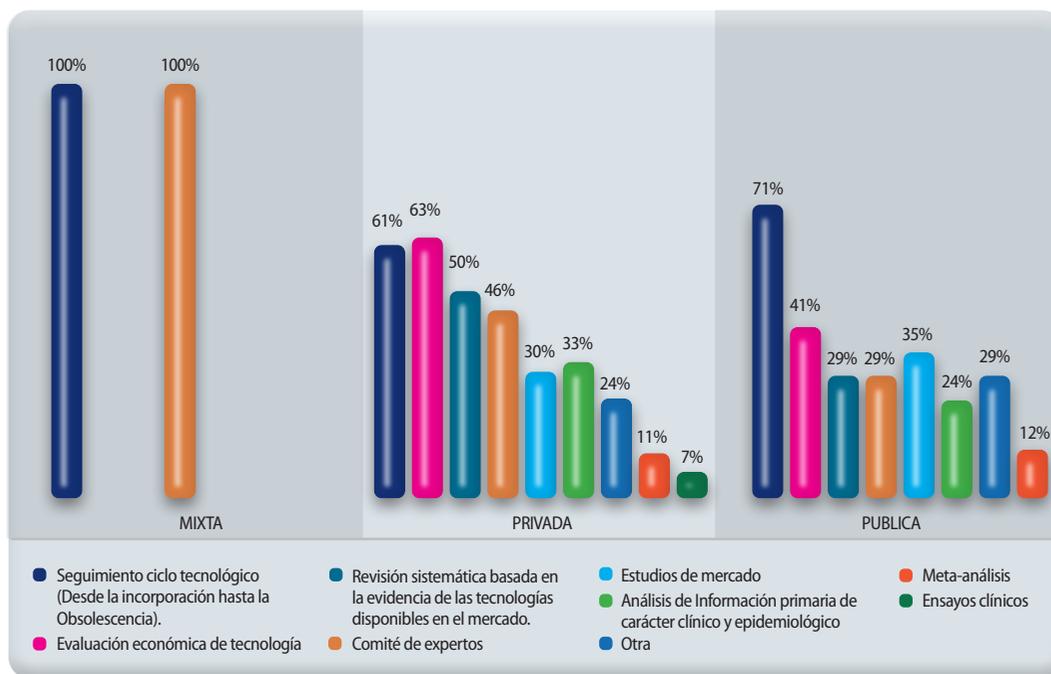
respectivamente, en las instituciones de complejidad baja. Por otro lado, pese a que el *Comité de expertos* es la tercera categoría más usada en la toma de decisiones de las instituciones de alta (57 %) y baja (36 %) complejidad, es la séptima (13 %) en instituciones de complejidad media, lo que se refleja en que en un nivel general es la cuarta categoría más importante y no la tercera.

Algo similar ocurre con los *Estudios de mercado*, ya que a nivel general

(31 %) y para las instituciones de complejidad media (33 %) es la quinta categoría más tenida en cuenta, pero para las instituciones de complejidad alta (26 %) y baja (14 %) es la séptima. Por otro lado, también se puede observar que los *Metaanálisis* no son usados por instituciones de

complejidad baja, que los *Ensayos clínicos* son usados exclusivamente por el 9 % de las instituciones de alta complejidad y que en los tres niveles de complejidad predomina el *Seguimiento al ciclo tecnológico*, la *Evaluación económica* y el *Comité de expertos*.

**Gráfico 5. Respuestas a la pregunta “¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?” (desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Al realizar la desagregación por naturaleza jurídica de las instituciones, se observa que la única institución mixta usa el *Seguimiento al ciclo tecnológico* y el *Comité de expertos* para fundamentar su toma de decisiones. Por otro lado, la mayor parte de las instituciones públicas se fundamentan en el *Seguimiento del ciclo tecnológico* (71 %), lo que también es mayor en 10 puntos porcentuales a las instituciones privadas, mientras

que estas últimas usan el *Seguimiento al ciclo tecnológico* y la *Evaluación económica* casi que en igual medida (61 % y 63 %, respectivamente).

Adicionalmente, el porcentaje de instituciones privadas que usa la *Evaluación económica*, la *Revisión sistemática basada en la evidencia*, el *Comité de expertos* y el *Análisis de información primaria* es mayor que en las instituciones públicas, mientras que el por-

centaje de instituciones públicas que hace uso de los *Estudios de mercado*, *Otros criterios* y *Metaanálisis* es mayor que en las instituciones privadas.

En la pregunta “¿La gestión tecnológica en su institución es liderada

por...?” (Selección múltiple entre siete alternativas), se encontró que no hay instituciones en las que esta gestión sea liderada por una sola área, ya que todos los participantes reportan como mínimo dos.

**Gráfico 6. Respuestas a la pregunta “¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por?”**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

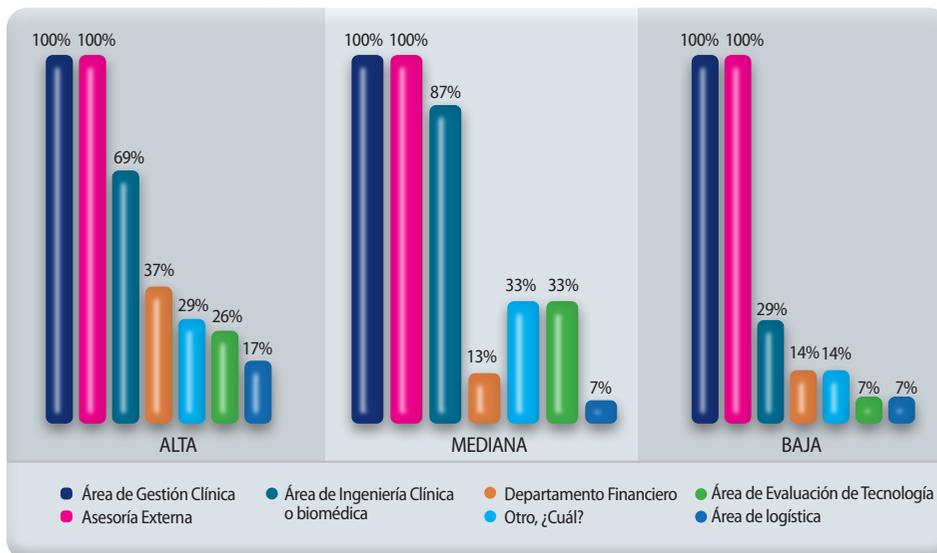
Todas las instituciones participantes declaran tener un *Área de Gestión Clínica* y contar con *Asesoría externa* para adelantar la gestión tecnológica. Además, en el 64 % de las entidades lidera o comparte la responsabilidad de la gestión tecnológica el *Área de ingeniería clínica*

**Todas las instituciones participantes declaran tener un Área de Gestión Clínica y contar con asesoría externa para adelantar la gestión tecnológica.**

*o biomédica*. En el 27 % de las instituciones es liderado o participa en la toma de decisiones el *Departamento financiero*; en el 23 %, el *Área de evaluación de tecnología*, y en un 13 %, el *Área de logística*.

De igual forma, el 27 % de las instituciones manifestaron que hay un área diferente involucrada en la gestión tecnológica, los mencionados fueron: *Servicio farmacéutico*, *Dirección de operaciones*, *Área de sistemas de información*, *Compras*, *Servicios Generales*, *Área de planeación*, *Área de proyectos*, *Gerencia general*, y *Área de calidad*.

**Gráfico 7. Respuestas a la pregunta “¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por?” (desagregado por nivel de complejidad de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Como ya se mencionó anteriormente, todas las instituciones, sin importar su nivel de complejidad, realizan su gestión tecnológica involucrando, como mínimo, al *Área de gestión clínica* y contando con *Asesoría externa*. Asimismo, en el 69 % y 87 % de las instituciones de complejidad alta y media, respectivamente, se lidera o se comparte la responsabilidad de la gestión tecnológica con el *Área de ingeniería clínica o biomédica*, lo que contrasta con las instituciones de complejidad baja en las que solo el 29 % lo hace. En cuanto al *Departamento financiero*, se observa que tiene un mayor peso en las instituciones de complejidad alta, ya que este interviene en el 37 % de los equipos que lideran la gestión tecnológica de estas instituciones, mientras que para los de instituciones de complejidad media y baja es del 13 % y 14 %, respectivamente.

De igual forma, en el 17 % de las instituciones de alta complejidad intervienen todas las áreas propuestas en la encuesta, mientras que esto solo ocurre en el 7 % de las instituciones de complejidad media y baja. Por último, es importante resaltar el hecho de que el 26 %, el 33 %

**CECOB**<sup>®</sup>

**317 518 1022**  
**301 473 1498**

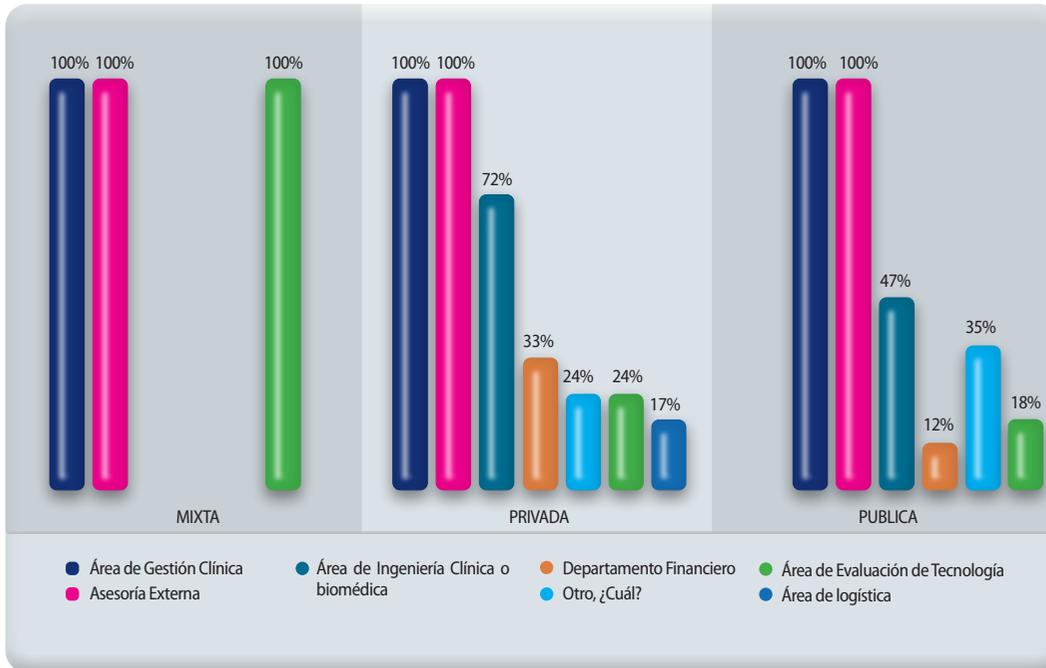
**CECOB (CENTRAL DE COBROS)**  
 PROCESOS.CECOB@GMAIL.COM  
 Edificio Laguna 46 Marbella, Cartagena  
 Cra. 3 # 46-57 Ofc. 1006

**Dra. LILIBETH SÁNCHEZ ORTIZ**

y el 7 % de las instituciones de complejidad alta, media y baja, respectivamente, ya cuentan con un área especiali-

zada dentro de sus organizaciones para la realización de evaluaciones de tecnología.

**Gráfico 8. Respuestas a la pregunta “¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por?” (desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Al desagregar esta respuesta por la naturaleza jurídica de las instituciones, se observan algunas diferencias, como las siguientes: en el sector privado, tiene mayor preponderancia en la toma de decisiones el *Área de ingeniería clínica o biomédica* y el *Área financiera*. En contraste, la proporción de instituciones públicas que involucran *Otras áreas* (35 %) es mayor que el de las instituciones privadas (24 %) en 11 puntos porcentuales.

Para la pregunta “¿Cómo se conforma el equipo que realiza las evaluaciones Tecnológicas al interior de la institución?”, en la siguiente tabla se presenta una agregación de las instituciones en ocho grupos, por tipología según como las entidades conforman sus equipos al interior de la institución, para realizar las evaluaciones de tecnología.

**Tabla 2. Composición de los equipos que realizan las evaluaciones, según su composición**

ÁREA	1	2	3	4	5	6	7	8
Gerencia General	X							
Gerencia Administrativa	X		X				X	
Gerencia Financiera			X		X	X	X	
Director Científico	X		X		X	X	X	
Director Planeación y Calidad					X			
Asesor Hospital Seguro	X							
Logística Ambiental	X	X		X				

Continúa en la siguiente página →

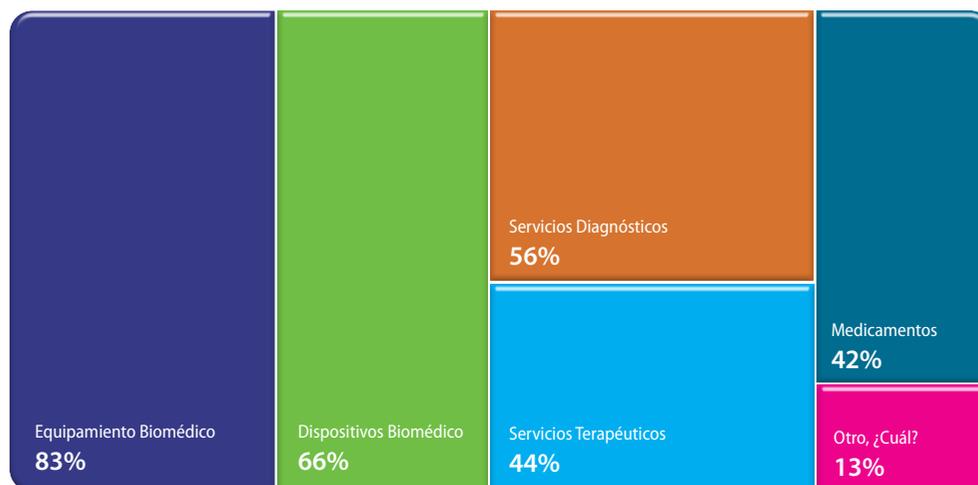
ÁREA	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingeniería y Mantenimiento	X	X	X	X	X	X		
Responsable Farmacia	X	X	X			X		
Químico Farmaceuta	X		X	X		X		
Interventor	X							
Logística de Suministros	X			X	X		X	X
Responsable Proyectos	X							
Gestión Tics e Informática		X		X	X			
Biomédica		X	X	X		X		
Seguridad del Paciente		X						
Médico Especialista		X		X				
Enfermería				X				
Jurídica							X	

Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

En la tabla 2, se puede observar que la conformación de cada grupo interno se da acuerdo con el tipo de tecnología que se esté evaluando, por lo que no hay ningún tipo de homogeneidad en estos. Según esto, la tipología 1 es la más diversa, con once áreas, en cuanto a participación de actores dentro de los procesos de evaluación, seguida por la 4 con ocho áreas participantes. Por otro lado, la tipología 8 es la menos diversa, ya que solo está conformada por logística de suministros.

A continuación, se les preguntó a los afiliados “¿En qué tipo de tecnología su institución ha realizado Evaluación de Tecnología?” (selección múltiple entre seis alternativas). El 83 % de las instituciones ha realizado este tipo de evaluaciones sobre los *Equipamientos biomédicos* y el 66 % sobre *Dispositivos biomédicos*, siendo estas las dos tecnologías sobre las que más se realizan evaluaciones. De igual forma, el 56 % de las instituciones han realizado evaluaciones sobre los *Servicios diagnósticos*, el 44 % sobre los *Servicios terapéuticos* y el 42 % sobre los *Medicamentos*.

**Gráfico 9. Respuestas a la pregunta “¿En qué tipo de tecnologías ha realizado evaluaciones la institución?”**

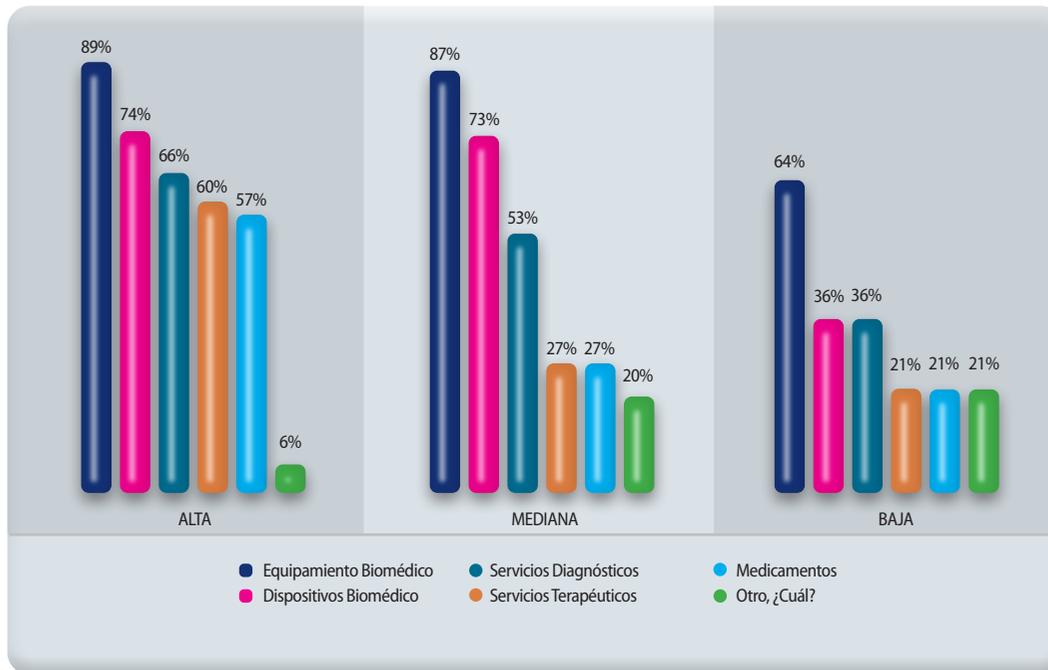


Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Adicional a esto el 13 % de las instituciones han realizado evaluaciones sobre otro tipo de tecnologías, dentro

de las que se encuentran: *Software, Seguridad de la información, Dispositivos informáticos y de apoyo.*

**Gráfico 10. Respuestas a la pregunta “¿En qué tipo de Tecnologías ha realizado evaluaciones la institución?” (desagregado por nivel de complejidad de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

Nuevamente, al realizar una desagregación por el nivel de complejidad de las instituciones y por su naturaleza, se mantiene la misma tendencia en los porcentajes de instituciones que han realizado evaluaciones sobre las tecnologías mencionadas. En cuanto a la complejidad, se puede observar el contraste del porcentaje de instituciones de complejidad alta (89 % y 74 %) y media (87 % y 73 %) que han realizado evaluaciones sobre los *Equipamientos y Dispositivos biomédicos* con el porcentaje de instituciones de complejidad baja (64 % y 36 %) que las han realizado, ya que estas diferencias alcanzan al

menos 23 y 37 puntos porcentuales, respectivamente.

Además, los servicios *Diagnósticos, Terapéuticos* y los *Medicamentos* son objeto de evaluación en una mayor proporción en las instituciones de complejidad alta que en instituciones de complejidad media y baja. Caso contrario sucede con *Otros tipos de tecnología*, ya que, mientras el 20 % de las instituciones de complejidad media y el 21 % de las instituciones de complejidad baja han hechos evaluaciones sobre estas, solo el 6 % de las instituciones de complejidad alta las han hecho.

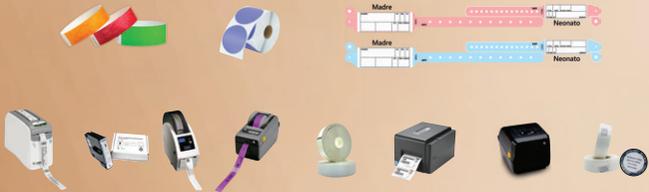
# Somos su mejor opción para la identificación de pacientes.



Visítanos stand 507A Pabellón 11-16

  
VI meditech 2022  
feria internacional de la salud  
Feria Internacional de la Salud  
BOGOTÁ, COLOMBIA  
12-15 JULIO 2022  
Member of MEDICALAlliance

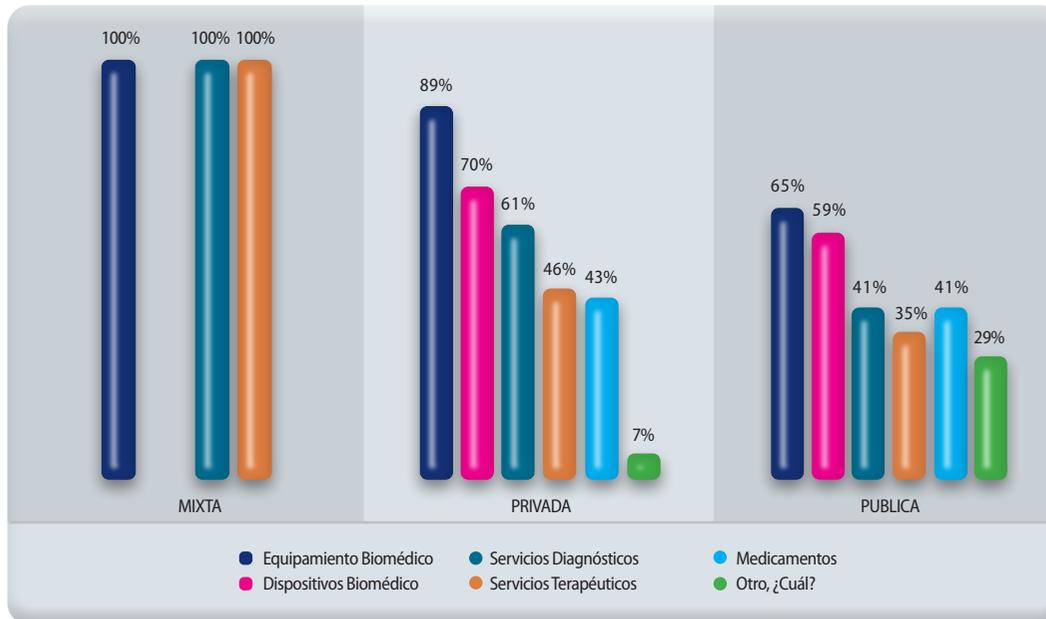
 corferias Bogotá  
Centro Internacional de Negocios y Exposiciones



Escanéame

604 448 82 92  
313 610 72 02  
300 611 63 12  
ventas@manillasparaeventos.com  
www.manillasparaeventos.com  
@manillasparaeventoscol  
www.facebook.com/manillasparaeventoscol

**Gráfico 11. Respuestas a la pregunta “¿En qué tipo de Tecnologías ha realizado evaluaciones la institución?” (desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones)**



Fuente: IPS reportantes afiliados a la ACHC, octubre 2021

En cuanto a la desagregación por naturaleza jurídica de las instituciones, la única entidad mixta se ha centrado en realizar evaluaciones sobre *Equipamientos* y *Dispositivos biomédicos* y los *Servicios terapéuticos*. Tanto las instituciones privadas como las públicas han realizado evaluaciones sobre las cinco tecnologías propuestas y *Otras*. Sin embargo, a excepción de la categoría *Otras*, una mayor proporción de instituciones privadas han realizado evaluaciones sobre todas las categorías propuestas que las instituciones públicas.

A la pregunta “¿Qué recomendación o solicitud formularía al gobierno y a los pagadores (EPS) para incentivar y facilitar la realización o la adopción de estudios de Evaluación de Tecnología?”. Al ser una pregunta abierta, a continuación, se presentan las principales opiniones de las instituciones encuestadas:

### Con respecto al Gobierno:

- Creación de una plataforma o herramienta digital que facilita o guie la evaluación de tecnología hospitalaria.

- Capacitación al personal de hospitales y clínicas en evaluación de tecnología hospitalaria.
- Divulgar estudios de evaluación de tecnología hospitalaria existentes, incluyendo los realizados por los proveedores previa selección realizada por el gobierno o por quien designe.
- Poner a disposición una base de datos (al estilo del *Emergency Care Research Institute -ECRI-*) que contenga toda la información relevante (características técnicas, económicas, geográficas, entre otras) de equipos y dispositivos biomédicos.
- Crear una entidad especializada en evaluación de tecnología hospitalaria (Desconocimiento de algunas instituciones de la existencia del IETS).
- Generar incentivos y mecanismos de apoyo para evaluar y renovar (adquirir) la tecnología hospitalaria.

- Promulgar políticas de protección para evitar abusos de proveedores y pagadores.
- Incentivar a las entidades territoriales para realizar estudios de evaluación de tecnología hospitalaria para toda la red pública de prestadores de servicios de salud.
- Actualización de tarifas en las que se reconozca las tecnologías hospitalarias evaluadas que se incorporen.
- Simplificar el proceso de importación y nacionalización, licencias, cero aranceles y cero IVA, para las tecnologías soportadas con los debidos estudios de evaluación de tecnología hospitalaria.
- Apoyo con internet a las instituciones ubicadas en las zonas rurales.

### Con respecto a los pagadores:

- Incluir dentro de los contratos incentivos la gestión de tecnología (evaluación y actualización de tecnología hospitalaria).
- Oportunidad en los pagos es la mayor contribución para realizar una adecuada gestión tecnológica.
- Actualización tarifaria, pues los manuales tarifarios SOAT e ISS están desactualizados con respecto a la tecnología que utiliza el país y el costo de su implementación y mantenimiento.

## Incentivar a las entidades territoriales para realizar estudios de evaluación de tecnología hospitalaria para toda la red pública de prestadores de servicios de salud

- No glosar tecnologías por considerarlas nuevas, sin tener en cuenta los resultados de la evaluación que las sustentan.
- Automatización de todos los procesos administrativos.
- Evaluar objetivamente su red de prestadores y abstenerse de contratar servicios con instituciones que no cumplan con las condiciones de habilitación en salud o si sus equipos superaron la vida útil.

La última pregunta del cuestionario indagó por las enseñanzas que les dejó a las instituciones el Covid-19 con respecto a la Evaluación de Tecnologías. Las respuestas fueron las siguientes:

- Entre las múltiples enseñanzas que dejó la pandemia del COVID-19 es que las instituciones que contaban con una desarrollada gestión tecnológica fueron más flexibles, oportunas y certeras para enfrentar los retos que demandó esta contingencia, mientras que las instituciones que no contaban con este desarrollo terminaron improvisando, poniendo en mayor riesgo a pacientes, colaboradores y comunidad; se

## **Todas las instituciones que participaron en el estudio cuentan en la actualidad con asesoría externa. Ese es un claro indicio de querer acertar y de ganar experiencia en la evaluación de tecnología, disminuyendo el riesgo de equivocación en las decisiones.**

implementaron y se valoraron servicios complementarios como la telemedicina; por primera vez, se realizó un trabajo mancomunado entre Gobierno y prestadores para atender las necesidades de salud de la población.

- Los resultados de la gestión tecnológica dependen de tener procesos evaluados y actualizados y debidamente socializados, por lo que es preciso contar con profesionales y técnicos especializados, pero su capacitación o actualización debe ser permanente, sobre todo en las nuevas tecnologías, y deben contar con los equipos, las herramientas y los espacios adecuados, así como con una buena comunicación y coordinación entre los servicios hospitalarios.
- La Pandemia ha puesto de manifiesto la trascendencia de la gestión de tecnología y su articulación con los procesos estratégicos, tácticos, operativos y misionales, con el fin de fortalecer la seguridad y la calidad en la atención de los pacientes.
- Se capacitó al personal para hacer un uso más eficiente y seguro de la tecnología disponible para la atención de los pacientes.
- Se flexibilizaron los procesos para hacer la evaluación de tecnología en menor tiempo, pero siendo más exigente con la calidad de la información.
- La bioseguridad se convirtió en un factor decisivo para la adquisición de nuevas tecnologías.

## **6. Conclusiones**

En la actualidad, nuestros hospitales y clínicas le están dando una gran importancia a la evaluación para la reposición, bajas y adquisición de nuevas tecnologías y hay varios hechos que así lo demuestran, tales como los siguientes:

- Todas las instituciones que participaron en el estudio cuentan en la actualidad con asesoría externa. Ese es un claro indicio de querer acertar y de ganar experiencia en la evaluación de tecnología, disminuyendo el riesgo de equivocación en las decisiones.
- Igualmente, todas las instituciones cuentan con un área de gestión clínica, la cual busca mejorar la seguridad y la calidad de los procesos de los servicios de salud, enfocados en obtener los mejores resultados en la atención integral de los pacientes; para ello, se basan en la mejor evidencia disponible, lo que hace tan relevante su participación en la evaluación de tecnología.
- El 26 %, el 33 % y el 7 % de las instituciones de complejidad alta, media y baja, respectivamente, ya cuentan dentro de su organización con un Área de Evaluación de Tecnología, que tal vez es el resultado que demuestra la preponderancia del tema dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Por otra parte, las instituciones consideran que el Gobierno debería formular políticas que incentiven la evaluación de tecnologías hospitalarias, tales como definición de metodologías, capacitación de personal, disposición de base de datos con información técnica y económica, en especial sobre equipos y dispositivos biomédicos.
- Igualmente, se debe propender por la protección para evitar abusos de los pagadores, para

# Instrumentación S.A.

Soluciones que mejoran la vida

SOLUCIONES TECNOLOGICAS DE CLASE MUNDIAL



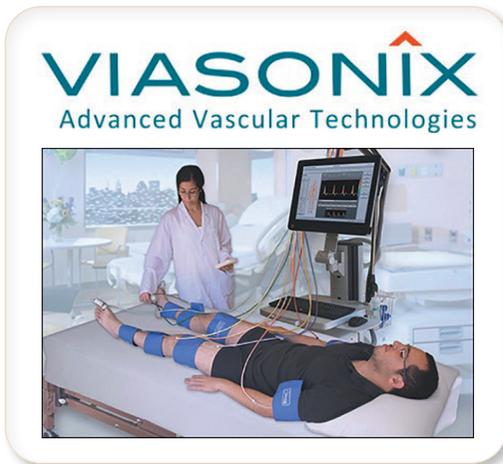
DIAGNÓSTICO NEUROLOGICO



ANÁLISIS ARTERIAL



DIAGNÓSTICO RESPIRATORIO



DIAGNÓSTICO VASCULAR



VENTILACIÓN MECÁNICA



Bogotá D.C. Carrera 15 A No. 118-12  
Tel. (57) 601 7477836  
[www.instrumentacion.com.co](http://www.instrumentacion.com.co)

lo cual se requiere comenzar con la actualización de los manuales tarifarios incorporando las tecnologías evaluadas y aprobadas.

- Por último, las instituciones demandan de los pagadores, incluir en los contratos incentivos a la gestión tecnológica, relacionada con evaluación y actualización tecnológica hospitalaria); acabar con la cartera en mora que tienen con los prestadores, lo cual facilita financiar la gestión; no glosar tecnologías por considerarlas que no están explícitas en el plan de beneficios; evaluar objetivamente su red de prestadores y abstenerse de contratar servicios con instituciones que no cumplan con las condiciones de habilitación en salud o si sus equipos superaron la vida útil.

## 7. Bibliografía

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). (2008). *Ajustando mecanismos, una perspectiva gremial*. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). (2012). *Llamado a la acción por nuevo sistema de salud. De portada julio-agosto de 2012*. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
- Barrientos, J. G., Marín, A. E., Becerra, L., & Tobón, M. A. (2016). La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. *Medicina U.R.B.*, 35(2), 120-134. <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n2.a06>
- Buglioli, M., & Pérez, A. (2002) Evaluación de tecnologías de Salud. *Revista Médica del Uruguay*, 18(1), 27-35. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902002000100004#13](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100004#13)
- Carvajal, M., & Ruiz, C. (2008). Valuación técnica y clínica de tecnología biomédica en procesos de adquisición: Un enfoque en evaluación de tecnologías en salud. *Revista Ingeniería Biomedica*, 2(4). 35. Disponible en: [https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm\\_sourceblogsutm\\_mediummailingutm\\_campaignpublicacionesutm\\_contentpostutm\\_termgoogle/](https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm_sourceblogsutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/)
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2014). *Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud*. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Disponible en: [https://www.iets.org.co/Archivos/64/Manual\\_evaluacion\\_economica.pdf](https://www.iets.org.co/Archivos/64/Manual_evaluacion_economica.pdf)
- Institución de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2022a). *Misión, Visión y Valores IETS*. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Disponible en: <https://www.iets.org.co/nosotros/mision-vision-valores/>
- Institución de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2022b). *Documentos Técnicos IETS*. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Disponible en: <https://www.iets.org.co/documentos-tecnicos/>
- Lizcano, P. A., & Camacho, J. E. (2019). Evaluación de Tecnologías en Salud: Un Enfoque Hospitalario para la Incorporación de Dispositivos Médico. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 40(3), 1-8. <https://doi.org/10.17488/rmib.40.3.10>
- Maranto, M. (2015). *Fuentes de Información*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/16700/LECT132.pdf>
- Monroy, L (2017). *Mercadeo en servicios de salud*. Fundación Universitaria del Área Andina. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1348/Mercadeo%20en%20Servicios%20de%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos*. Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44824>
- Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2016). *Evaluación de tecnologías de salud. Organización Panamericana para la Salud*. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-salud#:~:text=Dentro%20del%20concepto%20de%20tecnolog%C3%ADas,y%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud>
- Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2012). Resolución CSP28.R9: Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3684/CSP28.R9-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Van der Werf, L., & Prieto, L. (2018). ¿Qué es una revisión de la literatura? Revisión sistemática, revisión exploratoria revisión narrativa ¿son lo mismo? *NeuroEconomix*. Disponible en: [https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm\\_sourceblogsutm\\_mediummailingutm\\_campaignpublicacionesutm\\_contentpostutm\\_termgoogle/](https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm_sourceblogsutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/)
- Villanueva, J., & Martínez, F. (2010). Análisis del ciclo de vida de la tecnología medica desde una aproximación integral. *Prospectiva*, 8(2), 7-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496250978002> 

# 47.º Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria a 31 de diciembre de 2021

Dirigido por:

**Juan Carlos Giraldo Valencia<sup>1</sup>**

Director de la ACHC

Elaborado por:

**Juan Guillermo Cuadros Ruiz<sup>2</sup>**

Miembro del Grupo de Investigación y Proyectos de la ACHC

## 1. Introducción

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) presenta su tradicional estudio de cartera hospitalaria, correspondiente a la situación de cuentas por cobrar de 207 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)<sup>3</sup>, con corte a diciembre 31 de 2021.

Por décima vez consecutiva, se realiza el análisis respectivo bajo la nueva metodología contable en el marco

de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)<sup>4</sup>, a partir del 1 de enero del año 2017, y en donde se deben incluir los *deterioros de cartera morosa por edades*, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad.

El presente cambio se dio con la adopción por parte del sector prestador de la Circular Externa N.º 016 de noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003, Cuentas por cobrar-deudores), mediante el cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N.º 047 de 2007 y que manejaba la metodología contable tradicional bajo COLGAAP<sup>5</sup>. La transición de COLGAAP a NIIF implica, entre muchos otros cambios, que antes se debían realizar *provisiones* tanto para los activos como pasivos de la empresa, específicamente la *provisión de cartera*<sup>6</sup>, definida como “el valor que la empresa, según análisis del comportamiento de su cartera, considera que no es posible recuperar (por incumplimiento de pago del deudor)”. Ahora, bajo las NIIF, las provisiones constituyen pasivos y a los activos se les debe dar el tratamiento de “deterioro del valor” (entre las que se encuentran las “cuentas por cobrar” que hacen parte del “activo corriente”), por lo que estas deben ser

<sup>1</sup> Médico y cirujano por la Universidad de Caldas; diplomado en Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); magíster en Administración de Salud por la Universidad Javeriana, y máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.

<sup>2</sup> Administrador de Empresas y magíster en MBA por la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>3</sup> Se agradece a las clínicas y hospitales por facilitar la información correspondiente en el nuevo formato (FT003) y contar con su oportuna participación.

<sup>4</sup> También conocidas por sus siglas en inglés como IFRS (*International Financial Reporting Standards*), son estándares técnicos contables adoptados por la Junta de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB, por sus siglas en inglés), institución privada con sede en Londres. Las normas NIIF constituyen los estándares internacionales o normas internacionales en el desarrollo de la actividad contable y suponen un manual contable de la forma como es aceptable en el mundo. Las NIIF son usadas en muchas partes del mundo, entre los que se incluye la Unión Europea, Hong Kong, Australia, Chile, Colombia, Malasia, Pakistán, India, Panamá, Guatemala, Perú, Rusia, Sudáfrica, Singapur, Turquía, Ecuador y Nicaragua. Desde el 28 de marzo del 2008, alrededor de 75 países obligan el uso de las NIIF, o parte de ellas. Otros muchos países han decidido adoptar las normas en el futuro, bien mediante su aplicación directa o mediante su adaptación a las legislaciones nacionales de los distintos países.

<sup>5</sup> Generally Accepted Accounting Principles: su traducción es “Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados”, y son de uso general en el mundo. Los US GAAP son los principios de contabilidad generalmente aceptados en Estados Unidos, mientras que los COL GAAP son los principios de contabilidad Generalmente aceptados en Colombia. Para más información, consúltese el siguiente enlace: <https://ajustecontable.wordpress.com>

<sup>6</sup> El valor provisionado disminuye el valor de la cartera y se reconoce como gasto, de modo que su contabilización será un crédito a la cuenta de provisión de cartera y un débito a la cuenta de gastos. La importancia que tiene la provisión de cartera radica principalmente en que permite depurar lo que la empresa en realidad tiene, así como determinar con exactitud qué es lo que le empresa efectivamente puede cobrar de sus deudas. Por otro lado, la parte que no se pueda cobrar se lleva como un gasto, lo cual afecta directamente los resultados del ejercicio, es decir, disminuye la utilidad en el valor que los clientes no pagan, que es el valor provisionado. Si no se hiciera la respectiva provisión de cartera, los estados financieros mostrarían unos valores irreales, puesto que presentarían unas cuentas por cobrar que, si bien son reales, jamás se podrán cobrar, por lo que se estaría presentando una información contable inexacta, y se estaría mostrando algo de que la empresa nunca podrá disponer. Para más información, consúltese el siguiente enlace: <https://www.gerencie.com/>

deterioradas, presentando un efecto negativo en el monto total de la cartera absoluta por edades.

Para este semestre, se tiene un incremento del volumen absoluto y de la concentración de cartera morosa bajo el concepto denominado “sin incluir el deterioro”, el cual corresponde al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de más difícil cobro”; cartera que, dicho sea de paso, obedece a la prestación de servicios de salud, aún sin pago por parte de la entidad responsable (ya sea EPS, compañía aseguradora, el mismo Estado, entre otros deudores).

En esta oportunidad, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de más de **doce billones setecientos cuarenta y nueve mil pesos**, una variación que es positiva, del 0,4 %, con respecto a la deuda reportada en el semestre a junio de 2021.

Respecto del semestre anterior, se evidencia un crecimiento de la cartera absoluta total y en mora y de la concentración relativa frente a los semestres anteriores, debido a la reactivación de los servicios de salud, después de

<sup>7</sup> Efecto documentado en las ENCUESTAS FLASH DE FLUJO DE RECURSOS desarrolladas por la ACHC, durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020, frente a la facturación corriente (caída entre el 30 % - 35 % de los ingresos habituales recibidos por las IPS afiliadas) y los giros recibidos durante el año 2019 y enero-febrero de 2020, antes de que iniciara la pandemia por COVID-19 en Colombia.

<sup>8</sup> Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 (nuevo coronavirus).

<sup>9</sup> Decreto 457 de 2020.

<sup>10</sup> Decreto 417 de 2020.

<sup>11</sup> Según MINSALUD, en un análisis de la tendencia de morbilidad durante la pandemia por COVID-19 y con datos preliminares de 2020, el efecto de la pandemia en la mortalidad se reflejó en una disminución global del número de personas atendidas del -1,8 % en comparación con el promedio de personas atendidas en el periodo 2015-2019. Los meses con mayor disminución de las atenciones fueron abril y julio, con decrecimientos del -46,1 % y -35,8 %, respectivamente. Al comparar estas variaciones con las diferencias de personas atendidas en los promedios de los periodos 2011-2014 y 2015-2019, cuando las atenciones globales aumentaron casi 25,4 puntos porcentuales, se puede comprender la marcada y significativa disminución de personas atendidas en consulta ligada a la pandemia, especialmente durante la medida de aislamiento obligatorio. Para más información véase los “Cambios en la tendencia de la morbilidad durante la pandemia por COVID-19 en Colombia: Explorando la sindemia COVID-19” en file:///D:/ACHC%202010-2011-2012/informe%20de%20gestion/2022/CAMBIO%20TENDENCIA%20SINDEMI%20EN%20COLOMBIA%20MINSALUD%20COVID-19%20(17%2003%202022).pdf

la caída en la facturación<sup>7</sup> y los ingresos de las IPS durante lo corrido del año 2020, motivado por la pandemia mundial producto de la COVID-19<sup>8</sup>, y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno Nacional del aislamiento preventivo obligatorio<sup>9</sup> y el estado de emergencia, económico, social y ecológico<sup>10</sup>, en donde los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales no prioritarios se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria<sup>11</sup>.

Si se tuviese en cuenta la inclusión del “deterioro de cartera morosa por edades”, el valor de cuentas por cobrar a diciembre 31 del 2021 para los 207 hospitales y clínicas reportantes sería de más de \$9,8 billones de pesos. En la tabla 1, se presenta la composición de cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo o no el deterioro bajo NIIF).

**Tabla 1. Composición de cartera por edad (ambos escenarios) a diciembre 31 de 2021**

Sin incluir el “deterioro”

(Miles de \$ y participación %)

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	4.724.960.747	37,1 %	56,9 %
De 31 a 60 días	774.956.319	6,1 %	
De 61 a 90 días	641.952.302	5,0 %	
Más de 91 días	6.607.302.469	51,8 %	
<b>Total general</b>	<b>12.749.171.837</b>	<b>100 %</b>	<b>7.249.254.771</b>

Incluyendo el “deterioro” bajo metodología NIIF

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	4.652.356.675	47,0 %	45,5 %
De 31 a 60 días	738.761.604	7,5 %	
De 61 a 90 días	601.074.781	6,1 %	
Más de 91 días	3.903.880.419	39,4 %	
<b>Total general</b>	<b>9.896.073.479</b>	<b>100 %</b>	<b>4.504.955.200</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.



## eHealth Labs

INNOVACIÓN EN  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
**EN SALUD**



LA PRIMERA Y MÁS AVANZADA TECNOLOGÍA  
PARA LA GESTIÓN NO-PBS.

***¡TU ALIADO ESTRATÉGICO MIPRES!***



PRESCRIPCIONES



AUDITORÍA



DIRECCIONAMIENTO



SUMINISTRO



FACTURA



Y MÁS



[www.okorum.com](http://www.okorum.com)

Lo anterior indica que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus “cuentas por cobrar morosas” un valor por más de \$2,8 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 22,4 % de la deuda total a diciembre de 2021 sin deterioros (más de \$12,7 billones aproximados); es decir, para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 207 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 43,1 %.
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 34,5 %.
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 22,4 %.
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0 %.

Ahora bien, como la normatividad según NIIF obliga a incluir el “deterioro”, las primeras desagregaciones del estudio serán presentadas bajo estos dos conceptos (con y sin deterioro), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto “sin incluir el deterioro”, puesto que obedece a cartera hospitalaria *aún pendiente de pago* por parte de la entidad responsable.

Siguiendo este criterio (tabla 1: sin incluir el deterioro), la deuda total a diciembre de 2021 es superior en cerca de **\$51.000 millones** frente a la reportada a junio de

---

<sup>12</sup> Mediante el Artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud (FOSYGA), Fondo-Cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación definida de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. La Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, en el artículo 66 crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS; ADRES por sus iniciales), con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. El artículo mencionado establece que una vez entre en operación la Entidad, se suprimirá el FOSYGA (Los Decretos 1429 y 1431 de 2016 contemplan su estructura y funcionamiento). La ADRES empezó operaciones el 1 de agosto de 2017. Para más información, consúltese el siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/Inicio/Acerca-de-la-entidad/-Qu%C3%A9-es-la-ADRES>

2021, lo que indica una variación del 0,4 % en el transcurso de un semestre, explicada como ya se indicó por la reactivación en la prestación de los servicios de salud, posterior al inicio de la pandemia mundial por COVID-19, en donde la mayoría de los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria, presentando como consecuencia una caída en la facturación y los ingresos de las IPS durante el año 2020.

Según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del *régimen contributivo* (51,6 %), seguida por las EPS-S del *régimen subsidiado* (22,9 %) y en tercer lugar el *Estado* (9,6 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de salud, de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)<sup>12</sup>, y la deuda del extinto Operador Fiduciario del Fosyga. Estas tres categorías concentran el 84,1 % de la deuda total registrada a diciembre de 2021.

Comparativamente, y frente a los últimos veinte informes de cartera pasados (desde diciembre 2011 a diciembre de 2021), se mantiene la participación dentro de la deuda de los principales actores, en donde las EPS del Régimen “Contributivo” y “Subsidiado” más la categoría “Estado” representan más del 80,0 % del total de la deuda (más de \$10,7 billones de pesos sin deterioro).

Las otras categorías de deudores, donde se incluyen IPS, planes complementarios y medicina prepagada, aseguradoras, empresas, particulares, administradoras de riesgos laborales y el magisterio, suman el 13,8 % del total de la

deuda reportada, frente al 15,0 % del semestre anterior, y el 2,1 % restante es deuda de la categoría “sin clasificar”.

## 2. Metodología

Como ya se indicó, el análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria, los registros de deuda depurados de 207 IPS, a partir de la expedición de la Circular Externa N.º 016 de noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003, Cuentas por cobrar-deudores), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N.º 047 de 2007, por efecto de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Es importante aclarar que, para los estudios anteriores al año 2017, se tuvieron en cuenta los formatos contemplados en la Circular Externa Única 047 de 2007 (archivo tipo de cuentas por cobrar) y la Circular Externa 049 de 2008, emanadas de la Supersalud. Dichos formatos fueron identificados como archivo de deudores tipo 059, para las IPS de naturaleza privada, y tipo 064 y 114, para las públicas. Igualmente, se tuvieron en cuenta las Resoluciones 4362 de 2011<sup>13</sup> y su respectivo ajuste con la Resolución 1121 de 2013<sup>14</sup>, por las cuales se emite y se ajusta el nuevo Plan Único de Cuentas (PUC) para IPS de naturaleza privada, expedidas ambas por la Supersalud. De igual

forma, se incluye la Resolución 421 de 2011<sup>15</sup> de la Contaduría General de la Nación, que tiene en cuenta estas mismas modificaciones del PUC para las IPS de naturaleza pública, denominado Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública. Se tuvo en cuenta, igualmente, el Decreto 1095 de 2013, por el cual se reglamentó el inciso 2 del Artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, donde se estipula el procedimiento de aplicación de los giros directos entre los agentes del Sistema. Para tal efecto, se mantiene, como es tradicional, la clasificación de los once (11) tipos de deudores establecidos por la ACHC, los cuales se describen brevemente a continuación:

1. *Régimen contributivo.* Comprende el registro de la deuda de las EPS activas que administran dicho régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación.
2. *Estado.* Categoría bajo la cual se consolida la deuda de las entidades territoriales de salud (ETS), representadas en las secretarías departamentales y locales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos, en lo que se refiere a la atención de la población pobre no afiliada y a la atención de servicios No POS<sup>16</sup>, más la deuda de las antiguas cajas de previsión social del orden territorial, que no se transformaron en Entidades Adaptadas de Salud (EAS), del extinto operador

---

<sup>13</sup> Incluye nuevas cuentas como la 1307 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR), por concepto de giro directo

<sup>14</sup> Incluye nuevas cuentas como la 1306 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR), por concepto de giro directo.

<sup>15</sup> Incluye nuevas cuentas como la 140981 Giro directo por abono a cartera régimen subsidiado (Cr), por el mismo concepto de la nota anterior.

<sup>16</sup> De acuerdo con lo establecido en el Decreto 804 de 1998 y la Resolución 5334 de diciembre de 2008 que reglamenta lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008.

fiduciario del FOSYGA<sup>17</sup>, de la nueva entidad ADRES<sup>18</sup> y de otras entidades del Estado<sup>19</sup>.

3. *Régimen subsidiado.* Comprende el registro de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS-S) que administran este régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación, ya sean EPS, cajas de compensación familiar, empresas solidarias, mutuales o indígenas e, igualmente, incluye la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que anteriormente se fusionaron y aún registran deuda.
4. *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Deuda de otras instituciones que se clasifican en IPS públicas y privadas, en general, las que conforman Uniones Temporales y capitadoras, cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.
5. *Aseguradoras por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)* y por cubrimiento de pólizas de salud y accidentes y empresas donde se registra el nombre, sin identificar el tipo de cubrimiento.
6. *Entidades de medicina prepagada y planes complementarios.*
7. *Empresas.* En aquellos casos que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares, o deudas de compañías o empresas propiamente dichas.

<sup>17</sup> En muchos reportes se registra deuda de FOSGA, FISALUD y FIDUFOSYGA, las primeras fiducias que operaron los recursos del FOSYGA. Hasta 2017, el consorcio que manejaba estos recursos era el operador SAYP, integrado por FIDUPREVISORA y FIDUCOLDEX, (estas entidades operaban desde del día 29 de septiembre de 2011), y fueron reemplazadas por la ADRES.

<sup>18</sup> Artículo 27 del Decreto 1429 de 2016. Transferencia de derechos y obligaciones: Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Todos los derechos y obligaciones a cargo del FOSYGA pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES, una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con éste celebrado.

<sup>19</sup> Fuerzas militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y Policía Nacional, INPEC, SENA, ICBF, Fiscalía General de la Nación, Ministerios y demás entidades públicas que dependen de aportes del presupuesto general de la nación.

8. *Particulares.* Correspondiente al registro de la deuda de personas naturales.

9. *Magisterio.* Correspondiente a la cartera que se registra para este grupo de trabajadores, anteriormente a través del Fondo Educativo Regional (FER) o de la Fiduciaria La Previsora, que administra los recursos de este régimen de excepción, u otras entidades que prestan servicios de atención al magisterio.

10. *Administradoras de riesgos profesionales o laborales.*

11. *Cartera sin clasificar y otros conceptos.* Categoría en la cual se registra la deuda de otras entidades e, incluso, de organismos internacionales, y que no corresponden a las categorías antes enunciadas, más anticipos, avances y provisiones de cartera.

### 3. Resultados

Observando la evolución de la cartera desde el año 1998 y hasta la fecha (corte a diciembre de 2021), se puede evidenciar que las mayores concentraciones de cartera superior a 90 días se presentaron en los periodos junio-diciembre de 2003, diciembre de 2004, junio-diciembre de 2016, diciembre de 2019 y junio de 2020. En este punto, se presenta una concentración menor en las cuentas por cobrar mayor a 90 días (51,8 % comparado frente al 51,3 % a junio de 2021; véase gráfico 1). Por su parte, se evidencia una reducción de 1,2 puntos porcentuales en la concentración de cartera a 30 días más corriente con respecto a junio de 2021, ubicándose en el 37,1 %. La franja intermedia de cuentas por cobrar de 31 a 60 días y 61 a 90 presenta un incremento, ubicándose en 11,1 % frente al 10,4 % del semestre anterior.

# ESTAR A TU LADO

Profamilia



**BRINDARTE PRODUCTOS Y SERVICIOS  
DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

## PREGUNTA POR NUESTROS SERVICIOS



Medicina general



Urología



Detección del Virus del  
Papiloma Humano (VPH)



Pruebas rápidas de VIH,  
Sífilis y Hepatitis B



Anticoncepción



Vacunación



Ginecología



Fertilidad

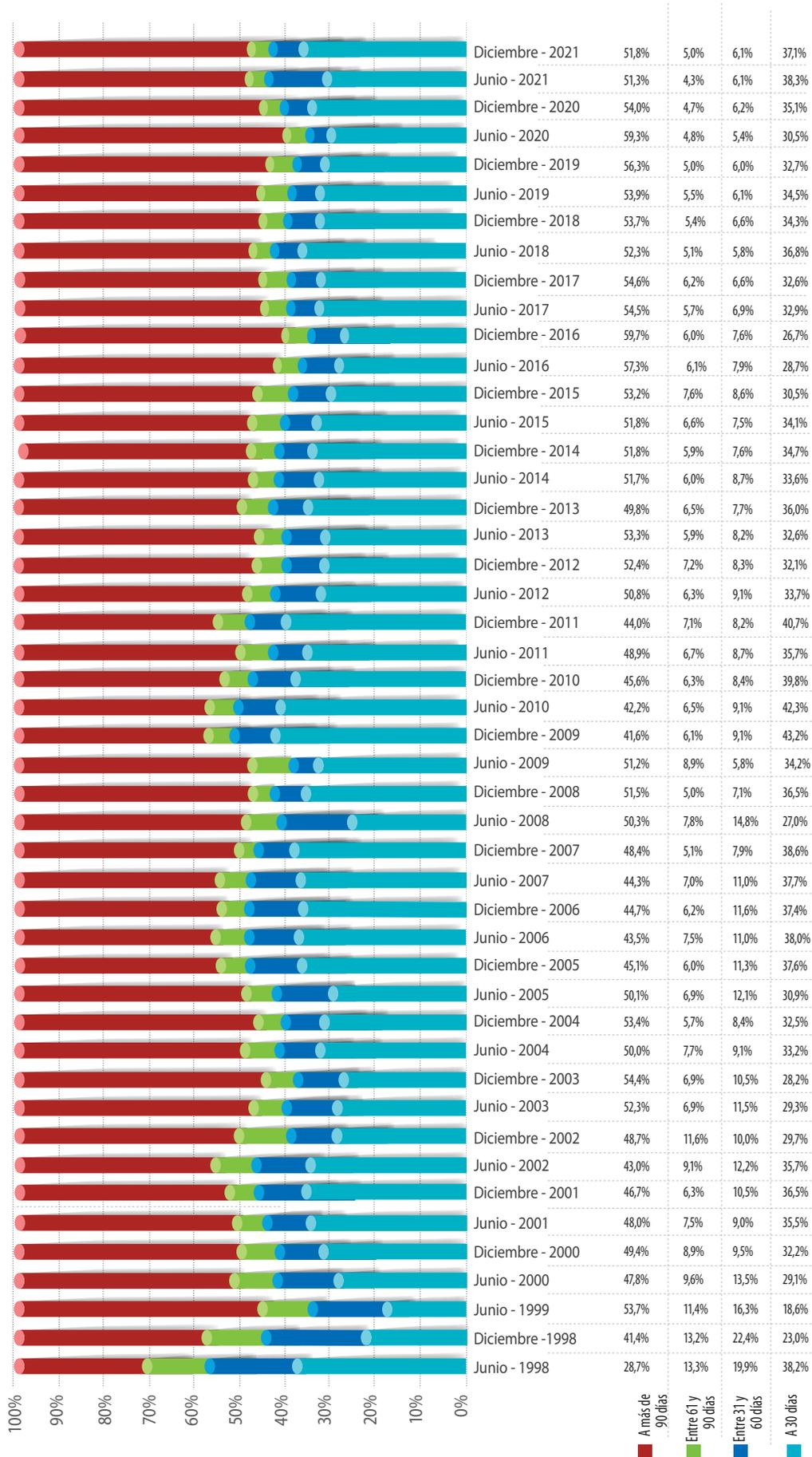
**Profamilia.org.co**

Línea gratuita nacional  
**300 912 4560**

**Chat Emilia 318 531 0121**

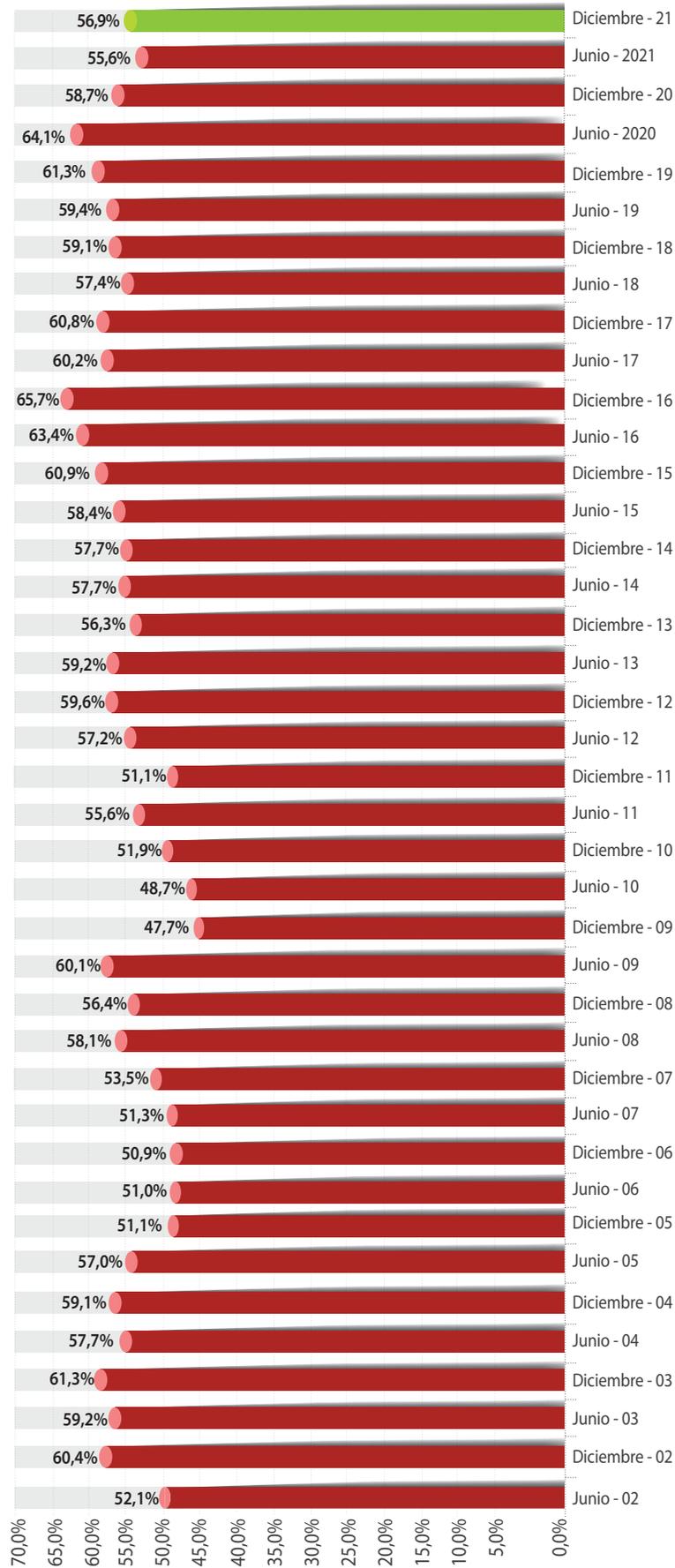
Bogotá: (601) **443 4000** Medellín: (604) **283 6688**  
Cali: (602) **386 0001** Barranquilla: (605) **319 7928**

Gráfico 1. Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad, SIN INCLUIR EL "DETERIORO" (cortes semestrales del periodo junio de 1998 – diciembre de 2021)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

**Gráfico 2.** Comportamiento histórico de la composición de cartera en mora (mayor a 60 días), SIN INCLUIR EL “DETERIORO”  
(cortes semestrales del período diciembre de 1998 – diciembre de 2021)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

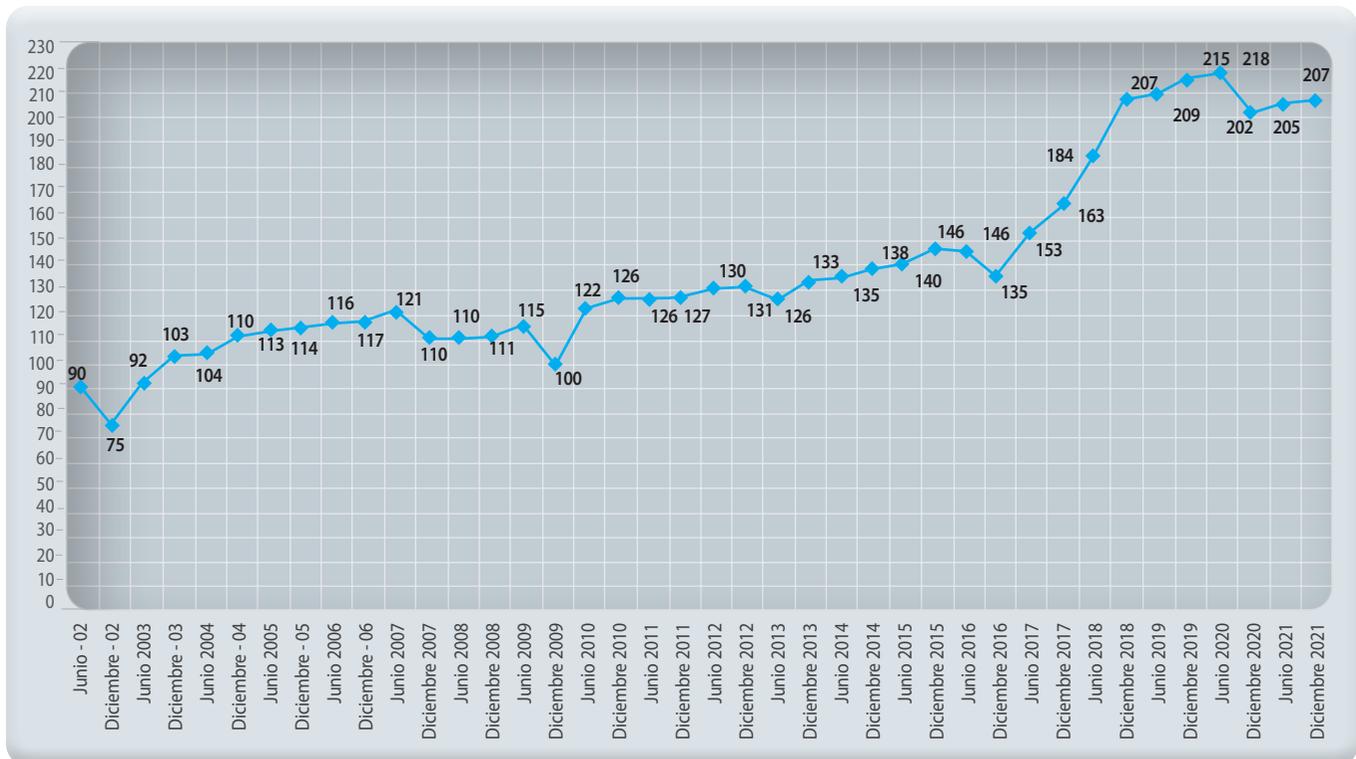
Por su parte, la cartera considerada en mora (mayor a 60 días) presenta un incremento a diciembre de 2021 de 1,2 puntos porcentuales bajo la implementación de la metodología NIIF (56,9 % vs. 55,6 % a junio de 2021), comparado con el semestre inmediatamente anterior (véase gráfico 2).

### 3.1. Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 207 IPS que reportaron información en el actual corte, 105 son de naturaleza privada; otras 100, de natu-

raleza pública y las dos restantes, de carácter mixto. A su vez, el 41,5 % de las instituciones son de alta complejidad; el 34,8 %, de complejidad mediana, y el 23,7 %, de complejidad baja (véase tabla 2).

**Gráfico 3. Comportamiento histórico del número de IPS afiliadas reportantes (cortes semestrales del periodo diciembre de 1998 – diciembre de 2021)**



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

**Tabla 2. IPS que reportaron informe de cartera según naturaleza jurídica y complejidad de atención a diciembre 31 de 2021**

Naturaleza jurídica	Complejidad	Número	Part % por N.J.	Complejidad	Número	Part % por complejidad
PRIVADA	ALTA	73	35,3 %	ALTA	86	41,5 %
	MEDIANA	8	3,9 %	MEDIANA	72	34,8 %
	BAJA	24	11,6 %	BAJA	49	23,7 %
<b>TOTAL PRIVADA</b>		<b>105</b>	<b>50,7 %</b>	<b>Total general</b>	<b>207</b>	<b>100 %</b>
PÚBLICA	ALTA	11	5,3 %			
	MEDIANA	64	30,9 %			
	BAJA	25	12,1 %			
<b>TOTAL PÚBLICA</b>		<b>100</b>	<b>48,3 %</b>			
MIXTA	ALTA	2	1,0 %			
<b>Total general</b>		<b>207</b>	<b>100,0 %</b>			

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

### 3.2 Entidades deudoras

De acuerdo con la clasificación descrita en la metodología, el análisis de las entidades deudoras se realiza según tipo de deudor o negocio; Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, Entes Territoriales y EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S), incluyendo luego un análisis de las principales entidades deudoras y, finalmente, el panorama actual de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, venta, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial o programa de recuperación, frente al cruce de su respectiva población afiliada a la fecha de corte de este informe, e incluyendo el cambio de movilidad<sup>20</sup> (CM) entre regímenes (a diciembre 31 de 2021).

Adicionalmente se presenta la información consolidada de cartera de las trece aseguradoras autorizadas que ofrecen pólizas SOAT, como se viene realizando en los últimos seis estudios.

Los anteriores análisis se realizan con base en la *deuda absoluta mayor a 60 días a diciembre 31 de 2021 (cartera considerada en mora)* y frente a los resultados del informe de cartera del periodo inmediatamente anterior.

#### 3.2.1 Cartera por tipo de deudor o negocio

La deuda considerada en mora (60 días y más)<sup>21</sup> se ubicó en el orden de los \$7,2 billones aproximados (véase la tabla 1, sin incluir el deterioro), representando el 56,9 % del total de la deuda, superior al 55,6 % del corte anterior, bajo la implementación de la metodología NIFF a partir de 2017. Por su parte, el monto absoluto de cartera mayor a 60 días presentó un incremento de \$183.978 millones frente a junio de 2021. La deuda absoluta de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y los entes territoriales sigue estando representada en entidades como Nueva EPS, la intervenida para liquidar

Medimás EPS, la vendida y luego intervenida para liquidar Cafesalud EPS, la intervenida para liquidar Coomeva EPS, EPS Sanitas, el Extinto Operador Fiduciario del Fosyga y la ADRES, Coosalud, la liquidada Saludvida EPS, Sura EPS - Susalud EPS y, finalmente, la liquidada Saludcoop EPS OC.

*Dentro de la concentración de cartera morosa mayor a 60 días a diciembre de 2021, situada en 56,9 %, como ya se*

<sup>20</sup> Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén, el cual tiene como objetivo establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS.

<sup>21</sup> Según lo estipulado en el artículo 13, literal d) de la Ley 1122 de 2007, referente al flujo y protección de los recursos, por concepto de venta de servicios en salud por parte de las IPS.



**¿Requieres adaptarte a los cambios con urgencia?**

Tienes LA SOLUCIÓN a la mano.

Elasticidad, Flexibilidad, Adaptabilidad, Modularidad, Maleabilidad, Seguridad.

¡Llámanos ya!

**Xoma**<sup>®</sup>

La solución en salud que vive... y deja vivir.

[www.xomaonline.com](http://www.xomaonline.com)

ORACLE | Partner

Iris Soluciones 

*indicó, cabe resaltar que esta se compone de un 22,4 % de cartera de más difícil cobro o “deteriorada”, según lo indica la metodología NIF.*

Por tipo de deudor, las EPS del régimen contributivo mantienen la mayor participación en la deuda total (51,6 %), siguiéndole en orden las EPS-S del régimen subsidiado (22,9 %), el Estado (9,6 %) y las demás previamente definidas y de naturaleza diversa (15,9 %, incluyendo la categoría *Sin clasificar y otros conceptos*), que representa una disminución en la participación frente a los informes anteriores de cartera).

Las EPS del régimen subsidiado aumentaron su participación en 1,9 puntos porcentuales frente a junio de 2021 (22,0 % frente al 21,0 %). Por otro lado, las EPS del régimen contributivo aumentaron su participación en 1,2 puntos porcentuales. Por su parte, la categoría “Estado” disminuyó su participación (9,6 % frente al 10,6 % a junio de 2021).

Asimismo, la deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado aumentó en más de \$427.000 millones de pesos con

respecto a junio de 2021 y, si le sumamos la categoría Estado, la diferencia se ubica en \$314.000 millones de pesos.

En relación con la diferencia absoluta y la concentración de cartera mayor a 60 días, comparada con la situación del semestre anterior, las EPS del régimen subsidiado aumentaron su participación en 0,6 puntos (con un incremento de la deuda morosa en más de \$169.000 millones frente al periodo anterior). Por su parte, el régimen contributivo aumentó también en 2,0 puntos porcentuales su participación (en este caso en un valor de más de \$232.000 millones aproximados).

La categoría “Estado” presentó una reducción<sup>22</sup> de 7,0 puntos porcentuales en la cartera de mayor a 60 días, y una reducción del valor absoluto, pasando de \$995.851 millones a \$825.884 millones a diciembre de 2021, lo que se explica especialmente por las concentraciones de la deuda mayor a 60 días de las subcategorías como del desaparecido “Operador fiduciario del Fosyga” (100,0 %), de los entes territoriales (concentración morosa del 69,4 %) y de la aparición a partir del segundo semestre del año 2017, de la nueva entidad administradora de los recursos del sistema de salud “ADRES” (concentración morosa del 75,9 % frente al 77,5 % a junio de 2021, y un incremento de más de \$ 2.450 millones de deuda morosa sin incluir los deterioros entre un periodo y otro).

Todos los resultados mostrados de aquí en adelante, donde a primera vista se evidencian “*posibles mejoras*”

---

<sup>22</sup> Posiblemente por el pago del Acuerdo de Punto Final Territorial a cargo del Gobierno nacional. Para más información véase el siguiente enlace: <https://sig.sispro.gov.co/acuerdopuntofinal/>

ACUERDO DE PUNTO FINAL: es una política que tiene por objeto preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como vía para garantizar el derecho fundamental de salud, en el mediano y largo plazo. Tiene dos componentes centrales: a) Saneamiento: que comprende la inyección de recursos al sector, a través del pago de deudas reconocidas en el proceso de liquidación de CAPRECOM y el saneamiento de la cartera asociada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC y; b) la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios de sistema. Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”

o disminuciones de cartera morosa”, cuando se observan los cuadros denominados —incluyendo el “deterioro” bajo metodología NIIF—, se explican como consecuencia de la inclusión de

los deterioros de cartera morosa en 2017, debido al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de más difícil cobro”, según lo obligó la Circular N.º 016 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

**Tabla 3. Composición de cartera por tipo de deudor a diciembre 31 de 2021**  
SIN INCLUIR EL “DETERIORO”

(Miles de \$ y participación %)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte	Part. % edad	De 31 a 60 días	Part. % edad	De 61 a 90 días	Part. % edad	Más de 91 días	Part. % edad	TOTAL	Part. % TOTAL COMPARATIVO	
										Dic 2021	Jun 2021
<b>1. REG. CONTRIBUTIVO</b>	2.342.947.768	35,6 %	468.562.681	7,1 %	378.720.176	5,8 %	3.383.038.174	51,5 %	6.573.268.800	51,6 %	50,4 %
<b>2. ESTADO</b>	353.263.473	28,7 %	50.984.627	4,1 %	39.010.174	3,2 %	786.874.576	64,0 %	1.230.132.849	9,6 %	10,6 %
ADRES	41.571.755	19,8 %	8.929.904	4,3 %	7.145.297	3,4 %	151.805.684	72,5 %	209.452.640	1,6 %	1,6 %
ENTE TERRITORIAL	201.325.743	26,4 %	32.033.319	4,2 %	24.628.402	3,2 %	503.635.956	66,1 %	761.623.420	6,0 %	6,3 %
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0 %		0,0 %		0,0 %	86.515.544	100,0 %	86.515.544	0,7 %	0,9 %
OTRAS	110.365.975	64,0 %	10.021.403	5,8 %	7.236.475	4,2 %	44.917.392	26,0 %	172.541.245	1,4 %	1,8 %
<b>3. REG. SUBSIDIADO</b>	956.626.106	32,8 %	175.262.082	6,0 %	150.595.891	5,2 %	1.636.845.467	56,1 %	2.919.329.546	22,9 %	21,0 %
<b>4. IPS</b>	258.299.691	51,6 %	24.030.597	4,8 %	27.712.878	5,5 %	190.916.862	38,1 %	500.960.027	3,9 %	4,7 %
<b>5. PC Y MP</b>	204.599.647	79,3 %	9.516.723	3,7 %	4.279.426	1,7 %	39.585.561	15,3 %	257.981.358	2,0 %	2,2 %
<b>6. ASEGURADORAS</b>	169.090.590	41,8 %	20.488.205	5,1 %	14.843.971	3,7 %	200.493.288	49,5 %	404.916.055	3,2 %	3,0 %
<b>7. EMPRESA</b>	179.117.623	43,1 %	10.018.322	2,4 %	13.410.244	3,2 %	213.163.404	51,3 %	415.709.594	3,3 %	3,5 %
<b>8. PARTICULARES</b>	29.897.210	38,9 %	1.363.800	1,8 %	2.671.039	3,5 %	42.883.485	55,8 %	76.815.533	0,6 %	0,7 %
<b>9. ARL (RIESGOS LABORALES)</b>	20.091.584	46,7 %	2.404.498	5,6 %	1.629.996	3,8 %	18.878.525	43,9 %	43.004.602	0,3 %	0,3 %
<b>10. MAGISTERIO</b>	22.218.980	37,3 %	3.379.571	5,7 %	4.190.723	7,0 %	29.811.030	50,0 %	59.600.304	0,5 %	0,7 %
<b>11. SIN CLASIFICAR Y OTROS CONCEPTOS</b>	188.808.074	70,6 %	8.945.214	3,3 %	4.887.784	1,8 %	64.812.096	24,2 %	267.453.169	2,1 %	3,0 %
<b>Total general</b>	<b>4.724.960.747</b>	<b>37,1 %</b>	<b>774.956.319</b>	<b>6,1 %</b>	<b>641.952.302</b>	<b>5,0 %</b>	<b>6.607.302.469</b>	<b>51,8 %</b>	<b>12.749.171.837</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

### 3.2.2 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-C)

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo ascendió a los \$6,6 billones aproximados sin deterioro, con una morosidad (60 días y más) del 57,2 % en comparación con el 55,2 % del periodo anterior (incremento de 2,0 puntos porcentuales entre un corte y otro) y un monto de deuda mayor a 60 días de más de \$3,7 billones de pesos.

La cartera de todas las EPS en operación para este periodo es de más de \$4,5 billones, con

un promedio de 39,6 % de cartera mayor a 60 días, inferior al 40,2 % a junio de 2021, debido a la intervención para liquidar de EPS como Medimás<sup>23</sup>, Coomeva<sup>24</sup>, Cruz Blanca<sup>25</sup> y Saludvida<sup>26</sup> que fueron reasignadas a la categoría de

<sup>23</sup> Resolución 8646 del 08 de marzo de 2022, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

<sup>24</sup> Resolución 1896 del 25 de enero de 2022, por la cual se ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a por parte de la Supersalud.

<sup>25</sup> Resolución 8939 del 07 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

<sup>26</sup> Resolución 8896 del 01 de octubre de 2019, por la cual se ordena la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.



“privado en liquidación” con una concentración morosa del 96,6 % en promedio. Adicionalmente, las EPS privadas en liquidación, entre ellas las que en el último tiempo han surtido este proceso como Saludcoop<sup>27</sup> y Golden Group<sup>28</sup>, presentan concentraciones de cartera en mora del 100 % a diciembre de 2021 (a excepción de Coomeva y Medimás, que ingresaron en liquidación hasta este periodo). Desde hace cuatro cortes, se tiene como novedad la aparición de Coosalud EPS dentro de las entidades privadas en operación, debido a su habilitación en el régimen contributivo<sup>29</sup>, con una deuda total de \$330.029

<sup>27</sup> Resolución N.º 002414 del 24 de noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar dicha entidad.

<sup>28</sup> Resolución N.º 00312 del 15 de julio de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual el agente especial liquidador declara la terminación de la existencia legal de la entidad.

<sup>29</sup> La Supersalud anunció, mediante la Resolución 0837 de 2019, la viabilidad para que la EPS COOSALUD inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 12 departamentos. Para más información véase el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-autoriza-a-Coosalud-EPS-para-operar-en-el-regimen-contributivo-en-12-departamentos>

<sup>30</sup> La Supersalud anunció, mediante la Resolución 5611 de 2019, la viabilidad para que la EPS MUTUAL SER ESS inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 19 departamentos. Para más información véase el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-autorizo-el-funcionamiento-para-el-regimen-contributivo-a-la-EPS-mutualser>

<sup>31</sup> COMUNICADO N.º 1. DIRIGIDO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVEEDORES. Por prestación de servicios de salud brindados por cada uno de los terceros que correspondían a la red hasta el 31 de julio de 2017: En el marco del proceso que Cafesalud en Reorganización Institucional adelanta, respecto del reconocimiento de acreencias, a partir de las cero horas del 1 de agosto de 2017, MEDIMAS EPS SAS, será responsable del aseguramiento y por ende de los servicios de salud. Para más información véase el siguiente enlace: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/08/COMUNICADO-11-CAFESALUD.pdf>

<sup>32</sup> La orden por parte del gobierno nacional mediante Resolución N.º 002422 del 25 de noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se aprueba el Plan Especial de Asignación de Afiliados, presentado por Saludcoop entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo en Liquidación, fue transferir los afiliados de dicha EPS a CAFESALUD. Más de 4,6 millones de usuarios fueron trasladados.

<sup>33</sup> MEDIMAS EPS es una Sociedad por Acciones Simplificada que nació a partir del plan de reorganización institucional aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2426 del 19 de julio de 2017. Inició el 1 de agosto de 2017 operaciones como un nuevo operador del aseguramiento en Salud en Colombia, con la cesión de los afiliados de Cafesalud EPS S.A. La sociedad Prestnewco S.A.S (matriz) ejerce situación de control y grupo empresarial sobre MEDIMAS EPS S.A.S. (subordinada). Para más información véase el siguiente enlace: <https://medimas.com.co/institucional/>

<sup>34</sup> Creación mediante Resolución 6173 de del 27 de diciembre 2017. Superintendencia Nacional de Salud. Dicha entidad inicia operaciones del 1 de septiembre 2018 bajo la denominación de Entidad Sin Ánimo de Lucro -ESAL- El socio fundador es la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV).

millones de pesos y una concentración morosa del 45,7 %. A partir de cuatro períodos atrás se tiene la inclusión de la EPS Mutual Ser ESS, quien a partir del año pasado fue autorizada también para operar igualmente en el régimen contributivo<sup>30</sup> y a la fecha presenta una deuda total de \$ 768 millones de pesos y una concentración morosa del 42,6 %.

Entidades como Nueva EPS, Medimás EPS SAS, Sanitas EPS y Coomeva, en su respectivo orden, encabezan el listado de principales deudores por monto total; entre las tres suman más de \$3,6 billones de pesos aproximados y una morosidad del 46,9 %, 78,8 %, 47,3 % y 74,2 %, respectivamente. Estas tres entidades participan dentro del total de deuda del régimen contributivo con el 55,4 %, lo cual es bastante representativo a la hora de identificar los principales deudores (véase tabla 4).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta<sup>31</sup> inicial y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS<sup>32</sup>, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (\$420.000 millones aproximados) aparece reasignada en la categoría “privado en liquidación”. Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada Medimás EPS SAS<sup>33</sup>, de naturaleza privada, e igualmente intervenida para liquidar en el año 2022, y en donde su deuda al 31 de diciembre de 2021 se sitúa en el orden de los \$702.000 millones, aproximadamente, convirtiéndose en la segunda mayor deudora del R. Contributivo por monto total de deuda. Por último, tenemos dentro de este régimen a denominada Fundación Salud Mia EPS<sup>34</sup>, la cual presenta una deuda de \$3.121 millones de pesos al cierre de este corte.

# ANGELS: LA INICIATIVA QUE DESDE 2015 LE DA UNA OPORTUNIDAD A LA VIDA

El **Ataque Cerebrovascular (ACV)** es un evento devastador para la persona que lo sufre y para las personas a su alrededor. De acuerdo con la Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, la incidencia promedio mundial es de 200 casos por cada 100 mil habitantes cada año y tiene una prevalencia de 600 casos por cada 100.000 habitantes.

Síntomas como **cara torcida, alteración de la visión, debilidad en un brazo o pierna, hablar de manera extraña**, son una clara alerta para acudir a un hospital de tercer nivel en adelante dentro de las primeras 4.5 horas desde el inicio de los síntomas.

Teniendo clara la urgencia médica que este fenómeno significa, la iniciativa de carácter no promocional de Boehringer Ingelheim, Angels (AcuteNetworks striving for Excellence in Stroke), fue creada desde el 2015 con un único propósito: aportar al mejoramiento de la atención de los pacientes con Ataque Cerebrovascular en el mundo por medio del reconocimiento en la población general de los síntomas de un ACV.

Respaldada por la Organización Europea de Accidentes Cerebro Vasculares (**ESO**) y la Organización Mundial del Stroke (**WSO**), se ha convertido en una importante fuente de referencia internacional por su impacto positivo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que han sufrido ACV, obteniendo reducción significativa en los tiempos de intervención, disminución en la discapacidad y aumento de la tasa de supervivencia.

La iniciativa, dirigida a profesionales e instituciones de la salud, proporciona acceso gratuito a una plataforma en línea donde se encuentran materiales educativos y protocolos de atención que se han desarrollado junto con el comité directivo internacional de expertos. Así mismo, con herramientas de análisis de calidad para crear un punto de referencia inicial y medir el rendimiento continuo de los centros que hagan parte.

En Colombia, trabaja con más de 100 instituciones, y ha certificado y entrenado a más de 5 mil médicos y más de 6 mil enfermeras. De igual forma, ha certificado a 2 mil trabajadores de la salud en atención pre-hospitalaria.

A nivel mundial, se lleva a cabo en 95 países, 3 mil hospitales están registrados actualmente y más de 1.3 millones de pacientes son tratados cada año en hospitales acreditados por Angels.

La iniciativa Angels y las organizaciones que la respaldan, ahora buscan mejorar el tratamiento del ACV a nivel internacional, entregando a los médicos y a los hospitales recursos educativos y clínicos, así como el apoyo que necesitan para crear y optimizar las unidades de tratamiento y las herramientas esenciales de control de calidad y medición del rendimiento a nivel mundial.



#### Referencias:

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2019/cnn192a.pdf>.

Angels es una iniciativa no promocional de cuidado de la salud desarrollada por Boehringer Ingelheim S.A. y avalada por la ESO, WSO, la SIECV, entre otras sociedades científicas, para asistir en la implementación de su principal objetivo, mejorar el cuidado del paciente con ataque cerebrovascular.

Material exclusivo para el cuerpo médico Colombiano. Material sujeto a derechos de propiedad intelectual. Este material podría contener conceptos u opiniones que son responsabilidad de los autores y no comprometen las opiniones del laboratorio auspiciante. Algunos materiales pueden mencionar productos, por favor tenga en cuenta que la información de seguridad de los mismos puede cambiar, consulte la información vigente en la Dirección Médica de Boehringer Ingelheim S.A., Teléfono: (+601) 319 91 00, e-mail: medfora.co@boehringer-ingelheim.com Dirección: Carrera 11 No. 84A-09 Piso 5, Bogotá D.C. Colombia. Código del material: SC-CO-00854



ESCANEE EL CÓDIGO QR PARA VER LA INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO.

**angela**   
DEJA TU LEGADO

**Tabla 4. Cartera de las EPS del régimen contributivo por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) a diciembre 31 de 2021**  
SIN INCLUIR EL “DETERIORO”

(Miles de \$ y participación %)

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte	Part. % edad	De 31 a 60 días	Part. % edad	De 61 a 90 días	Part. % edad	Más de 91 días	Part. % edad	TOTAL	Part. % TOTAL COMPARATIVO	
											Dic 2021	Jun 2021
PRIVADO EN OPERACIÓN	EPS SANITAS	256.430.693	46,0 %	36.986.622	6,6 %	35.619.438	6,4 %	228.097.763	40,9 %	557.134.517	8,5 %	8,5 %
	SURA EPS - SUSALUD EPS	301.038.071	59,1 %	30.670.674	6,0 %	25.293.956	5,0 %	152.464.734	29,9 %	509.467.434	7,8 %	7,2 %
	FAMISANAR EPS	136.680.124	39,1 %	47.414.162	13,6 %	26.073.120	7,5 %	139.296.672	39,9 %	349.464.077	5,3 %	5,1 %
	COOSALUD	139.221.278	42,2 %	40.071.991	12,1 %	31.819.467	9,6 %	118.916.668	36,0 %	330.029.403	5,0 %	3,8 %
	COMPENSAR EPS	192.319.555	69,0 %	23.103.582	8,3 %	13.794.679	4,9 %	49.475.174	17,8 %	278.692.990	4,2 %	4,2 %
	SALUD TOTAL EPS	128.476.642	50,8 %	25.274.269	10,0 %	20.401.420	8,1 %	78.651.447	31,1 %	252.803.779	3,8 %	3,8 %
	S.O.S. EPS	95.842.392	45,0 %	13.620.546	6,4 %	15.757.298	7,4 %	87.781.787	41,2 %	213.002.022	3,2 %	3,6 %
	COMFENALCO VALLE	33.898.003	30,3 %	5.699.797	5,1 %	10.374.137	9,3 %	61.802.044	55,3 %	111.773.981	1,7 %	1,4 %
	ALIANSALUD EPS	27.705.627	71,5 %	1.315.954	3,4 %	1.467.426	3,8 %	8.255.239	21,3 %	38.744.247	0,6 %	0,5 %
	FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	2.570.797	82,3 %	224.689	7,2 %	246.033	7,9 %	80.313	2,6 %	3.121.831	0,0 %	0,1 %
	MUTUAL SER ESS	424.750	55,3 %	15.705	2,0 %	60.196	7,8 %	267.304	34,8 %	767.954	0,0 %	0,0 %
<b>TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN</b>		<b>1.314.607.931</b>	<b>49,7 %</b>	<b>224.397.990</b>	<b>8,5 %</b>	<b>180.907.170</b>	<b>6,8 %</b>	<b>925.089.144</b>	<b>35,0 %</b>	<b>2.645.002.236</b>	<b>40,2 %</b>	<b>57,2 %</b>
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	MEDIMÁS EPS SAS	113.333.621	16,1 %	35.350.881	5,0 %	37.543.666	5,3 %	515.830.515	73,5 %	702.058.683	10,7 %	10,4 %
	COOMEVA EPS	109.915.695	21,3 %	23.561.952	4,6 %	22.828.250	4,4 %	360.578.771	69,8 %	516.884.668	7,9 %	8,7 %
	CAFESALUD EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	419.776.684	100,0 %	419.776.684	6,4 %	6,5 %
	SALUDCOOP EPS OC		0,0 %		0,0 %		0,0 %	174.494.668	100,0 %	174.494.668	2,7 %	10,4 %
	SALUDVIDA EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	143.569.447	100,0 %	143.569.447	2,2 %	2,4 %
	CRUZ BLANCA EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	84.504.259	100,0 %	84.504.259	1,3 %	1,3 %
	SOLSALUD EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	12.861.760	100,0 %	12.861.760	0,2 %	0,6 %
	GOLDEN GROUP EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	3.017.369	100,0 %	3.017.369	0,0 %	0,1 %
	HUMANA VIVIR EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	2.619.180	100,0 %	2.619.180	0,0 %	0,1 %
	SALUD COLPATRIA EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	728.884	100,0 %	728.884	0,0 %	0,0 %
	COMFENALCO ANTIOQUÍA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	330.362	100,0 %	330.362	0,0 %	0,0 %
	MULTIMÉDICAS EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	303.751	100,0 %	303.751	0,0 %	0,0 %
	SALUD COLOMBIA EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	210.111	100,0 %	210.111	0,0 %	0,0 %
	RED SALUD EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	203.664	100,0 %	203.664	0,0 %	0,0 %
<b>TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>223.249.316</b>	<b>10,8 %</b>	<b>58.912.833</b>	<b>2,9 %</b>	<b>60.371.916</b>	<b>2,9 %</b>	<b>1.719.029.424</b>	<b>83,4 %</b>	<b>2.061.563.489</b>	<b>31,4 %</b>	<b>13,5 %</b>
PUBLICO EN LIQUIDACIÓN	SEGURO SOCIAL EPS	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	1.333.234	100,0 %	1.333.234	0,0 %	0,0 %
	CAJANAL	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	57.603	100,0 %	57.603	0,0 %	0,0 %
<b>TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>1.390.837</b>	<b>93,3 %</b>	<b>1.390.837</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>
MIXTA EN OPERACIÓN	NUEVA EPS	805.090.521	43,2 %	185.251.858	9,9 %	137.441.090	7,4 %	737.528.769	39,5 %	1.865.312.238	28,4 %	29,2 %
<b>TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN</b>		<b>805.090.521</b>	<b>43,2 %</b>	<b>185.251.858</b>	<b>9,9 %</b>	<b>137.441.090</b>	<b>7,4 %</b>	<b>737.528.769</b>	<b>39,5 %</b>	<b>1.865.312.238</b>	<b>28,4 %</b>	<b>29,2 %</b>
<b>Total general</b>		<b>2.342.947.768</b>	<b>35,6 %</b>	<b>468.562.681</b>	<b>7,1 %</b>	<b>378.720.176</b>	<b>5,8 %</b>	<b>3.383.038.174</b>	<b>51,5 %</b>	<b>6.573.268.800</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

La deuda de la Nueva EPS de carácter mixta alcanzó un monto cercano a los \$1,9 billones de pesos aproximados, lo que representa el 28,4 % frente al total de deuda de todo el régimen contributivo (0,9 puntos porcentuales menos frente a la participación de toda la deuda del corte a junio de 2021). De igual modo, registra un 46,9 % de cartera morosa frente al 49,6 % de la deuda en mora reportada en el período a junio de 2021.

En el gráfico 4<sup>35</sup> se observa un total de diez empresas del régimen contributivo en operación, con sus respectivas concentraciones de cartera mayor a 60 días, ordenado por la población afiliada que reporta cada entidad a diciembre de 2021 en este régimen; dichas entidades concentran el 94,0 % de afiliados del régimen contributivo (superior a los 23,1 millones de afiliados a nivel nacional). La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra como la Nueva EPS<sup>36</sup> (4,6 millones aproximados en el régimen contributivo), que presenta para este periodo un valor de cartera morosa del 46,9 %.

Las empresas que le siguen con mayor número de afiliados son Sura EPS, con 4,3 millones de afiliados aproximadamente (cartera morosa del 34,9 % frente al 27,6 % a junio de 2021); EPS Sanitas, con más de 4,1 millones de afiliados (cartera morosa del 47,3 % frente al 37,1 % a junio de 2021); Salud Total, con cerca de 3,6 millones de afiliados (cartera morosa del 39,2 % frente al 32,6 % a junio de

## La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra como la Nueva EPS<sup>36</sup> (4,6 millones aproximados en el régimen contributivo), que presenta para este periodo un valor de cartera morosa del 46,9 %

2021), y Famisanar EPS SAS, con cerca de 2,3 millones (cartera morosa del 47,3 % frente al 38,0 % a junio de 2021). Estas cinco entidades concentran el 76,6 % de afiliados de todo el Régimen Contributivo (superior a los 18,8 millones de afiliados).

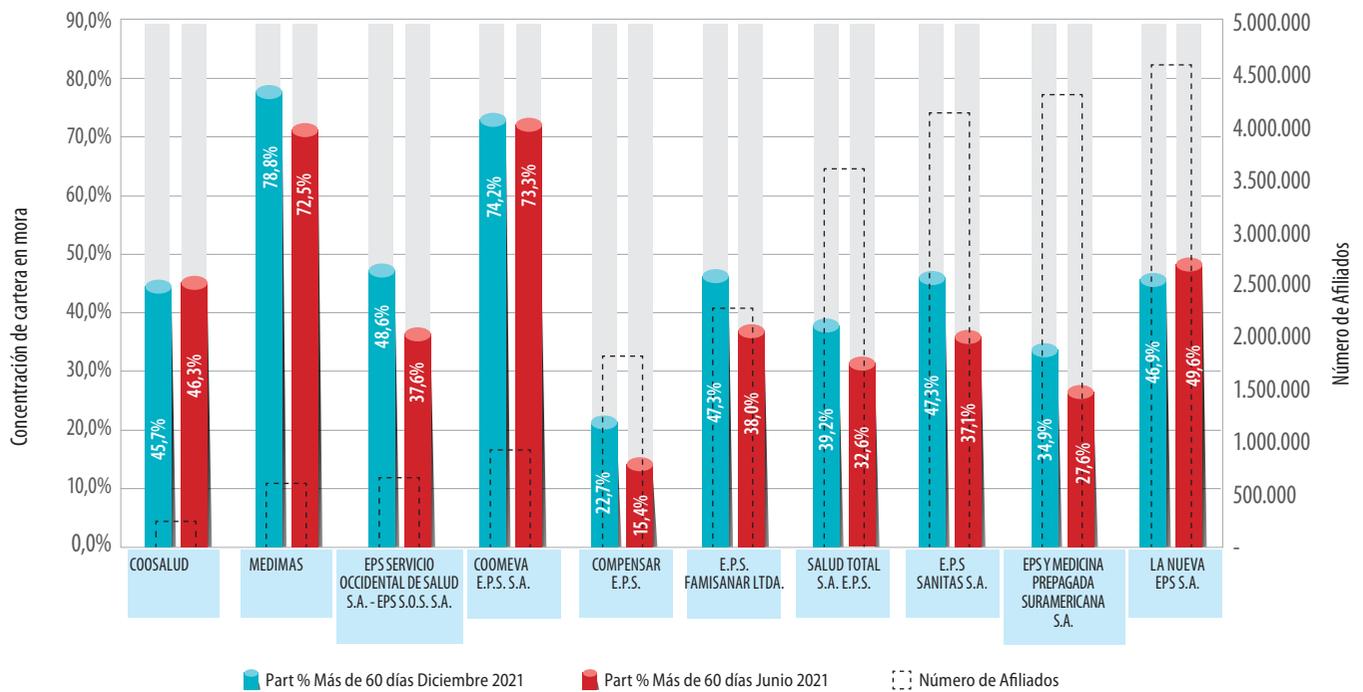
Cabe la pena destacar que, de las 10 EPS que se muestran el gráfico 4, Coosalud y Nueva EPS son las únicas que presentan disminuciones en su concentración de cartera en mora a diciembre de 2021. Adicionalmente, se debe hacer una mención especial a entidades como Compensar, Aliansalud y EPS Sura EPS, que concentran entre las tres el 25,8 % de afiliados de todo el régimen contributivo (más de 6,3 millones) y a su vez presentan unas concentraciones de cartera morosa inferiores al 35 % (22,7 %, 25,1 % y 34,9 %, respectivamente) dentro del régimen contributivo.

---

<sup>35</sup> La ordenación del Gráfico 4 por entidad deudora obedece al número de afiliados por EPS, según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a diciembre de 2021, y estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre de 2021.

<sup>36</sup> A diciembre 31 de 2021, dicha entidad reporta 8,5 millones de afiliados entre contributivo y subsidiado según la BDUA del Minsalud.

**Gráfico 4. Composición por número de afiliados y cartera mayor de 60 días de entidades del R-Contributivo, SIN INCLUIR EL “DETERIORO”, a diciembre 31 de 2021 vs. junio 30 de 2021**



Fuente: AHC, informes semestrales de cartera y población afiliada según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a diciembre de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social.

### 3.2.3. Entes territoriales

La deuda de estas entidades está representada por los departamentos y por algunos municipios (categoría denominada “Otros municipios no clasificados”). Debido a la relevancia observada en los montos adeudados por este tipo de deudor, a partir del primer semestre del 2007 se optó por detallar su composición por entidades y su participación por edades de cartera.

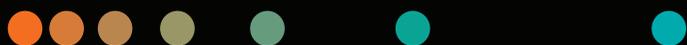
A diciembre 31 de 2021, el monto total adeudado es de \$771.623 millones sin deterioro (reducción de \$39.156 millones frente a los \$800.779 millones registrados a junio de 2021). Esta categoría representa el 6,0 % de la deuda total con respecto a los más de \$12,7 billones registrados durante este corte (reducción de 0,3 puntos porcentuales frente a la participación reportada a junio de 2021; véase tabla 3). Este monto corresponde a la deuda agregada de treinta y dos departamentos, incluyendo el Distrito Capital, más el conjunto de municipios reportados (véase tabla 5).

Por otro lado, la concentración de la cartera en mora correspondiente a 60 días y más presenta una reducción, pasando de un 78,1 %, en junio pasado, a un 69,4 %, en el presente corte (diferencia de 8,7 puntos porcentuales). Por su parte, la cifra absoluta de cartera en mora para este tipo de deudor se incrementó, pasando de \$625.136 millones, en junio de 2021, a \$628.264, con corte a diciembre de 2021.

Podemos detallar que, para este semestre, el departamento de Norte de Santander sigue liderando la cartera de los entes territoriales; específicamente, presenta un endeudamiento total de \$184.850 millones, equivalente al 24,3 % de la deuda total de los entes territoriales (incremento de 8,4 puntos porcentuales en la participación de deuda total con respecto a la registrada en el corte a junio de 2021).

# Innovamos en avances para la salud.

Para todos. En todas partes.



En cuanto al valor absoluto de la cartera total para dicho departamento, esta se incrementó en más de \$57.000 millones en el último semestre. Por su parte, la concentración de cartera mayor a 60 días disminuyó, pasando del 79,3 % al 41,5 % en el actual semestre (reducción de 37,3 puntos porcentuales).

Adicionalmente, y por monto total de deuda absoluta, la categoría Otros Municipios, el distrito capital Bogotá D.C y el departamento del Valle del Cauca presentan los máximos volúmenes de deuda (suman un total de más de \$235.000 millones entre las tres), con una participación del 30,9 % sobre el total de deuda de los entes territoriales y una concentración de cartera morosa promedio del 79,3 % a diciembre de 2021. Por otra parte, los antiguos territorios nacionales o corregimientos departamentales como Vichada, Guainía y Vaupés son los que presentan los menores saldos de deuda total.

### 3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)

Para este tipo de deudor, el monto adeudado supera los \$2,9 billones sin deterioro, que corresponde al 22,9 % de la cartera total del presente estudio (véase tablas 3 y 5). La cartera en mora de las EPS-S del régimen subsidiado suma un valor de más de \$1,7 billones de pesos (60 días y más) y representa el 61,2 %, superior en 0,6 puntos porcentuales en comparación a la concentración en mora mayor a 60 días registrada al 30 de junio de 2021.

Por su parte, las EPS-S privadas en operación suman \$1,3 billones aproximados, equivalente al 44,6 % de la

cartera total del régimen subsidiado con corte a diciembre de 2021, inferior en 3,2 puntos porcentuales frente a la participación total del semestre anterior (47,8 %).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta inicial y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100 % y su deuda (más de \$52.000 millones) aparece referenciada en la categoría “privado en liquidación”. Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad dio como origen la creación de una nueva denominada Medimás EPS SAS, de naturaleza privada e, igualmente, intervenida para liquidar en el año 2022. Su deuda al 31 de diciembre de 2021 está en el orden de los \$128.000 millones aproximadamente y una concentración morosa del 73,4 %. Por otro lado, tenemos la revocatoria total de autorización de funcionamiento ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud para la EPS COMFACOR<sup>37</sup>, la cual pasa a la categoría “privado en liquidación”, con una deuda total a la fecha de \$31.534 millones, al igual que la EPS Emdisalud<sup>38</sup>, que fue intervenida para liquidar con una deuda total de \$113.025 millones y una concentración morosa del 100 %. Durante el último año, la Supersalud ordenó la liquidación de Ambuq ESS<sup>39</sup>, Comfamiliar Cartagena<sup>40</sup>, Comfacundi<sup>41</sup>, Comparta<sup>42</sup> (deuda de más de \$115.000 millones), por lo cual para este periodo aparecen en dicha categoría, al igual que la EPS Comfamiliar Nariño<sup>43</sup>, que se sometió a retiro voluntario, y el caso ya referenciado de Medimás EPS SAS.

En el presente estudio, las tres EPS-S privadas en operación que mayor deuda total reportan son Emsanar, Asmet Salud y Ecoopsos ESS, con un nivel de endeudamiento total (entre las tres) de \$777.519 millones, equivalente al 26,6 % de

<sup>37</sup> Resolución N.º 000299 del 31 de enero de 2019. Superintendencia Nacional de Salud. Para más información véase el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/superintendencia-revoca-y-ordena-liquidar-programa-de-salud-de-comfacor>

<sup>38</sup> Resolución 8929 del 02 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud

<sup>39</sup> Resolución N.º 1214 del 8 de febrero de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>40</sup> Resolución N.º 12754 del 6 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>41</sup> Resolución N.º 12645 del 5 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>42</sup> Resolución N.º 202151000124996 del 26 de julio de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>43</sup> Resolución N.º 006761 del 28 de junio de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

participación sobre la deuda de todo el régimen subsidiado y unas concentraciones de cartera morosa del 35,9 %, 44,0 % y 69,2 %, respectivamente.

Por el lado de las EPS públicas en operación, Convida es la que mayor deuda sigue registrando, con un monto total de \$152.533 millones y una concentración de cartera morosa del 72,9 % a diciembre de 2021. Es necesario recordar que actualmente Confama, en alianza con el sector público, opera la llamada Alianza Medellín Antioquía EPS<sup>44</sup> SAS (más conocida como Savia Salud<sup>45</sup> EPS). Por lo anterior, se puede observar un significativo monto total de deuda de esta entidad por valor de \$386.131 millones, donde el 41,6 % corresponde a cartera en mora (inferior en 10,5 puntos porcentuales con respecto a junio de 2021). A su vez, esta entidad de carácter mixto concentra el 13,2 % de toda la deuda del régimen subsidiado para este corte, siendo la mayor deudora de todo el régimen subsidiado en los últimos doce estudios consecutivos, desde que la EPS pública Caprecom<sup>46</sup> fue liquidada.

Por otra parte, Caprecom sigue siendo la mayor deudora pública en proceso de liquidación dentro del régimen subsidiado (\$60.967 millones<sup>47</sup>), concentrando ahora tan solo el 2,1 % del total de la deuda de este régimen y perdiendo, como es lógico, participación. Adicionalmente, observando la concentración de la cartera superior a 60 días, se presenta una participación del 100 % como es de esperarse producto del proceso liquidatorio.

En esta clasificación tenemos igualmente a la Nueva EPS<sup>48</sup> de carácter mixto, a partir de su obtención de habilitación para operar en el régimen subsidiado desde diciembre de 2015, con un monto actual de deuda total de \$115.350 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 52,3 % a diciembre de 2021.

Por último, se debe mencionar también que las EPS Comfaboy<sup>49</sup> y Manexka EPSI<sup>50</sup> (la primera por liquidación voluntaria, la segunda por orden de la Superintendencia Nacional de Salud) pasaron igualmente a la categoría “privado en liquidación”.

---

<sup>44</sup>En 2012 se da la autorización para su creación mediante el Acuerdo Municipal N.º 55 de 2012 y la Ordenanza Departamental N.º 39 de 2012. El 27 de marzo de 2013 dicha autorización se materializó en la Asamblea de Constitución, en la cual acoge la razón social ALIANZA MEDELLÍN-ANTIOQUIA EPS SAS. El 1.º de mayo del mismo año comienza operaciones y el 15 de julio siguiente, después de la publicación en la Gaceta Oficial de Superintendencia de Industria y Comercio, adopta la marca y recibe el nombre de SAVIA SALUD EPS.

<sup>45</sup>“Savia Salud es una Entidad Promotora de Salud para el régimen subsidiado que tiene operación actual en 116 municipios de Antioquia. Savia Salud es una EPS mixta resultado de una alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Confama, nuestro operador”. Esta información fue recuperada de la página oficial: <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/organizacional/planeacion-estrategica>

<sup>46</sup>El Gobierno Nacional, a través del Decreto 2519 del 28 de diciembre del 2015, dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública.

<sup>47</sup>A julio de 2021 se había hecho efectivo el pago por parte del Gobierno nacional, del Acuerdo de Punto Final por valor de \$514.000 millones de pesos de la liquidación final de dicha EPS. Para más información véase el siguiente enlace: <https://sig.sispro.gov.co/acuerdopuntofinal/>

<sup>48</sup>La NUEVA EPS recibió un porcentaje de los afiliados pertenecientes a la EPS del Régimen subsidiado CAPRECOM, luego de la liquidación de esta última en el mes de diciembre del año 2015 y mediante la Resolución N.º 002664 del 17 de diciembre de 2015 expedida por la Supersalud, la cual habilita a la NUEVA EPS para operar en este régimen.

<sup>49</sup>Retiro dado efectivamente a partir del 1 de octubre de 2017. Resolución 2916 de 25 de agosto de 2017. El día 19 de abril de 2018 se expidió la Resolución N.º 002, mediante la cual la Liquidadora del PROGRAMA DE SALUD EPS S EN LIQUIDACIÓN OPERADO POR COMFABOY, procedió a la determinación, calificación y graduación de derechos y obligaciones a cargo del ente en liquidación, con fundamento en las disposiciones legales allí indicadas. Para más información véase el siguiente enlace: <http://www.comfaboy.org/noticias/358-liquidacion-voluntaria-eps>

<sup>50</sup>Resolución 0527 de 27 de marzo de 2017 y Sentencia T-103 de 2018. Supersalud ordena liquidación de la EPS indígena Manexka. Para más información véase el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-liquidacion-de-la-eps-indigena-manexka>

**Tabla 5. Cartera de las EPS del régimen subsidiado por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) a diciembre 31 de 2021**

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

(Miles de \$ y participación %)

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte	Part. % edad	De 31 a 60 días	Part. % edad	De 61 a 90 días	Part. % edad	Más de 91 días	Part. % edad	TOTAL	Part. % TOTAL COMPARATIVO	
											Dic 2021	Jun 2021
PRIVADO EN OPERACIÓN	EMSSANAR ESS	194.330.831	54,6 %	34.119.820	9,6 %	29.753.425	8,4 %	97.934.195	27,5 %	356.138.270	12,2 %	11,0 %
	ASMET SALUD ESS	140.702.371	47,7 %	24.489.752	8,3 %	19.513.872	6,6 %	110.026.160	37,3 %	294.732.155	10,1 %	10,6 %
	ECOOPSOS ESS	29.334.024	23,2 %	9.697.247	7,7 %	9.243.454	7,3 %	78.374.291	61,9 %	126.649.016	4,3 %	3,8 %
	COMFAMILIAR HUILA	38.512.148	35,0 %	15.543.662	14,1 %	10.759.218	9,8 %	45.097.580	41,0 %	109.912.608	3,8 %	3,9 %
	COOSALUD	28.178.218	28,3 %	6.849.272	6,9 %	7.028.147	7,1 %	57.462.008	57,7 %	99.517.645	3,4 %	3,1 %
	A.I.C. EPSI	40.941.136	58,6 %	6.202.931	8,9 %	5.165.343	7,4 %	17.576.518	25,2 %	69.885.928	2,4 %	2,5 %
	CAJACOPI	27.998.453	42,2 %	4.561.885	6,9 %	4.239.572	6,4 %	29.525.067	44,5 %	66.324.976	2,3 %	2,8 %
	MUTUAL SER ESS	42.062.354	68,2 %	3.714.544	6,0 %	3.462.890	5,6 %	12.444.671	20,2 %	61.684.460	2,1 %	2,0 %
	MALLAMAS EPSI	21.282.742	59,8 %	4.144.702	11,6 %	2.344.828	6,6 %	7.837.675	22,0 %	35.609.946	1,2 %	1,3 %
	PIJAO SALUD EPSI	6.028.033	25,3 %	1.936.579	8,1 %	2.198.982	9,2 %	13.646.287	57,3 %	23.809.882	0,8 %	0,7 %
	COMFAORIENTE	13.209.793	60,4 %	1.736.494	7,9 %	664.153	3,0 %	6.273.550	28,7 %	21.883.990	0,7 %	0,7 %
	COMFACHOCÓ	9.939.688	69,7 %	657.794	4,6 %	864.553	6,1 %	2.806.946	19,7 %	14.268.981	0,5 %	0,4 %
	COMFAMILIAR GUAJIRA	3.724.345	31,6 %	2.857.087	24,2 %	1.880.165	15,9 %	3.341.811	28,3 %	11.803.408	0,4 %	0,4 %
	COMFASUCRE	2.633.606	60,9 %	197.774	4,6 %	139.624	3,2 %	1.350.656	31,3 %	4.321.659	0,1 %	0,1 %
	DUSAKAWI EPSI	1.262.411	43,0 %	51.869	1,8 %	250.876	8,5 %	1.370.418	46,7 %	2.935.574	0,1 %	0,1 %
ANAS WAYUU EPSI	1.632.103	79,2 %	172.764	8,4 %	95.485	4,6 %	159.987	7,8 %	2.060.339	0,1 %	0,1 %	
CCF SIN ESPECIFICAR	792.793	91,8 %	22.052	2,6 %	1.476	0,2 %	46.956	5,4 %	863.277	0,0 %	0,0 %	
<b>TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN</b>		<b>602.565.048</b>	<b>46,3 %</b>	<b>116.956.228</b>	<b>9,0 %</b>	<b>97.606.062</b>	<b>7,5 %</b>	<b>485.274.775</b>	<b>37,3 %</b>	<b>1.302.402.113</b>	<b>44,6 %</b>	<b>47,8 %</b>
PUBLICO EN OPERACIÓN	CONVIDA	38.798.314	25,4 %	2.523.413	1,7 %	10.260.571	6,7 %	100.951.518	66,2 %	152.533.815	5,2 %	5,0 %
	CAPRESOCA EPS	3.399.052	10,2 %	615.834	1,9 %	1.228.555	3,7 %	27.984.211	84,2 %	33.227.652	1,1 %	1,6 %
<b>TOTAL PUBLICO EN OPERACIÓN</b>		<b>42.197.365</b>	<b>22,7 %</b>	<b>3.139.247</b>	<b>1,7 %</b>	<b>11.489.126</b>	<b>6,2 %</b>	<b>128.935.728</b>	<b>69,4 %</b>	<b>185.761.467</b>	<b>6,4 %</b>	<b>6,6 %</b>
<b>TOTAL EPS-S EN OPERACIÓN</b>		<b>644.762.414</b>	<b>43,3 %</b>	<b>120.095.475</b>	<b>8,1 %</b>	<b>109.095.187</b>	<b>7,3 %</b>	<b>614.210.503</b>	<b>41,3 %</b>	<b>1.488.163.579</b>	<b>51,0 %</b>	<b>54,4 %</b>
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	MEDIMÁS EPS SAS	24.756.460	19,4 %	9.149.658	7,2 %	9.358.423	7,3 %	84.396.072	66,1 %	127.660.613	4,4 %	4,3 %
	COMPARTA ESS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	115.947.963	100,0 %	115.947.963	4,0 %	4,2 %
	EMDISALUD		0,0 %		0,0 %		0,0 %	113.025.979	100,0 %	113.025.979	3,9 %	2,9 %
	COMFAMILIAR NARIÑO		0,0 %		0,0 %		0,0 %	77.585.195	100,0 %	77.585.195	2,7 %	2,8 %
	AMBUQ ESS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	76.669.732	100,0 %	76.669.732	2,6 %	3,1 %
	SALUDVIDA EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	67.767.310	100,0 %	67.767.310	2,3 %	2,3 %
	CAFESALUD EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	52.940.788	100,0 %	52.940.788	1,8 %	1,8 %
	COMFAMILIAR CARTAGENA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	45.178.763	100,0 %	45.178.763	1,5 %	1,7 %
COMFACOR		0,0 %		0,0 %		0,0 %	31.534.519	100,0 %	31.534.519	1,1 %	1,3 %	

Continúa en la siguiente página ➡



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

40

años

brindando  
excelencia en salud  
a los colombianos



[www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

*Cali, Colombia*



*5 sedes ubicadas estratégicamente en la ciudad de Cali*

Reconocidos entre los 150 mejores hospitales del mundo y número 1 en Colombia.

Según **Newsweek**

Durante 4 años como el mejor lugar para trabajar en el sector salud en Colombia.

Según **BWP22**  
Computrabajo

El 4to mejor Hospital de Latinoamérica y 1er puesto entre los Hospitales en Colombia.

Según **América**  
economía



4 TO PUESTO  
EN AMÉRICA  
LATINA 2021

**América**  
economía

**BWP22**  
Computrabajo



Accredited Laboratory



Certificado N° 015

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte	Part. % edad	De 31 a 60 días	Part. % edad	De 61 a 90 días	Part. % edad	Más de 91 días	Part. % edad	TOTAL	Part. % TOTAL COMPARATIVO	
											Dic 2021	Jun 2021
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	COMFACUNDI		0,0 %		0,0 %		0,0 %	23.908.111	100,0 %	23.908.111	0,8 %	0,5 %
	MANEXKA EPSI		0,0 %		0,0 %		0,0 %	4.939.395	100,0 %	4.939.395	0,2 %	0,2 %
	COMFAMILIAR CAMACOL		0,0 %		0,0 %		0,0 %	1.699.754	100,0 %	1.699.754	0,1 %	0,1 %
	COLSUBSIDIO		0,0 %		0,0 %		0,0 %	1.671.636	100,0 %	1.671.636	0,1 %	0,1 %
	COMFANORTE-FAMISALUD		0,0 %		0,0 %		0,0 %	1.222.033	100,0 %	1.222.033	0,0 %	0,1 %
	CAFAM		0,0 %		0,0 %		0,0 %	855.894	100,0 %	855.894	0,0 %	0,0 %
	COMFABOY		0,0 %		0,0 %		0,0 %	651.457	100,0 %	651.457	0,0 %	0,0 %
	OTRAS EPS DEL R. SUB.-EN LIQ.	1.996	0,5 %	-	0,0 %	-	0,0 %	431.049	99,5 %	433.045	0,0 %	0,0 %
	COMFAMA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	155.846	100,0 %	155.846	0,0 %	0,0 %
	COMFENALCO TOLIMA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	152.531	100,0 %	152.531	0,0 %	0,0 %
	CAJASALUD		0,0 %		0,0 %		0,0 %	133.321	100,0 %	133.321	0,0 %	0,0 %
	HUMANA VIVIR EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	82.608	100,0 %	82.608	0,0 %	0,0 %
	SOLSALUD EPS		0,0 %		0,0 %		0,0 %	57.336	100,0 %	57.336	0,0 %	0,0 %
	CAFABA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	30.394	100,0 %	30.394	0,0 %	0,0 %
	COMFENALCO QUINDÍO		0,0 %		0,0 %		0,0 %	24.638	100,0 %	24.638	0,0 %	0,0 %
	CAJASAN		0,0 %		0,0 %		0,0 %	11.915	100,0 %	11.915	0,0 %	0,0 %
	COMFENALCO CUNDINAMARCA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	7.173	100,0 %	7.173	0,0 %	0,0 %
COMFENALCO SANTANDER		0,0 %		0,0 %		0,0 %	2.176	100,0 %	2.176	0,0 %	0,0 %	
COMFENALCO ANTIOQUÍA		0,0 %		0,0 %		0,0 %	1.482	100,0 %	1.482	0,0 %	0,0 %	
<b>TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>24.758.456</b>	<b>3,3 %</b>	<b>9.149.658</b>	<b>0,0 %</b>	<b>9.358.423</b>	<b>1,3 %</b>	<b>701.085.071</b>	<b>95,4 %</b>	<b>744.351.608</b>	<b>25,5 %</b>	<b>21,1 %</b>
PUBLICO EN LIQUIDACIÓN	CAPRECOM	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	60.967.933	100,0 %	60.967.933	2,1 %	2,1 %
	SELVASALUD EPS	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	2.979.046	100,0 %	2.979.046	0,1 %	0,2 %
	EPS CÓNDOR	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	2.873.457	100,0 %	2.873.457	0,1 %	0,2 %
	CALISALUD	-	0,0 %	-	0,0 %	-	0,0 %	1.864.906	100,0 %	1.864.906	0,1 %	0,2 %
<b>TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>-</b>	<b>0,0 %</b>	<b>68.685.342</b>	<b>100,0 %</b>	<b>68.685.342</b>	<b>2,4 %</b>	<b>2,6 %</b>
MIXTA EN OPERACIÓN	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUÍA EPS S.A.S.	200.266.570	51,9 %	25.213.553	6,5 %	13.198.425	3,4 %	147.453.151	38,2 %	386.131.698	13,2 %	15,5 %
	CAPITAL SALUD EPS	45.073.014	38,6 %	7.556.784	6,5 %	6.011.702	5,2 %	58.004.997	49,7 %	116.646.497	4,0 %	3,8 %
	NUEVA EPS	41.765.652	36,2 %	13.246.612	11,5 %	12.932.154	11,2 %	47.406.403	41,1 %	115.350.822	4,0 %	2,6 %
<b>TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN</b>		<b>287.105.236</b>	<b>46,4 %</b>	<b>46.016.949</b>	<b>7,4 %</b>	<b>32.142.281</b>	<b>5,2 %</b>	<b>252.864.552</b>	<b>40,9 %</b>	<b>618.129.018</b>	<b>21,2 %</b>	<b>21,9 %</b>
<b>Total general</b>		<b>956.626.106</b>	<b>32,8 %</b>	<b>175.262.082</b>	<b>6,0 %</b>	<b>150.595.891</b>	<b>5,2 %</b>	<b>1.636.845.467</b>	<b>56,1 %</b>	<b>2.919.329.546</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

En el gráfico 5<sup>51</sup> aparecen representadas las concentraciones de cartera mayor a 60 días (cartera en mora), para las entidades privadas, públicas y mixtas que actualmente operan el régimen subsidiado y que encabezan la mayor concentración de deuda morosa en el corte a diciembre de 2021, obteniendo que algunas de las EPS privadas presentan concentraciones de cartera en mora inferiores, frente a junio de 2021, siendo estas Ecoopsos ESS, Cajacopi, Comfamiliar Huila, Asmet Salud ESS y Emssanar ESS, aquellas que presentan una disminución frente al corte anterior.

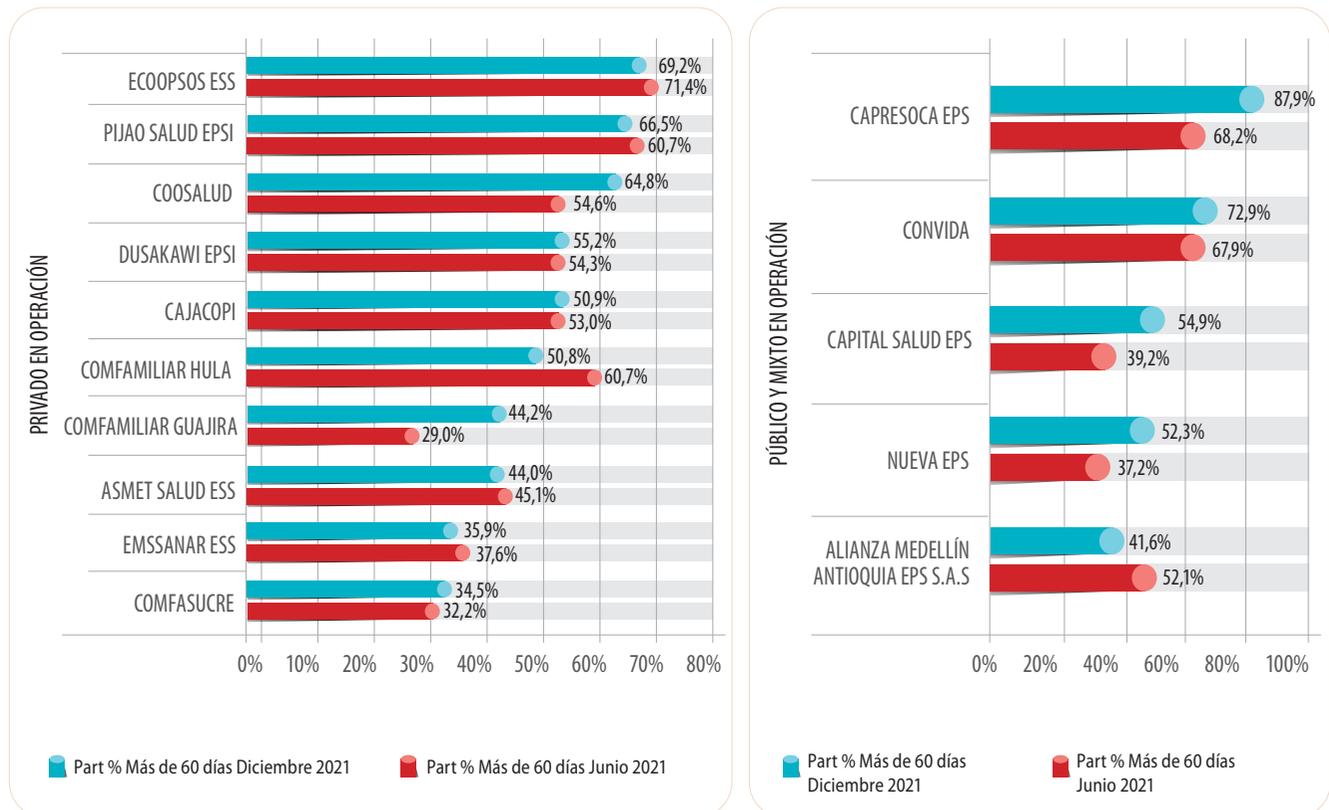
Por el lado de las entidades públicas y mixtas, destaca que Capresoca EPS, Convida, Capital Salud EPS<sup>52</sup> y Nueva EPS presentan concentraciones de cartera en mora superiores a las reportadas a junio de 2021. El caso contrario ocurre para Alianza Medellín Antioquía EPS (Savia Salud), donde su concentración morosa disminuyó en 10,5 puntos porcentuales a diciembre de 2021.

Vale destacar que igualmente todas las EPS mostradas en el gráfico 5, independientemente de su naturaleza jurídica, presentan concentraciones de cartera morosa superiores al 34,0.

<sup>51</sup> La ordenación del gráfico 5 por entidad deudora obedece estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre de 2021.

<sup>52</sup> Empezó operaciones en agosto de 2011.

**Gráfico 5. Composición de cartera mayor de 60 días de entidades del R-Subsidiado, SIN INCLUIR EL "DETERIORO", a diciembre 31 de 2021 vs. junio 30 de 2021**



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

### 3.2.5. Principales deudores por cartera de 60 días y más

El Decreto 4747 de 2007 estableció, en su Artículo 23, el trámite de las glosas, en desarrollo de lo establecido en el literal d) del Artículo 13 de la Ley 1122 sobre el flujo y la protección de los recursos, donde se precisó que los servicios de salud deben cancelarse dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Las principales entidades deudoras por participación relativa de la cartera mayor a 60 días “sin incluir el deterioro” (62,3 % a diciembre de 2021 vs. el 63,2 % del semestre anterior) presentaron una reducción de 0,8 puntos porcentuales. El monto de cartera morosa de las primeras diez entidades del *ranking*, por valor de \$3,7 billones, es supe-

rior en más de \$102.000 millones con respecto a junio de 2021.

Se agrega adicionalmente, que la totalidad de la cartera “sin deterioro” de estas entidades a diciembre 30 de 2021 suma un total de casi de \$6 billones (46,9 % del total de los más de \$12,7 billones presentados en el siguiente informe), lo cual es bastante representativo para referenciar a los mayores poseedores de deuda actual.

A continuación, se presenta el análisis tradicional de los diez principales deudores al 31 de diciembre de 2021.

**Tabla 6. Concentración de cartera de 60 días y más por los principales deudores a diciembre 31 de 2021**  
SIN INCLUIR EL “DETERIORO”

(Miles de \$ y participación %)

Entidad deudora	60 días y más	TOTAL	Concentración (%) de 60 días y más	
			Diciembre de 2021	Junio de 2021
1. NUEVA EPS (ambos regímenes)	935.308.417	1.980.663.060	47,2 %	49,2 %
2. MEDIMAS EPS SAS (liquidada ambos regímenes)	647.128.676	829.719.296	78,0 %	71,3 %
3. CAFESALUD EPS (liquidada ambos regímenes)	472.717.473	472.717.473	100,0 %	100,0 %
4. COOMEVA EPS (liquidada)	383.407.021	516.884.668	74,2 %	73,3 %
5. EPS SANITAS	263.717.202	557.134.517	47,3 %	37,1 %
6. OPERADOR FIDUCIARIO (extinto) Y ADRES	245.466.524	295.968.183	82,9 %	85,4 %
7. COOSALUD (ambos regímenes)	215.226.290	429.547.048	50,1 %	48,4 %
8. SALUDVIDA EPS (liquidada ambos regímenes)	211.336.757	211.336.757	100,0 %	100,0 %
9. SURA EPS - SUSALUD EPS	177.758.689	509.467.434	34,9 %	27,6 %
10. SALUDCOOP EPS OC (liquidada)	174.494.668	174.494.668	100,0 %	100,0 %
<b>Total general</b>	<b>3.726.561.717</b>	<b>5.977.933.104</b>	<b>62,3 %</b>	<b>63,2 %</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

Respecto del informe a junio de 2021 (véase tabla 6), Nueva EPS sigue encabezando el *ranking* con \$935.308 millones de cartera en mora y una concentración respectiva del 47,2 % frente al 49,2 % del corte anterior, seguida de la recién intervenida para liquidar Medimás EPS SAS, con una deuda en mora de \$647.128 millones y una concentración del 78,0 % vs. el 71,3 % a junio de 2021, en más de cuatro años de haber iniciado operaciones y después de haber sido liquidada finalmente en el año 2022.

En la tercera ubicación aparece la intervenida para liquidar Cafesalud EPS, con un total de cartera mayor

más de 60 días de \$472.717 millones y una concentración del 100 % por motivo de su venta y posterior intervención para liquidar. En cuarto lugar, tenemos a la intervenida para liquidar Coomeva EPS con \$383.407 millones de cartera morosa y una concentración del 74,2 %, superior en 0,9 puntos porcentuales con respecto al semestre anterior. En la posición número 5 se ubica la EPS SANITAS con un monto total de cartera morosa de \$263.717 millones y una concentración del 47,3 % a diciembre de 2021.

## Nuevo Centro Ambulatorio Cardiovascular

Imágenes  
diagnósticas  
cardiovasculares

Consulta  
especializada  
cardiovascular

Descúbrelo  
próximamente  
**AQUÍ**



## Nos late cuidar

## el corazón de tus pacientes

El extinto Operador Fiduciario del Fosyga, el cual operó hasta julio de 2017, se ubica en la sexta posición del *ranking*, sumándole la deuda de la nueva entidad que pasó a reemplazarla; hablamos de la ADRES, ambas con un monto en conjunto de cartera en mora de \$245.466 millones y una concentración respectiva del 82,9 % (inferior en 2,5 puntos) frente al 85,4 % del corte anterior. Valga precisar que la concentración de cartera morosa de la nueva entidad ADRES es del 75,9 % (\$158.950 millones) a diciembre de 2021.

Por su parte, Coosalud, con un monto total de cartera morosa de \$215.226 y una concentración del 50,1 %, se ubica en la séptima posición. La intervenida para liquidar de carácter privado Saludvida EPS, con una deuda en mora de \$211.336 millones y una concentración del 100 % está en la posición número ocho.

Finalmente, tenemos a Sura EPS con \$177.758 millones y a la liquidada Saludcoop EPS OC, con \$174.494 millones de vencimiento y una participación de cartera morosa del 100 % en las dos últimas posiciones.

Como es tradicional, es importante aclarar que la presente ordenación por entidad deudora obedece estrictamente a la *cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre 31 de 2021*, en donde en su respectivo orden la Nueva EPS encabeza el listado, seguida de Medimás EPS SAS y, así, sucesivamente, tal y como se evidencia en la tabla 6, puesto que si la ordenación se hiciera por la concentración (%) de cartera mayor a 60 días y más, el orden sería diferente; las primeras entidades serían la vendida e intervenida para liquidar Cafesalud EPS, la intervenida para liquidar Saludvida EPS y en tercer lugar la liquidada Saludcoop EPS.

### **3.2.6. Entidades deudoras en venta, intervenidas, en proceso de liquidación, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria**

Una vez más, en el presente estudio se ha incluido la deuda agrupada por entidades deudoras pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado que se encuentran a la fecha de corte de este estudio en pro-

ceso de venta, intervenidas, en proceso de liquidación, a las que se ha decidido interponer la medida cautelar de vigilancia especial, o que se encuentran en programa de recuperación ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud. Estas medidas consisten en la remoción de los revisores fiscales, la designación de contralores para las entidades y la presentación y cumplimiento de unos planes de acción específicos.

Vale aclarar que, para este corte, se ha decidido incluir las 25 EPS que, a la fecha de elaboración de este estudio (abril de 2022), presentan algún tipo de medida especial a saber:

- Intervención para liquidar (11) equivalente al 44,0 %.
- Intervención para administrar y/o toma de posesión (1) equivalente al 4,0 %.
- Vigilancia especial (11) equivalente al 44,0 %.
- Programa de recuperación (2) equivalente al 8,0 %.

Adicionalmente, consolida la información de las EPS que ya fueron liquidadas, ya sea por intervención de la Supersalud o porque decidieron retirarse voluntariamente (proceso de venta y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS, Comfaboy y Comfamiliar Nariño por retiro voluntario, Comfacor, Cruz Blanca, Saludvida, Emdisalud, Comfacundi, Comfamiliar Cartagena, Ambuq ESS, Comparta, Coomeva EPS y Medimas EPS SAS, liquidadas por orden de la Supersalud, entre otras) y que a diciembre 31 de 2021 seguían presentando saldos de deuda por pagar.

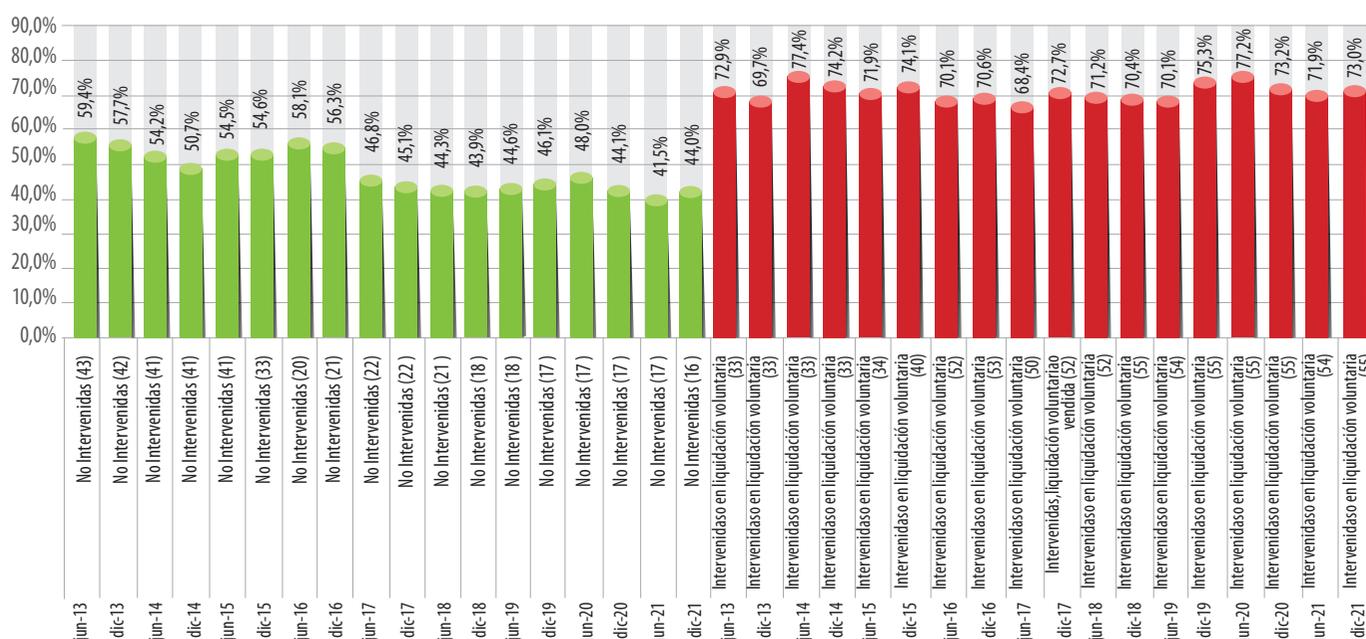
A continuación, se presenta el comportamiento de la cartera morosa para el conjunto de EPS Intervenidas, en Liquidación voluntaria y No intervenidas.

En el gráfico 6, se puede ver el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades Intervenidoas o en liquidación voluntaria. A la fecha de corte de este estudio, dicha concentración alcanza un nivel del 73,0 % (superior en 1,1 puntos respecto a junio de 2021), explicado en parte por la liquidación de EPS en el último tiempo; aun así,

en los últimos 18 cortes observamos participaciones de cartera vencida por encima del 68 %.

Por el lado de las EPS que no presentan intervención, este porcentaje se ubica en el 44,0 %, mostrando igualmente una mayor concentración durante el último semestre evaluado (con un incremento de 2,6 puntos porcentuales, respecto del último corte).

**Gráfico 6. Concentración de cartera mayor de 60 días de entidades Intervenidoas, en liquidación voluntaria y no intervenidoas**  
SIN INCLUIR EL "DETERIORO"



Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

Nota aclaratoria: La presente clasificación obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 31 de marzo de 2022. Para más información véase el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

### 3.2.7. Aseguradoras SOAT

El siguiente es el comportamiento de la cartera adeuda por la Aseguradoras autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Las trece entidades autorizadas presentan una concentración de cartera en mora promedio del 53,6 %, e igualmente, en términos generales, un mejoramiento en la mayoría los deudores con respecto a la situación presentada a

junio de 2021 en relación con la cartera morosa (60,9 % vs. 62,9 %). El monto total de cartera absoluto "Sin Deterioro" de las aseguradoras SOAT asciende a los \$218.953 millones a diciembre de 2021, superior en \$29.302 millones frente a junio de 2021.

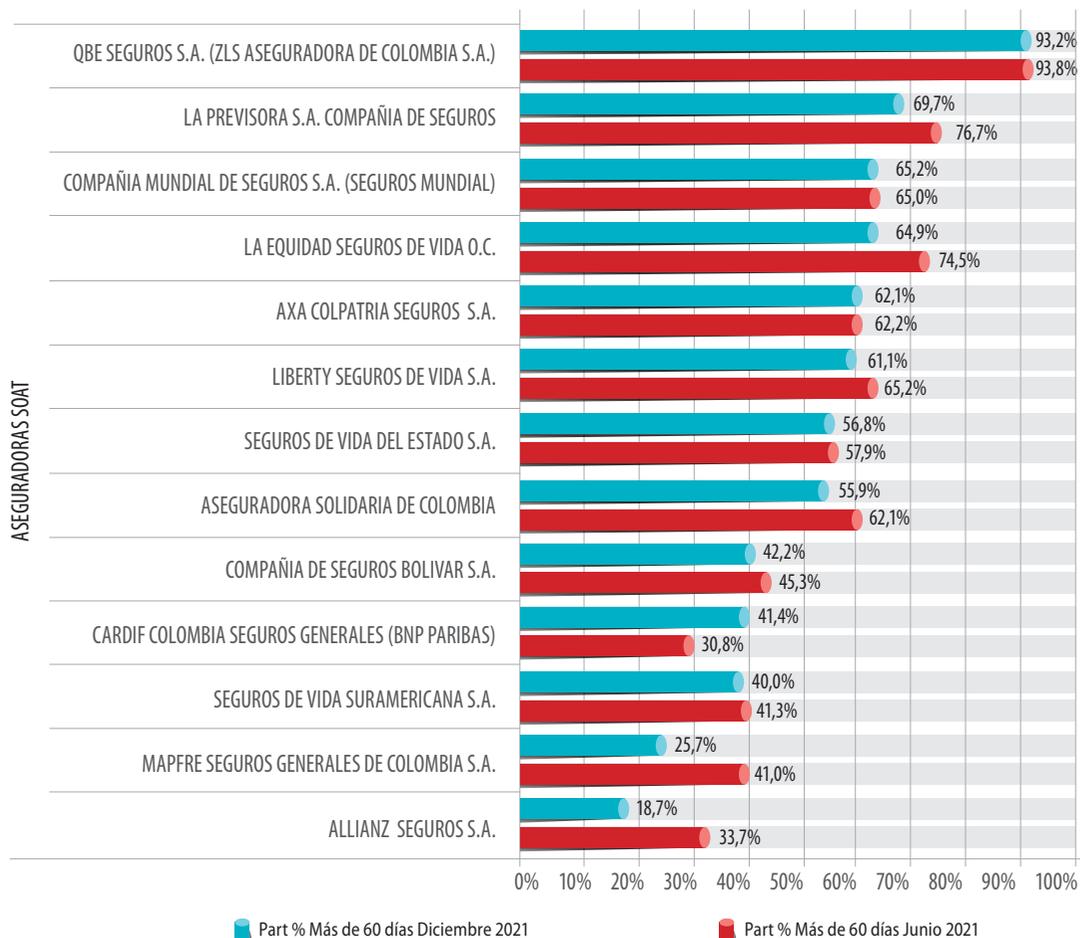
Las entidades autorizadas concentran globalmente el 1,7 % de toda la deuda Sin Deterioro reportada en el estudio a diciembre de 2021 (más de \$12,7 billones). Las aseguradoras de mayor morosidad absoluta que se ubican en las cinco primeras posiciones son las siguientes: Compañía

Mundial de Seguros SA, La Previsora SA Compañía de Seguros de carácter público, Axa Colpatria Seguros SA, Seguros de Vida del Estado SA y Seguros de Vida Suramericana SA; entre las cinco adeudan un total de \$196.799 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 58,8 % a diciembre de 2021, frente al 60,6 % del periodo inmediatamente anterior.

Si el criterio de ordenación se hiciese por la concentración de mo-

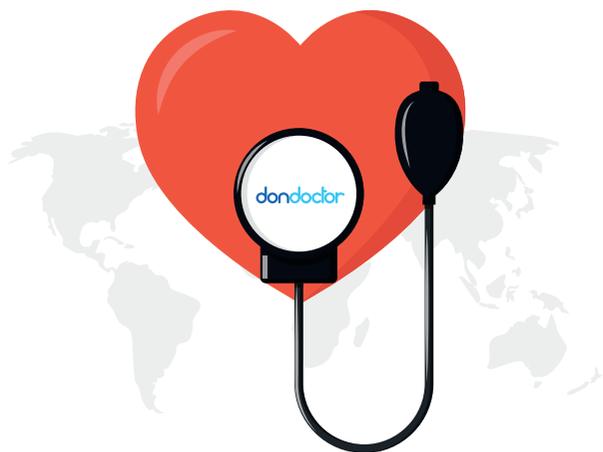
rosidad Sin Deterioro, tendríamos la información del gráfico 7, donde Qbe Seguros SA (ZLS Aseguradora de Colombia SA), la Previsora SA compañía de seguros de carácter público, Compañía Mundial de Seguros Sa (Seguros Mundial), la Equidad Seguros de Vida Oc y Axa Colpatria Seguros Sa completan las cinco primeras posiciones en su ordenación. Todas las anteriormente enunciadas presentan las participaciones más altas de cartera mayor a 60 días a diciembre de 2021.

**Gráfico 7. Composición de cartera mayor de 60 días de Auguradoras SOAT (diciembre 31 de 2021 vs. junio 30 de 2021)**  
SIN INCLUIR EL "DETERIORO"



Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

## Los retos en la digitalización de las clínicas y hospitales



La palabra de moda en todas las industrias es la transformación digital, una palabra trillada, pero que hasta ahora toma sus primeros pasos en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud. Sin lugar a dudas la pandemia le dio un "empujón" a muchos temas que se venían conversando tímidamente, pero sobre todo, fue un llamado de urgencia a los líderes del sector a concientizarse de que no podíamos seguir utilizando los mismos flujos operativos de hace 20 años.

La transformación digital se trata de integrar tecnologías y soluciones digitales en los principales procesos de las compañías en búsqueda de incrementar la eficiencia e impactar la conveniencia y la experiencia del consumidor. Sin embargo, distintos motivos han generado que la salud sea una de las industrias menos digitalizadas a nivel mundial, por debajo incluso de los gobiernos o la industria de la minería según el MGI Industry Digitization Index realizado por McKinsey.

Desde dondoctor hacemos un recuento de los cuatro principales retos que hemos encontrado en la digitalización del proceso de agendamiento en las clínicas y hospitales en Colombia, pero que aplican a la digitalización de muchos otros procesos. Conceptualmente los retos no necesitan ingeniería de la NASA para ser resueltos, pero si se necesita actuar de forma decidida sobre ellos.

### El líder de la organización.

Si el líder de la organización no es consciente de que el mundo cambió y de la necesidad de adoptar nuevas tecnologías no habrá un cambio. Primero porque no transmitirá ese ADN a la Organización y segundo porque no le prestará atención a las iniciativas que vengan de sus colaboradores. El líder debe entender las nuevas tecnologías, tener una estrategia clara, contratar al talento apropiado, priorizar las "frutas bajas" y de mayor impacto y hacer "psicología" al interior de su Organización sobre la importancia del cambio.

Empecemos por pasos pequeños en interoperabilidad y exijámoslos.

Muchos proyectos se mueren porque los proveedores de las soluciones tecnológicas (sean departamentos internos o proveedores externos) dicen que "no es posible". Por supuesto que hay retos en interoperabilidad y definiciones por realizar, pero hoy en día todo es posible en tecnología y los proveedores no pueden convertirse en un obstáculo a las necesidades del negocio. El proveedor que no esté en capacidad de intercambiar datos básicos con otros sistemas o se pone a la altura o se tiene que cambiar.

### Si, la operación de los centros de salud es compleja.

Para digitalizar los procesos del sistema de salud es necesario abrazar la complejidad. Son muchas las reglas de negocio derivadas de los flujos operativos, condiciones de los contratos e incluso "necesidades" de los médicos (por sólo mencionar algunas) dentro de los puntos a tener en cuenta en los procesos de digitalización. Sin embargo, esto no se puede convertir en una excusa. Una vez definidos los objetivos estratégicos de la Organización es imperativo adentrarse en el detalle para entender los retos, ser conscientes "que lo mejor es enemigo de lo bueno" y que por lo tanto hay ciertas cosas que es más inteligente dejar para una segunda etapa y buscar el talento y los proveedores adecuados que puedan satisfacer esas necesidades.

Por último, tenga en cuenta dos cosas. Primero, que es necesario tener mente abierta y entender que está en un proceso de co-creación al interior de su organización y con su proveedor. Debe estar dispuesto a escuchar y a pintar nuevos mapas de procesos; el hecho de que "así lo hacemos acá" no quiere decir que es la mejor forma de hacerlo. Segundo, es muy posible que un solo proveedor no tenga la mejor solución para todas sus necesidades y que por lo tanto deba sacar lo mejor de cada uno garantizando integraciones sencillas pero seguras y que garanticen un flujo operativo lógico.

### Nosotros lo podemos hacer al interior de nuestra Organización.

Es posible que sea verdad. Sin embargo, son muchas las instituciones que después de dos años vuelven a buscar al proveedor porque se dieron cuenta que no era tan sencillo. Pero más allá de eso es una invitación a pensar en si su Organización es una empresa de "core" tecnológico y va a tener la capacidad de mantener y realizar nuevas funcionalidades al producto o si es mejor delegarlo en un tercero que su core de negocio es ese proceso específicamente. Las alternativas de SaaS permiten inversiones bajas y un producto vivo que está en constante evolución gracias a que el proveedor interactúa todos los días con otras Organizaciones como la suya.



Por: **Felipe Acosta**  
Co fundador de dondoctor

MBA de Babson College con énfasis  
en tecnología y emprendimiento.

## 4. Conclusiones

Los estudios de cartera hospitalaria se vienen realizando desde el año 1998, lo que corresponde a un periodo de 24 años consecutivos de seguimiento. El estudio de cartera Número 47, elaborado por la ACHC, contó con un total de 207 clínicas y hospitales reportantes.

Se debe tener en cuenta que, para los diez últimos periodos (junio del 2017 – diciembre del 2021) se debió incluir, por parte de las IPS en sus estados de cuentas por cobrar, los “deterioros de cartera morosa por edades”, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Lo anterior se aclara según lo estipulado por la Supersalud mediante la Circular Externa N.º 016 de 2016, bajo la entrada en vigor de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Lo anterior indica que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus “cuentas por cobrar morosas” un valor por más de \$2,8 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 22,4 % de la deuda total a diciembre de 2021 sin deterioros (más de \$12,7 billones aproximados); es decir, para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 207 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 43,1 %.
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 34,5 %.
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 22,4 %.
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100 %.

Ahora bien, como la normatividad según NIIF obliga a incluir el “deterioro”, todas las desagregaciones del estudio fueron presentadas bajo estos dos conceptos (*con y sin deterioro*), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto “Sin Incluir el “Deterioro”, puesto que obedece a cartera hospitalaria *aún pendiente de pago* por parte de la entidad responsable.

Es decir, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de doce billones setecientos cuarenta y nueve mil (más de \$12,7 billones de pesos) y una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 56,9 % (\$7,3 billones, aproximadamente).

Si se tuviese en cuenta la inclusión del “deterioro de cartera morosa por edades”, bajo lo ordenado por la metodología NIIF, el valor de cuentas por cobrar a diciembre de 2021 para los 207 hospitales y clínicas reportantes sería de \$9,9 billones de pesos aproximados y una concentración de cartera morosa del 45,5 % (\$4,5 billones).

En cuanto a la relación de cartera por edades comparada frente al semestre a junio de 2021, se observa una reducción a diciembre de 2021 de la cartera a 30 días más corriente (37,1 % vs. 38,3 %) y un incremento en la participación de la cartera mayor a 90 días (51,8 % frente al 51,3 % del periodo a junio de 2021). La franja intermedia de 31 a 90 días presenta igualmente un incremento, ubicándose en 11,1 %, frente al 10,4 % del semestre pasado.

Cabe resaltar, como ya se indicó que, dentro de la cartera morosa mayor a 60 días a diciembre de 2021, situada en 56,9 %, esta se compone de un 22,4 % considerada como cartera de más difícil cobro o “deteriorada” según lo indica la metodología NIIF.

De manera global, y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud

(EPS) del Régimen Contributivo (51,6 %), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (22,9 %) y, en tercer lugar, la categoría Estado (9,6 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, el extinto Operador Fiduciario del Fosyga, la deuda de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y otras entidades del Estado como Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ministerios, entre otros.

La morosidad, expresada como la concentración en cartera de 60 días y más es del 67,1 % para la categoría Estado (compuesta del 100,0 % de cartera morosa del desaparecido Operador Fiduciario del Fosyga, del 69,4 % de cartera morosa de los entes territoriales y del 75,9 % de cartera morosa de la ADRES), seguida del 61,2 % para las EPS del Régimen Subsidiado y, finalmente, del 57,2 % para las EPS del Régimen Contributivo. Todas las con-

centraciones de cartera en mora anteriores se encuentran por encima del 57,0 % para cada tipo de deudor principal.

En síntesis, las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado más la categoría Estado representan el 84,1 % del total de la deuda a diciembre de 2021 (más de \$10,7 billones de pesos sin deterioro).

En el régimen contributivo, la mayor deudora es la Nueva EPS, de carácter mixto, con un monto de \$1,9 billones de pesos aproximados. Por otro lado, la Nueva EPS registra un 46,9 % de deuda superior a 60 días (reducción de 2,7 puntos porcentuales frente a la concentración de cartera de 60 días y más a junio de 2021).

Igualmente, destacan las concentraciones de cartera en mora de las EPS de carácter privado en operación del régimen contributivo, que en su respectivo orden son las siguientes: Comfenalco Valle (64,6 %), S.O.S. EPS (48,6 %) y EPS Sanitas (47,3 %). A su vez, estas tres entidades presentan una morosidad promedio del 53,5 %, anotando

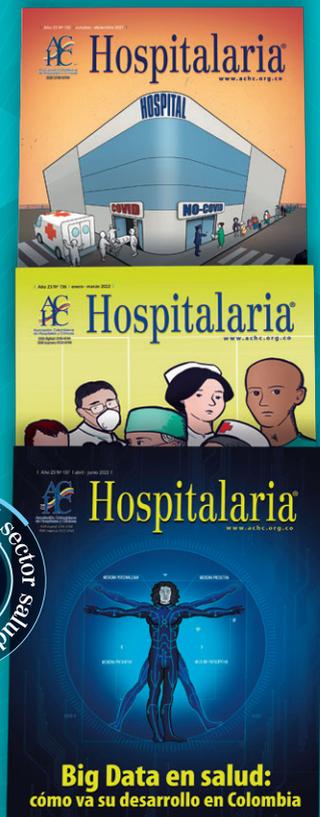


Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas **Revista Hospitalaria®**  
www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano

¡Paute con Nosotros! »»

Info: comunicaciones@achc.org.co  
publicidadhospitalaria@achc.org.co  
Celular: 310 2616106 – 315 2031887  
Fijo: 57-1-3124411



## **En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta Savia Salud o Alianza Medellín Antioquía S.A.S., con un monto total de \$386.131 millones, donde el 41,6 % corresponde a cartera en mora.**

que una de estas tiene interpuesta medida cautelar de vigilancia especial ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de elaboración del presente estudio, por lo que son sujetas actualmente de la medida de giro directo<sup>53</sup> dentro del régimen contributivo.

En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta Savia Salud o Alianza Medellín Antioquía S.A.S., con un monto total de \$386.131 millones, donde el 41,6 % corresponde a cartera en mora, seguida de las EPS-S privadas en operación, Emssanar ESS con \$356.138 millones y un 35,9 % de cartera vencida a diciembre de 2021 y Asmet Salud ESS con \$294.732 millones y un 44,0 % de vencimiento.

Otro de los aspectos identificados en los últimos estudios elaborados es la cartera adeudada por algunas EPS-S del régimen subsidiado, que desde el año 2017, en adelante, decidieron cambiar la razón social (NIT) de su entidad, para convertirse a la categoría de Sociedad Simplificada por Acciones (S.A.S.) – o a Sociedad Anónima (S.A.). En este sentido, las EPS como

Coosalud, Asmet Salud, Ecoopsos y Emssanar ESS presentan una sustitución de deuda, donde por un lado disminuye la cartera nominal absoluta de la razón social antigua de la EPS y, por otro lado, incrementa la deuda de su nueva razón social.

Por el lado de los entes territoriales (municipios y departamentos), el corte a diciembre de 2021 arroja un monto total adeudado de \$761.623 millones, inferior que el reportado a junio de 2021, el cual representa actualmente el 6,0 % de la deuda total del estudio actual. Por otra parte, la cartera en mora (60 días y más) concentra el 69,4 % frente al 78,1 % registrado en junio pasado.

En la clasificación de este tipo de deudor, el departamento de Norte de Santander se presenta como la entidad que mayor deuda total reporta en esta categoría (\$184.850 millones y 41,5 % de vencimiento a diciembre de 2021).

En cuanto a los principales deudores del actual estudio de cartera hospitalaria, según el monto absoluto de la cartera mayor a 60 días a diciembre 31 de 2021 SIN DETERIORO, se destacan la Nueva EPS (ambos regímenes), la intervenida para liquidar Medimás EPS SAS (ambos regímenes), la vendida e intervenida para liquidar Cafesalud EPS (ambos regímenes), la intervenida para liquidar Coomeva EPS y la EPS Sanitas, como aquellas entidades que encabezan el ranking de las entidades

---

<sup>53</sup> Artículo 10 Ley 1608 de 2013, Resoluciones 0654 de 2014, 3503 de 2015, 3110 y 2916 de 2018.

---



# Conozca los expertos que trae el XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas

**E**l XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, que se realiza el 13 y 14 de julio de 2022 en el Auditorio Principal de Corferias, en el marco de la VII Feria Internacional de la Salud, Meditech 2022, contará con la participación de conferencistas de alto nivel, quienes abordarán diferentes temáticas de interés para el sector salud. Serán más de 13 ponentes nacionales y 11 internacionales, procedentes de España, Noruega, Estados Unidos, México, Brasil y Argentina.

Para desarrollar una agenda académica que aborda las nuevas formas globales de gestión, administración y relacionamiento hospitalario, con los que el sector se prepara para los retos del futuro, e innova y fortalece la prestación de servicios de salud, a esta edición del Congreso, que cumple 30 años, asistirán expertos como los siguientes:

## Dr. Fernando Ruiz Gómez, ministro de Salud y Protección Social de Colombia



El ministro de Salud y Protección Social es médico y máster en Economía por la Universidad Javeriana. Asimismo,



es máster en Salud Pública/Salud Ocupacional, por la Harvard School of Public Health, en Boston, y doctor en Salud Pública, por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. En su trayectoria profesional, se destaca el cargo que ocupó como viceministro de Salud Pública durante el periodo 2013-2016.

Antes de posesionarse como ministro en marzo de 2020, se desempeñó como director científico del proyecto del Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer. También fue consultor del sector salud para el Banco Mundial, dirigió el proyecto y la puesta en marcha del primer Centro Integral para la atención del Cáncer en Latinoamérica y, además, fue director del Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX), de la Pontificia Universidad Javeriana.

Ha sido investigador de Colciencias y docente del Seminario sobre Aseguramiento y Mercados de Salud de la Maestría en Economía de la Salud, de la Pontificia Universidad Javeriana. Por más de dos décadas, ha desarrollado investigaciones en sistemas y servicios de salud, y en temas de aseguramiento en salud.

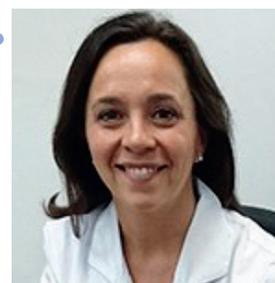
**Dra. María Andrea Godoy Casadiego, Viceministra de Protección Social de Colombia**



La viceministra de Protección Social es abogada. Su anterior reto profesional fue la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud. Tiene amplia experiencia en el sector, destacándose por su trayectoria de más de 20 años gerenciales en aseguradoras como Famisanar, Sanitas y Colsanitas. Cuenta con una maestría en Administración en Salud y una especialización en Derecho Administrativo.

La viceministra ha liderado retos como el avance del Acuerdo de Punto Final, principal apuesta del Gobierno Nacional para poner al día las cuentas de la salud, y la implementación los mecanismos para la sostenibilidad y el derecho de la salud de los colombianos como aseguramiento, presupuestos máximos, valores máximos de recobro, exclusiones y financiamiento.

**Dra. María Luaces Méndez, directora de la Unidad de Innovación del Hospital Clínico San Carlos de Madrid**



La doctora Luaces es médico especialista en Cardiología en el Hospital Clínico de Madrid, España. Desarrolla su actividad clínica en el área de Imagen Cardíaca del Servicio de Cardiología. En el ámbito de la I+D+i, es Profesora en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, jefe de Área de Investigación Cardiovascular en la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos y responsable de la Unidad de Innovación del Hospital Clínico San Carlos.

**Dra. Carolina Buendía, socia operativa y CEO para Healthcare Services Colombia del Grupo Patria**



La doctora Buendía tiene más de veinte años de experiencia en la industria de la salud y la banca de inversión en Colombia y México. En el 2018, fue elegida como una de las 25 mejores CEO de los últimos 25 años por la principal revista financiera y de negocios de Colombia. Carolina ha sido CEO de Colsanitas y la EPS Sanitas, ahora parte del Grupo Keralty, donde lideró una exitosa transformación. Bajo su administración, Sanitas pasó de tener una crisis financiera, a ser la EPS con mayores tasas de crecimiento y resultados financieros, además de tener la mejor reputación del mercado.

Como CEO de Colsanitas, también fue responsable de la implementación de un nuevo modelo que llevó a una fuerte reducción de los costos médicos, así como a una exitosa renovación de la marca y de los productos. Entre otros logros, Carolina lideró la expansión del Grupo Sanitas en México y, durante su experiencia en Inverlink, también acumuló una amplia experiencia en banca de inversión en diferentes industrias. Carolina es licenciada

## Agenda gremial

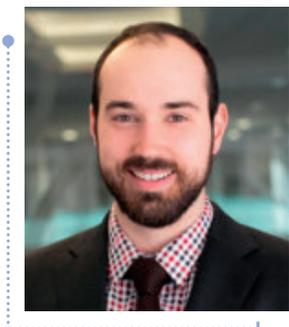
en Ingeniería Industrial por la Universidad de Los Andes. Además, se unió al Grupo Patria en agosto del 2019.

### **Dr. Klaus Lederer, presidente de Lenus Capital Partners**



El doctor Lederer es un ejecutivo polígloto que entiende lo que se requiere para operar negocios en mercados internacionales. Durante su carrera, ha logrado establecer diferentes negocios en EE. UU. y Latinoamérica. Recientemente, desarrolló una estrategia de inversión inmobiliaria en salud en Colombia y, como Managing Partner de Rizk Ventures, ayudó a lograr un Joint Venture con Goldman Sachs & Co. Previamente, el Sr. Lederer fue Managing Partner de Rizk Ventures Global. El Sr. Lederer recibió un J. D. de la Universidad de Miami y un B. S. en Economía y Finanzas de Universidad de Bentley.

### **Paul Trigonoplos, director internacional de Investigación de Atención en Salud en Advisory Board**



Paul tiene una licenciatura en Ciencias en Ingeniería Química y Biomolecular por la Universidad de Maryland. Antes de unirse a la Junta Asesora de Advisory Board, fue

analista de gestión en los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. y también realizó investigaciones para la Institución Smithsonian.

Se ha especializado en política mundial de atención de la salud; desarrollo de redes y sistemas de salud; consumismo en el cuidado de la salud; acuerdos de atención basados en el valor; gobernanza del sistema de salud; los determinantes sociales de la salud, y gestión de la salud de la población.

Ha dirigido más de veinte estudios de investigación en atención en salud, que han sido presentados a ejecutivos del sistema de salud y organismos gubernamentales en el Reino Unido, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y más de una docena de países de Europa, Medio Oriente y Este de África.

### **Juan Luis Cruz, Ph.D., CIO Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid**



Ingeniero de Telecomunicación, el doctor Cruz es actualmente CIO del Hospital Universitario 12 de Octubre, y previamente del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Con más de 15 años de experiencia en el ámbito de la transformación digital de la sanidad, es doctor en Software, Sistemas y Computación en el ámbito del análisis de datos clínicos oncológicos, miembro del American College of Healthcare

Information Management Executives (CHIME) y fue nombrado por HIMSS como uno de los 50 expertos en IT sanitaria en Europa.

El doctor Cruz tiene una amplia experiencia en el sector sanitario, habiendo desempeñado puestos de responsabilidad en consultoría TI y en hospitales del sistema nacional de salud español, liderando un gran número de proyectos innovadores en el ámbito de la transformación digital de la Sanidad, la estrategia TI y la planificación, desarrollo e implementación de Historias Clínicas Electrónicas y de soluciones de salud digital en hospitales.

**Luiz Gustavo Vala Zoldan,  
médico psiquiatra referencia –  
Salud Poblacional del Hospital  
Albert Einstein de Brasil**



El doctor Vala es licenciado en medicina por la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), con formación complementaria en la Universidad de Salamanca, Residencia Médica en Psiquiatría en la USP, con formación complementaria en la Universitat de Barcelona y especialización en Dependencia Química por la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); también es MBA en Gestión de la Salud, por la Asociación Insper – Einstein, y cuenta con un postgrado en Psicología Positiva y Ciencia del Bienestar, por la Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur (PUCRS).

Actúa como médico de referencia en la gestión de la atención y el bienestar de la salud mental para el equipo de Salud de la Población de MDA Einstein. Asimismo, es socio fundador y director gerente de Liberté Saúde Mental.

El doctor Vala, a lo largo de su carrera, se ha desempeñado como médico asistente y gerente en varios servicios psiquiátricos públicos y privados, habiéndose desempeñado como coordinador y director clínico y técnico. Su propósito en la vida es llevar la alfabetización en salud mental a tantas personas como sea posible y cambiar la forma en que nuestra sociedad ve la salud mental y los trastornos mentales, especialmente en el lugar de trabajo.

**Arne Blystad Helme,  
socio de KPMG Salud en Noruega**



Actualmente, el señor Blystad es el líder mundial en cibernética en el cuidado de la salud de KPMG Internacional y el jefe de Atención Sanitaria en KPMG Noruega. Además, es investigador asociado en la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología, eSalud y seguridad del bienestar e investigador en informática y ciberseguridad.

Durante los últimos 20 años, ha ayudado a organizaciones de diferentes sectores a habilitar y proteger su empresa digital y en salud brinda asesoría a nivel estratégico para desarrollar capacidades cibernéticas en el sector.

Arne tiene conocimientos especializados y experiencia práctica en el uso estratégico de TI, preparación de imágenes objetivo, hojas de ruta y estrategia, arquitectura e infraestructura de TI.

**Adriana Forero Hincapie,  
presidenta de la Asociación Colombiana de  
Instituciones de Salud Domiciliaria (Acisd)**



Médica Cirujana, especialista en Evaluación social de Proyectos por la Universidad de Los Andes, Suficiencia Investigadora Programa Economía y Gestión por la Salud Universidad Politécnica de Valencia, y especialista en Resolución de Conflictos y Administración en Salud con énfasis en Seguridad Social por la Pontificia Universidad Javeriana.

Se ha desempeñado como asesora de Desarrollo de Servicios de Salud y Planeación en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, así como jefe de la Oficina de Apoyo a la planeación del Hospital Universitario San Ignacio y consultora en múltiples proyectos de entidades del sector salud colombiano.

Actualmente, es la presidenta de la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD) y gerente general de Innovar Salud S.A.S. IPS de atención domiciliaria.

**Claudio Flauzino De Oliveira,  
Director Ejecutivo, Grupo Nead  
Home Doctor de Brasil**



El doctor De Oliveira es médico, especialista en pediatría y terapia intensiva pediátrica, PhD en Ciencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Hace parte del panel de especialistas de la Sociedad Americana de Terapia Intensiva Pediátrica, en el Comité de Sepsis Pediátrica. Actúa en la Atención Domiciliaria desde 2006, y actualmente es el CEO del Grupo Home Doctor, el más importante servicio de Atención Domiciliaria en Brasil. Home Doctor es una compañía privada de Atención Domiciliar, que empezó sus actividades en 1994 y actualmente atiende alrededor de 3.000 pacientes por día, en las cinco regiones del país, llegando a 15 estados (provincias) y más de 400 ciudades distintas. Además, es editor asistente de la *Frontiers in Pediatrics* y hace parte del Comité Científico de la *Revista Hospital a Domicilio* (España).

**Julio César Castellanos Ramírez,  
Director Hospital  
Universitario San Ignacio**



El doctor Castellanos es médico cirujano por la Universidad Nacional de Colombia; especialista en Gerencia Hospitalaria por la Pontificia Universidad Javeriana; especialista en Salud Ocupacional por Resolución del Ministerio de Salud; magíster en Estudios Políticos por la Pontificia Universidad Javeriana, con más de 40 años de experiencia en el sector salud. Además, desde el año 2006 es el director general del Hospital Universitario San Ignacio.

## Su mejor aliado en soluciones para el cuidado del paciente

Un caso de éxito al servicio de la salud es el Grupo Amarey, un grupo empresarial 100% colombiano, con más de **38 años** de trayectoria, que ha consolidado cada uno de sus procesos con calidad, eficiencia, innovación y, sobre todo, inversión en el futuro.

**SER,**  
excelentes y comprometidos



Significa darlo todo  
para dejar una huella

Gracias a su gran trayectoria, hoy es reconocido como líder en brindar soluciones integrales de talla mundial, para el beneficio de los actores del sistema de salud y sus pacientes.

Cuenta con un talento humano excepcional de más de 500 colaboradores, ubicados en todo el territorio nacional, así como en Panamá y Costa Rica; gente apasionada que le pone el corazón a una única premisa: **“Nuestro compromiso es el bienestar y la salud, por eso somos su mejor aliado”**.

Tiene un **modelo de excelencia** en productos y en servicio, además de un estructurado programa de educación médica, que tiene como principal objetivo apoyar a las manos que salvan vidas. Así mismo, a través de la Fundación OcmAES le apostamos a la educación como un factor transformador para la vida de jóvenes colombianos.

El pilar de servicio del Grupo Amarey establece como base la relación y el conocimiento permanente del cliente, el cual representa nuestra razón de ser.

SOMOS UN GRUPO  
**100%**  
COLOMBIANO



**María Alexandra Cardona Peña, Líder desarrollo de U.S. Green Building Council en Colombia**



La ingeniera Cardona se desempeña como especialista en desarrollo de mercado de Colombia para GBCI en asociación con el Consejo Colombiano de Construcción Sostenible (CCCS). Su trabajo se enfoca en expandir el mercado de LEED y edificios sostenibles en Colombia, mediante el fortalecimiento de las asociaciones existentes con profesionales y equipos de proyectos LEED, así como la participación de nuevos proyectos, socios y líderes de la industria.

Además, es egresada de la Universidad Autónoma del Caribe, con una licenciatura en Arquitectura con especialidad en Restauración y Patología de la Edificación. Tiene la credencial profesional LEED Green Associate, la credencial TRUE Advisor y es asesora del programa LEED for Cities & Communities.

Tiene más de 20 años de experiencia en la industria de la construcción y se especializó en ventanas y envol-

ventes termoacústicos para edificios. Ha sido partidaria, patrocinadora y miembro del Colombia Green Building Council desde 2012.

**Dr. Juan Carlos Giraldo, director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)**



El doctor Giraldo es médico, especialista en Alta Dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); tiene un máster en Administración de Salud por la Universidad Javeriana de Colombia y es magíster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona. Además, cuenta con estudios en Formulación y Evaluación de Programas y Proyectos Sociales por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y participó en el *Seminario de líderes latinoamericanos en salud* de la Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard.

En su vida profesional se ha desempeñado como viceministro de Salud, ministro de salud encargado, asesor

de la Unidad de Desarrollo Social de la División de Salud y Seguridad Social del Departamento Nacional de Planeación y defensor delegado para la Salud y la Seguridad Social en Colombia, entre otros cargos. Actualmente, es el director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), cargo al que llegó en 2001.

### Dr. Gabriel Dalla Acosta, superintendente médico de Hcor de Sao Paulo, Brasil



El doctor Dalla Acosta es médico con especialidad en Medicina Interna, Executive MBA en Salud por la Fundación Getúlio Vargas, FGV de Brasil. Actualmente, cursa una maestría en Epidemiología en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.

Además de ser el Superintendente Médico de Hcor de Sao Paulo, uno de los seis hospitales de excelencia del Ministerio de Salud de Brasil, entre más de 6.600 hospitales que existen en ese país, se desempeña como profesor de Estudios de Posgrado en Gestión Sanitaria desde 2014.

En su carrera profesional, fue consultor de UpTodate de 2015 a 2018 y Gerente de Salud por más de diez años con experiencia en tres de los seis hospitales de excelencia en Brasil en posiciones de liderazgo médico.

### Dr. Alfredo Vidal, director médico del Sanatorio Las Lomas de Buenos Aires, Argentina



El doctor Vidal es médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, Cum Laude. Desarrolló las especialidades de Clínica Médica y Medicina Crítica, para dedicarse desde el año 2003 a la gestión, ocupando distintas posi-



*Somos una empresa colombiana, que comercializa e importa equipos y dispositivos médicos de alta calidad, en la especialidad respiratoria, con énfasis en el Homecare, laboratorio de sueño, unidades de cuidado crónico, cuidados paliativos y tratamientos prolongados en enfermedades crónicas y agudas, proporcionando así soluciones respiratorias.*

Calle 142 N° 20-89  
601+5270293 / 3144438551 / 3125813898  
www.geriacare.com.co





## Agenda gremial

ciones en empresas financiadoras y prestadoras de servicios de salud. Además de desarrollar tareas asistenciales, participó del Programa de una Maestría en Ciencias de la Universidad de Buenos Aires y completó un MBA en la Universidad Torcuato Di Tella.

Se desempeña como ejecutivo en cargos de dirección de organizaciones de salud desde el año 2005. Cuenta con amplia experiencia en dirección de clínicas y sanatorios, en donde trabajó desarrollando redes médicas, equipos de gestión y numerosos proyectos de mejora operativa de distintos servicios asistenciales hospitalarios.

Ocupó las posiciones de director médico y director general de distintos sanatorios privados del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, y es actualmente Director Médico del Sanatorio Las Lomas y director académico del MBA Salud de la Universidad de San Andrés.

### **Dr. Andrés Aguirre Martínez, presidente de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)**



El doctor Aguirre es médico y cirujano por la Universidad de Antioquia, así como especialista en Gerencia Hospitalaria por la Universidad EAFIT. Es el actual director general del Hospital Pablo Tobón Uribe y Presidente de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Asimismo, es conferencista en eventos nacionales e internacionales sobre seguridad social, servicio, gestión

de la calidad, liderazgo. También ha sido invitado en numerosos eventos para hablar sobre “humanización de la salud”. Participó como docente de cátedra en programas de postgrados en la Universidad CES, la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) y la Universidad del Rosario, en asignaturas de Auditoría en Servicios, Ética y Manejo del conflicto.

Ha sido reconocido como uno de los 100 líderes colombianos con mejor reputación, según Merco, y uno de los gerentes más exitosos del 2013 en Colombia, según la *Revista Gerente*; además, fue premiado como Colombiano Ejemplar del 2021, por el periódico *El Colombiano*.

Es miembro de las Juntas Directivas de Icontec y la Organización para la Excelencia en Salud (OES), así como miembro director de la Sala de Dirección General de la Universidad EIA.

### **Dr. Fernando Emilio Castro, CEO de PAN.AS-SALUD asociada a CADEID - Argentina**



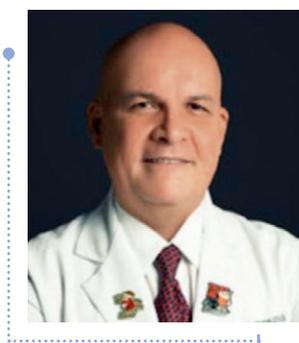
El doctor Castro es médico pediatra, especialista en Terapia Intensiva y en Economía de la Salud; también es MBA por la Universidad Politécnica de Barcelona, a través de ADEN, y máster en Hospitalización a Domicilio y Cuidados Paliativos de TECH Universidad Tecnológica de Madrid, entre otros estudios.

En su trayectoria profesional, se ha desempeñado como director de los servicios de pediatría y auditor y consultor en diversas instituciones hospitalarias en Argentina. Desde hace más de 15 años, se ha dedicado a la administración y economía en salud y, actualmente, es el CEO de la empresa PAN.AS Salud de internación domiciliaria y jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Nuestra Señora de la Merced.

Además, se desempeña como subdirector de Carrera de Especialista de la UBA y director en TECH. También es miembro de la Cámara Argentina de Empresas de Internación Hospitalaria (Cadeid) y la Asociación Americana de Internación Domiciliaria, entre otros.

El XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas cerrará con la entrega del Sexto Galardón Nacional Hospital Seguro, reconocimiento a las entidades que trabajan permanentemente por brindar atención segura a los colombianos.

**Dr. Gerardo Izudegui Ordoñez,**  
director Médico  
Hospital AIR de México



Es Médico Cirujano egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara, especializado en pediatra y cirugía pediátrica. Además, es Master en Administración Hospitalaria y Diplomado en Certificación Hospitalaria por la Universidad de Stranton Pensylvania.

En su vida profesional se ha desempeñado como jefe de Cirugía Pediátrica del Hospital de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez”; Vicepresidente y Presidente Nacional del Colegio y Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica; Profesor de Pediatría asociado de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; Profesor de Certificación de Hospitales por el Sistema Nacional de Certificación Hospitalaria del Consejo General de Salud en México y Périto Evaluador Nacional del programa de Hospital Seguro en su país, entre otros.

Actualmente es el Jefe de Cirugía Pediátrica y Director Médico del Hospital de AIR, en la ciudad de Villahermosa, Tabasco en Mexico.

**Pablo Otero, Gerente General EPS Sura**



Médico, con estudios en alta gerencia de la Universidad de los Andes, Especialista en Administración en Salud de la Universidad Javeriana, Especialista en Seguridad Social Integral de la Universidad Gran Colombia, coach certificado por la Universidad San Sebastian de Chile. Experiencia en administración de aseguramiento en seguridad social y seguros voluntarios, gestión de riesgos en salud, modelos de atención, modelos de contratación y aplicación de tecnología y sistemas de información a los sistemas de salud.

Miembro desde el 2009 de la Junta Directiva de la Cuenta de Alto Costo, Miembro desde el 2019 del Consejo Nacional asesor de Cáncer infantil del Ministerio de Salud, Miembro desde el 2020 de la Cámara de aseguramiento en Salud de la ANDI. 23 años en Sura y actualmente Gerente General de EPS SURA. 

# Simposio Internacional de Calidad del Suroccidente Colombiano, convocado por el Hospital Infantil Los Ángeles en sus 70 Años, reunió líderes en salud del más alto nivel



Al evento, liderado por la Dra. Doris Sarasty Rodríguez, directora del Hospital, asistieron los directivos de la ACHC, de Icontec y las autoridades eclesiásticas y gubernamentales de San Juan de Pasto

En el marco de sus 70 Años de vida institucional, el Hospital Infantil Los Ángeles realizó el *Simposio Internacional de Calidad del Suroccidente Colombiano, retos en calidad en la nueva normalidad*, espacio que congregó al gremio hospitalario nacional y regional, durante el cual se compartieron experiencias y reflexiones sobre los cambios en salud que trajo la pandemia por COVID-19, además de gestionar nuevo conocimiento de calidad, seguridad y humanización en la prestación de servicios de salud, con una visión de largo plazo del sistema de salud colombiano y nuevos métodos de mejora de la calidad.

El evento académico se llevó a cabo en el Hotel V1501 de la ciudad de Pasto el 31 de mayo, fecha en la cual se celebró oficialmente el cumpleaños de esta casa de salud pediátrica. Allí asistieron más de 400 invitados entre

directivos, profesionales y personal del sector salud de instituciones que se encuentran acreditadas o en procesos de calidad y que realizan investigación en salud como es el caso de las universidades de la región.

“El simposio estuvo enfocado en la estructura de nuestro sistema de salud desde la humanización del servicio, la seguridad del paciente, el Sistema Único de Acreditación y los modelos de mejoramiento para tiempos de pandemia. Hoy la invitación es a optar por la resiliencia y la transiliencia, actitudes que nos permitirán construir el camino hacia una nueva normalidad, enriquecido con lecciones aprendidas y experiencias de vida que deben alimentar nuestro diario quehacer transformando el servicio en un servicio más humano prestado con humildad y sabiduría”, expresó la gerente general del Hospital Infantil Los Ángeles y vicepresidenta de la junta directiva Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), Dra. Doris Sarasty Rodríguez.

En el evento tomaron parte conferencistas invitados del más alto nivel, como el director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), el Dr. Juan Carlos Giraldo Valencia, con la conferencia titulada “Ruta lógica hacia una salud progresiva y nueva normalidad”; el director general del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín y presidente

de la ACHC, el Dr. Andrés Aguirre Martínez, con el tema “El reto de ser persona, una invitación a la excelencia humana”; el director nacional de Acreditación en Salud del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (Icontec), el Dr. Carlos Edgar Rodríguez Hernández, con la ponencia “Retos en calidad en la nueva normalidad, una mirada desde el Sistema Único de Acreditación”; la directora senior y asesora de Mejoras del Instituto para la Mejora de la Atención Médica de Boston, EE.UU., la Dra. Jafet Arrieta, quien presentó su conferencia “El cáncer no espera: utilizando una colaborativa de mejora de la calidad para mantener la continuidad del tratamiento durante la pandemia por COVID-19”, y el director general de la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Dr. Henry Gallardo Lozano, con la temática “Agregando valor a la atención en salud desde la estrategia”.

Al evento asistieron invitados especiales, como el exdirector de la Fundación Santa Fe de Bogotá, miembro honorario de la Junta Directiva de la ACHC y fundador y editor de la Revista Hospitalaria, el Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez.

## El ministro de salud exaltó la labor del HILA

En el simposio hizo presencia el ministro de Salud y Protección Social del Gobierno Nacional Fernando Ruiz Gómez, quien recibió el “Ángel de la Guarda”, símbolo del hospital, de manos de los niños Salomé y Gerónimo, en agradecimiento a la sobresaliente labor desarrollada durante la pandemia con ética, responsabilidad, competencia técnica y liderazgo de ejemplo.

Así exaltó el señor ministro de Salud la labor desarrollada por la Dra. Doris Sarasty, “El afecto y el aprecio es mutuo; Usted es una persona muy respetable en el sector salud en Colombia, con una historia de vida, de abnegación y de



El Ministro de Salud Fernando Ruiz Gómez, recibió el “Ángel de la Guarda” símbolo del hospital, en agradecimiento a la sobresaliente labor desarrollada durante la pandemia

trabajo por la infancia; un ejemplo para el país. Se lo digo con todo el corazón, desde el fondo del alma”.

Del evento, señaló que la calidad es un tema fundamental y reconoció que Colombia tiene 26 de los mejores 61 hospitales de Latinoamérica. Al respecto dijo: “y esto se debe a que tenemos un sistema de calidad muy robusto”, por lo cual se evalúa cómo esto ha permitido la mejor atención en pandemia y los aprendizajes a partir de la COVID-19, así como el fortalecimiento y robustecimiento del sistema de calidad.

“Quiero hacer una reflexión en torno al tema de la calidad en salud: gracias a Dios, a nuestro esfuerzo y a la visión que tuvieron muchas de las personas que están presentes aquí, Colombia tiene un Sistema de Garantía de la Calidad, montado hace mucho tiempo, gracias a lo cual probablemente mucho de lo que sucedió durante la pandemia en Colombia fue diferente y positivo”, expresó el Dr. Ruiz Gómez.

“Esta ha sido la crisis de salud pública más importante que ha afrontado el país en toda su historia republicana, pero de alguna manera tuvimos una diferencia con otros países; no tuvimos nunca crisis de personas que no pudieran ser atendidas”, aseguró el Jefe de la cartera de Salud, indicando, sin embargo, que se presentaron situaciones muy complejas: “logramos responder como sector salud, darle a cada persona la posibilidad de tener



acceso a una cama en UCI, de que la gente llegara y, de alguna manera, fuera atendida, para lo cual nos expandimos de 5.300 a 13.500 UCI. Esto no habría sido posible si no hubiéramos tenido una infraestructura sólida, fuerte y con calidad, en todos los municipios y departamentos, obviamente con algunas excepciones”.

Resaltó el ministro de Salud que “la solidaridad del sector salud fue algo espectacular” y sostuvo que “las instituciones de atención en salud hicieron bien su trabajo en todos los niveles, infraestructura, equipamiento, personal de salud idóneo y con voluntad de servicio con unas institucio-

nes de calidad, pero, ante todo, con dirigencia hospitalaria del más alto nivel, que no fue inferior, sino superior frente al reto de la Pandemia”.

El Dr. Ruiz Gómez afirmó que “tenemos que trabajar en la interoperabilidad, que nuestros hospitales estén interconectados para ofrecer calidad en el servicio; no queremos islas ni que los pacientes tengan que caminar con la historia clínica debajo del brazo para recibir tratamiento. La invitación es a consolidar un sistema donde el paciente sea el centro”.

## 65 años de la Clínica Shaio, en el corazón de los colombianos



La Fundación Clínica Shaio, lidera el programa Corazón Colombia, que nació en abril de 2003 como una esperanza de vida para niños y niñas de escasos recursos que nacían con enfermedades del corazón.

**E**n 1957 se empezó a escribir un capítulo de la medicina en el país, cuando la Fundación Clínica Shaio, el primer centro cardiovascular de Colombia, abrió sus puertas. Con muchas ganas y poco presupuesto, esta institución fue consolidándose como referente en el mundo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades del corazón.

Fueron los doctores Fernando Valencia y Salomón Perlman, el primero, cardiólogo del empresario y filántropo

sirio don Abood Shaio y el segundo, su amigo personal, quienes lo convencieron de donar seiscientos mil pesos de la época para comprar el terreno y construir la primera estructura: una especie de pesebrera con doce camas, una sala de cirugía, Rayos X, consulta externa, oficina y cocina.

Ellos, junto al Dr. Vejarano y muchos más médicos que creyeron en este proyecto, crearon un espacio para ejercer la cardiología, un lugar único donde se ha gestionado el conocimiento y una nueva manera de entender y aplicar la medicina.

### El pasado no asegura el futuro

Si bien la historia de la Clínica Shaio ha estado llena de hitos que la han hecho pionera en la realización de procedimientos e implementación de tecnologías, para su director general, el Dr. Gilberto Mejía, lo mejor que se puede rescatar de su pasado y que la proyecta al futuro es precisamente uno de sus pilares estratégicos: utilizar la investigación y la educación para crear conocimiento y salvar vidas.

¿Busca aumentar  
**la eficiencia**  
de su institución?

Somos el mejor sistema  
de información  
para el **Sector Salud**

[www.syac.net.co](http://www.syac.net.co)



**SYAC**

Contáctenos:



(601) 756 0520



[comercial@syac.net.co](mailto:comercial@syac.net.co)



@syac.dgh



@Syac





La Fundación Clínica Shaio en la actualidad trabaja para estar a la vanguardia de los últimos avances en tecnología, de la mano mano de un excelente equipo profesional

Porque salvar vidas sigue siendo un reto como el primer día, quizá hoy se tiene a la mano no solo el legado de lo que los predecesores dejaron en el ADN de Clínica, sino la convicción de ir a la vanguardia en innovación y conocimiento, para ofrecer una atención médica con la más alta tecnología y calidad puesta al servicio de la salud de los pacientes.

Hablar de la Clínica Shaio es también tener como referente a un grupo multidisciplinario de profesionales que trabaja en equipo, y que está en la capacidad de atender patologías en el área cardiovascular, neurovascular y de alta complejidad, basada en la mejor evidencia disponible en ese momento, buscando el mejor resultado para el paciente.

### Tecnología al alcance de los pacientes

La Clínica Shaio siempre ha buscado en sus especialidades que los pacientes tengan los últimos desarrollos tecnológicos que hay en el mundo, que la gente que se entrena también vea estos desarrollos tecnológicos y no se imaginen lo que está sucediendo a través de libros o

artículos: “toda la tecnología a la que le hemos venido apostando es de última generación y mínima invasión, para que al hacer intervenciones los pacientes tengan una recuperación más rápida y menos dolorosa, que el pronóstico sea positivo y que la integración a su vida normal se dé lo más pronto posible”, afirma el Dr. Mejía.

De esta manera, se cuenta con tecnologías que permiten llegar con mínimas incisiones, o aún sin ellas, a lo más profundo del cuerpo humano, y lograr hacer un tratamiento más exacto y específico, como con el asistente robótico da Vinci Xi, para cirugías de corazón, tórax, urología, coloproctología y generales; Gamma Knife Perfexion y, próximamente, su más reciente versión Icon, para el tratamiento de lesiones cerebrales; angiógrafos que permiten intervenir muy rápidamente a los pacientes; tomógrafos con menor radiación y mejores imágenes diagnósticas; diferentes tipos de láser para tratar a los pacientes en cirugías muy específicas, y tecnología GPS, entre otras.

### Los próximos años

La Clínica está convencida de que, para lograr los mejores resultados, se debe fortalecer la cultura de la excelencia, y ser comparados con las mejores instituciones del mundo: “no es el hecho de decir que somos los mejores, sino medirse y compararse para crecer”, señala el Dr. Mejía.

También seguirá invirtiendo en adquirir la mejor tecnología e insumos, para brindar las mejores condiciones a sus colaboradores, capacitarlos y entrenarlos, para ofrecer un servicio de la más alta calidad a sus pacientes; generar conocimiento a través de investigación; proyectarse como hospital universitario, y realizar prácticas empresariales sostenibles que impacten de manera positiva en lo social, lo económico y lo medioambiental.

# Es urgente transformar la atención en salud mental y cuidados conexos: OMS<sup>1</sup>

**E**n el *Informe mundial sobre salud mental – Transformar la salud mental para todos* se exhorta a las instancias decisorias y los defensores de la salud mental a fomentar los compromisos y adoptar medidas para cambiar actitudes, actuaciones y planteamientos en relación con la salud mental, sus determinantes y los cuidados conexos.

Así lo señala Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la presentación del informe: “Sin salud mental no hay salud. La salud mental es de vital importancia para todos, en todas partes. Todos conocemos a alguien afectado por trastornos mentales. La buena salud mental se traduce en buena salud física y este nuevo informe presenta argumentos convincentes para el cambio. Los vínculos indisolubles entre la salud mental y la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico, significan que transformar las políticas y prácticas con respecto a la salud mental puede arrojar beneficios reales y considerables para las personas, las comunidades y los países de todo el mundo”.

Según la OMS en 2019, casi 1.000 millones de personas –entre ellas, un



14% de adolescentes de todo el mundo– estaban afectadas por un trastorno mental. Los suicidios representaban más de una de cada 100 muertes y el 58 % de ellos ocurría antes de los 50 años de edad. Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de uno de cada seis años vividos con discapacidad. Las personas con trastornos mentales graves mueren en promedio 10 a 20 años antes que la población general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles. Los abusos sexuales en la infancia y el acoso por intimidación son importantes causas de depresión. Las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, las guerras y las crisis climáticas están entre las amenazas estructurales para la salud mental en todo el mundo. La depresión y la

---

<sup>1</sup> Informe mundial de salud mental, Transformar la salud mental para todos. Panorama General, Organización Mundial de la Salud

---

## **La OMS hace un llamado a todas las partes interesadas a colaborar entre sí con el fin de profundizar en el valor y el compromiso atribuidos a la salud mental, reorganizar los entornos que influyen en la salud mental y reforzar los sistemas en los que se atiende la salud mental de las personas.**

ansiedad aumentaron más de un 25 % en el primer año de la Pandemia solamente.

El organismo internacional advierte que la estigmatización, la discriminación y la violación a derechos humanos de personas con trastornos mentales son realidades muy extendidas en la sociedad y en los sistemas de atención de todo el mundo; de hecho, en 20 países todavía penalizan los intentos de suicidio.

Destaca la OMS que, incluso antes de la pandemia por COVID-19, solo un pequeño porcentaje de las personas que la necesitaban tenían acceso a atención de salud mental eficaz, asequible y de calidad. Por ejemplo, 71 % de personas con psicosis en todo el mundo no reciben servicios de salud mental: si bien en países de ingresos altos el 70 % reciben tratamiento, en países de ingresos bajos solo 12 % accede a la atención de salud mental. Además, en relación con la depresión, las lagunas en cobertura de servicios son amplias en todos los países: incluso en los de ingresos altos, solo un tercio de personas recibe cuidados de salud mental formales y se estima que el tratamiento contra depresión mínimamente adecuado oscila entre el 23% en países de ingresos altos hasta el 3 % en países de ingresos bajos y medianos bajos.

El informe de la OMS enfatiza –a partir de las últimas evidencias disponibles, con ejemplos de buenas prácticas y haciendo eco de experiencias personales– las ra-

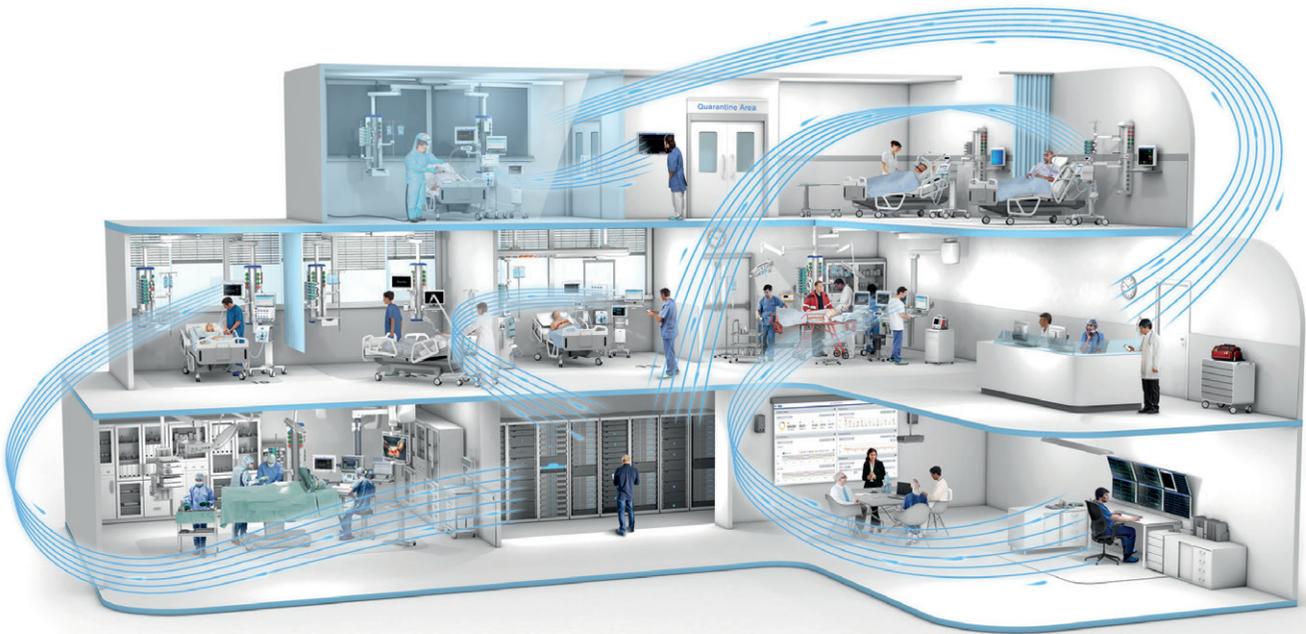
zones y aspectos en los que son más necesarios los cambios y la mejor forma de proceder. También hace un llamado a todas las partes interesadas a colaborar entre sí con el fin de profundizar en el valor y el compromiso atribuidos a la salud mental, reorganizar los entornos que influyen en la salud mental y reforzar los sistemas en los que se atiende la salud mental de las personas.

Dévora Kestel, directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la OMS, instó al cambio: “Todos los países tienen oportunidades sobradas de progresar correctamente hacia una mejor salud mental para su población. Ya sea formulando políticas y legislación más sólidas sobre salud mental, o introduciendo la salud mental en los seguros médicos, fomentando o fortaleciendo los servicios comunitarios de salud mental o integrando la salud mental en la atención general de salud, las escuelas o los establecimientos penitenciarios; en el informe se incluyen muchos ejemplos que demuestran que los cambios estratégicos pueden aportar una mejora considerable”.

En el informe también se insta a todos los países a acelerar la aplicación del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, y se formulan recomendaciones de actuación agrupadas en tres ‘vías de transformación’ centradas en cambiar las actitudes frente a la salud mental, dar respuesta a los riesgos para la salud mental y fortalecer los sistemas de atención de la salud mental. Las recomendaciones son las siguientes:

1. *Profundizar en el valor y el compromiso atribuido a la salud mental*, como el aumento de las inversiones en salud mental, garantizando fondos y recursos humanos adecuados en el sector salud y otros sectores

## Nuestra Misión: Impulsar el Cuidado Crítico



Como su aliado en **Cuidado Crítico** sabemos que compartir la información entre los dispositivos médicos y con los sistemas de información clínica, **aumenta la eficiencia de los entornos hospitalarios.**

En **Dräger** estamos comprometidos con mejorar el **Cuidado Crítico** y creemos que **la conectividad** es un elemento clave para superar los retos actuales. Imaginamos un futuro de los cuidados intensivos y salas de cirugía, en el que **los dispositivos médicos** estén conectados como un **sistema**. Interactuando entre sí y **permitiendo nuevas aplicaciones clínicas en un entorno seguro.**

Conoce más en nuestro Stand,  
durante **Meditech 2022**

Dräger. Tecnología para la vida.



para atender necesidades de salud mental, y a través del compromiso de los dirigentes, formulando políticas y prácticas basadas en la evidencia y estableciendo sistemas sólidos de información y seguimiento, y la inclusión de las personas con trastornos mentales en todos los aspectos de la sociedad y la toma de decisiones para superar la estigmatización y la discriminación, reducir disparidades y promover la justicia social.

2. *Reorganizar los entornos que influyen en la salud mental, como hogares, comunidades, las escuelas, lugares de trabajo, servicios de atención de salud o el medio natural, como el fomento de la colaboración intersectorial, especialmente para comprender los determinantes sociales y estructurales de la salud mental, y la intervención mediante formas que reduzcan riesgos, generen resiliencia y desguacen las barreras que impiden a las personas con trastornos mentales participar plenamente en la sociedad; además, la aplicación de medidas concretas con el fin de mejorar los entornos para la salud mental, por ejemplo, tomando más medidas contra la violencia de pareja y el maltrato y abandono de niños y personas mayores; propiciando los cuidados afectuosos para el desarrollo en la primera infancia, estableciendo ayudas de subsistencia a personas con trastornos mentales, introduciendo programas de aprendizaje social y emo-*

cional y, asimismo, combatiendo el acoso escolar, cambiando actitudes y fortaleciendo los derechos en la atención de salud mental, fomentando el acceso a espacios verdes y prohibiendo plaguicidas de gran peligrosidad que están asociados con una quinta parte de todos los suicidios del mundo.

3. *Reforzar la atención de salud mental cambiando los lugares, modalidades y personas que ofrecen y reciben atención de salud mental, como el establecimiento de redes comunitarias de servicios interconectados que se alejen de la atención de custodia en hospitales psiquiátricos y que abarquen un amplio espectro de atención y apoyo mediante la combinación de servicios de salud mental integrados en la atención general de salud, los servicios comunitarios de salud mental, y los servicios más allá del sector salud; la diversificación y ampliación de opciones de atención para los trastornos mentales habituales, como la depresión y la ansiedad, que tienen una razón de beneficio-coste de 5 a 1, en cuya ampliación se incluye la adopción de un método de distribución de tareas que amplíe la atención basada en evidencias, con el ánimo de que pueda ofrecerse también por trabajadores generales de salud y proveedores comunitarios. Se incluye también la utilización de tecnologías digitales para apoyar la autoayuda guiada y no guiada, y prestar atención a distancia.*

## Salud mental debe incluirse en respuesta de países a crisis climática

Dado que el cambio climático plantea graves riesgos para la salud mental y el bienestar, la OMS instó a los países a incluir el apoyo a la salud mental en su respuesta a la crisis climática, y mostró ejemplos de algunos países pioneros que lo incorporaron eficazmente.

Las conclusiones del Informe de políticas coinciden con las del Informe reciente del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), de febrero de este año. Según este Grupo, la rapidez del cambio climático supone una amenaza cada vez mayor para la salud mental y el bienestar psicosocial, al provocar trastornos que van desde el malestar emocional hasta la ansiedad, la depresión, el dolor o las conductas suicidas.

“Los efectos del cambio climático están cada vez más presentes en nuestra vida cotidiana, y existe escaso apoyo especializado en salud mental para las personas y comunidades que se enfrentan a peligros relacionados con el clima y a un riesgo a largo plazo”, afirmó María Neira, directora del Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud de OMS.

Los efectos del cambio climático en la salud mental se distribuyen de forma desigual entre grupos afectados de manera desproporcionada, debido a factores como la situación socioeconómica, el género o la edad. El cambio climático afecta muchos determinantes sociales que ya conducen a enormes cargas de la salud mental en todo el mundo. Según encuesta de la OMS, en 2021 en 95 países solo nueve de ellos habían incluido el apoyo en salud mental y psicosocial en sus planes nacionales sobre salud y cambio climático.

“El impacto del cambio climático está agravando la situación ya de por sí sumamente complicada en que se encuentran la salud mental y los servicios de salud mental a nivel mundial. Casi 1.000 millones de personas viven con trastornos mentales pero, en los países de ingreso bajo y mediano, tres de cada cuatro personas no tienen acceso a los servicios necesarios”, señaló Dévora Kestel, directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Y agregó: “Si se aumenta el apoyo en materia de salud mental y psicosocial en el marco de las medidas de reducción del riesgo de desastres y relacionadas con el clima, los países podrán hacer más para ayudar a proteger a las personas que corren mayor riesgo”.



Fuente y elaboración OMS 2022 

# La importancia del mecanismo jurídico de la Emergencia Sanitaria en Colombia para atender la pandemia por COVID-19

**Fabiola Alba Muñoz<sup>1</sup>**

**E**l 2020 estuvo marcado por la novedad e incertidumbre que significó en el mundo la pandemia por COVID-19. Los dos primeros meses del año registraban la presencia del virus en China, país de origen, y hacia febrero ya en Europa se registraba el inicio de lo que fuera una de las mayores crisis sanitarias de ese continente.

En Colombia, el primer caso de COVID-19 se registró el 6 de marzo del 2020, y de ahí en adelante —como en todo el mundo— se fue incrementando, hasta esta fecha, que pasados dos años no se ha dado por clausurada, pero sí se supone controlada. Dada la experiencia que se estaba viviendo en Europa, en Colombia el Gobierno se aprestó a tomar medidas que permitieran una mejor preparación en caso de que llegásemos a una demanda exorbitada de servicios de salud, en especial de las Unidades de Cuidado Intensivo, y se dio a la tarea de gestionar con entidades como el Instituto Nacional de Salud una estrategia preventiva y de mitigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo del

2020 que el brote de COVID-19 era una pandemia. En Colombia, se decretó cuarentena obligatoria a partir del 25 de marzo del 2020 y, con algunas moderaciones, se extendió hasta el 1.º de septiembre del mismo año. En el 2021, segundo año de pandemia por COVID-19, el país tuvo que enfrentar el segundo y tercer pico de contagios y el impacto e implicaciones que en materia sanitaria y económica significaron. Estas secuelas y consecuencias obligaron a que durante el 2021 y en el primer semestre del 2022 se diera continuidad a algunas de las medidas y mecanismos expedidos por el Gobierno nacional, tendientes a mitigar el impacto de la pandemia.

Mediante el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, el Presidente de la República declaró un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, en los términos del artículo 215 de la Constitución Política. La figura de la emergencia sanitaria como mecanismo jurídico para viabilizar las medidas de diverso orden que permitieran el control y mitigación de la pandemia tiene como origen el Artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 o Ley del Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo

---

<sup>1</sup>Jefe Jurídica Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC.

país”, que disponía la declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de presentarse situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema.

Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan.

Al amparo de lo anterior, se expidió la Resolución N.º 385 del 13 de

marzo de 2020, “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”. El marco jurídico descrito permitió que el país, y en especial el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, adoptara medidas para proteger y garantizar la atención en salud de la población, sorteando limitaciones o definiciones del propio Sistema de Salud. También se desplegaron mecanismos de ayuda financiera a algunas



EDITORIAL MEDICA  
**panamericana**  
SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

Conoce nuestros nuevos  
**Cursos en el área de Urgencias**

¡ENCUENTRA TU CURSO Y MATRÍCULATE YA!

**Titulados por la Universidad El Bosque**

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
Facultad de Medicina  
Educación Continuada

- **Diplomado en Servicio de Urgencias y Medicina Legal; Exploración Física por Especialidades y Electrocardiografía en Urgencias.**
- **Diplomado en Radiología en Urgencias.**
- **Diplomado en Análisis Clínicos en Urgencias.**
- **Diplomado en Semiología por Especialidades y Tratamiento en Urgencias.**

Conoce toda la oferta académica que tenemos con la **Universidad El Bosque** escaneando el siguiente código.

Aprovecha el **10% de descuento** en todos nuestros productos con el código **CILAPANATO** al momento de la compra en:  
[www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)

EDITORIAL MEDICA  
**panamericana**  
SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

[www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)



## Nos preguntan

empresas y subsidios para la población vulnerable y que, debido a las circunstancias de la pandemia, sus condiciones socioeconómicas sufrían un mayor deterioro.

Para efectos del presente artículo, la descripción normativa de las medidas adoptadas se centrará en las relacionadas de manera cercana con los procedimientos y desarrollo de la garantía de atención en salud. Medidas como las de subsidios o ayudas económicas ya han culminado, pues se trataba de medidas cuya transitoriedad implicaban también la disposición presupuestal de recursos. Otras, en cambio, deben ajustarse o volver al estado natural en los marcos normativos vigentes y otras más dejan sentadas el reglamento para su cumplimiento al menos hasta el término del presente Gobierno.

A continuación, se enlistan algunas de las medidas de mayor impacto en especial que buscaron generar estabilidad financiera en el Sistema de Salud, así como facilitaron procesos para la garantía efectiva del derecho a la salud y algunos incentivos también que permitieran el estímulo para el personal y las IPS, además de la consecuente tranquilidad para el pleno ejercicio de su misión.

- **Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).** La creación de este Fondo, a través del Decreto 444 en marzo del 2020, como un fondo cuenta sin personería jurídica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, permitió atender las necesidades de recursos para la atención en salud y mitigar los efectos en la actividad productiva y económica de país a causa del COVID-19, así como poder brindar condiciones que permitieran mantener el empleo y el crecimiento del país.
- **Pago de bonificación por COVID-19 al talento humano en salud.** Mediante el Decreto 538 de 2020 y la Resolución N.º 1774 de octubre de 2020, modificada por la Resolución N.º 1182 de 2020, se dispuso un reconocimiento económico temporal para el talento humano en salud, por los servicios prestados en la pandemia generada por la COVID-19. Para ello, se definieron unos perfiles independientemente del tipo de vinculación

laboral y se dispuso que el reporte debían hacerlo las clínicas, los hospitales, las entidades territoriales y el INS que hicieran parte de la red prestadora que atendía pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19. Para tal efecto, el personal debía estar registrado en el ReTHus, tener activa su afiliación a una EPS del Régimen Contributivo y haber cotizado en el último año. Se estipuló que el monto no sería inferior a 1 salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) y no podría superar los 4,5 SMLMV. Con este incentivo se benefició a más de 260.000 personas y, aunque se pretendía hacer un giro para otros beneficiarios, a la fecha no se ha logrado debido a la no disponibilidad de recursos.

- **COVID-19 como enfermedad laboral directa.** Mediante el Decreto 676 de mayo de 2020, se incorporó como una enfermedad directa la COVID-19 en la tabla de enfermedades laborales del Decreto 1477 de 2014 y se determina la obligación de las empresas contratantes de suministrar Elementos de Protección Personal (EPP) a los contratistas independientes con vinculación civil, comercial o administrativa. Este mecanismo, destacado en la región, alivió al talento humano en salud trámites de orden administrativo y legal y les permitió gozar de una estabilidad en materia de incapacidades.
- **Pago por disponibilidad de camas UCI.** Según las Resoluciones 1161, 1757 de 2020 y 1576 de 2021, durante un periodo de ocho meses, se hicieron reconocimientos económicos a la capacidad instalada disponible que los prestadores de salud dispusieron para la atención de pacientes por COVID-19. Esta propuesta de remunerar la capacidad instalada de las IPS permitió, por una parte, reconocer los esfuerzos de las IPS en medio de la pandemia y, por otra, apoyar la disminución

de ingresos por la prestación de servicios diferentes a COVID-19. Para el año 2022, aunque se había anunciado su posibilidad, los recursos del FOME no permitieron hacer más reconocimientos bajo este rubro.

- **Canasta de atenciones COVID-19.**

En el marco del Decreto 800 de 2020 y mediante Resoluciones 914 del 11 de junio y 1068 de julio de 2020, el Ministerio de Salud definió la metodología y tarifa que se debe pagar durante la emergencia sanitaria por los servicios de cuidados intensivos e intermedios para la atención de pacientes por COVID-19, que regiría en los eventos en que no existiera contrato entre la EPS a la cual se encontrara afiliado el usuario que requiriera el servicio. Se definió un anexo técnico con el listado y detalle de los procedimientos, medicamentos e insumos de cada servicio, y se definió de manera expresa que las tarifas definidas “no incluyen las atenciones correspondientes a las comorbilidades”.

- **Cofinanciación y pago de servicios de urgencias de Población Migrante.**

Mediante la Resolución N.º 1897 de 2021, bajo la premisa por la equidad y la garantía de la salud de todos los habitantes en el territorio nacional, se dispusieron recursos en la Ley de Inversión Social (2155/2021) a los Departamentos y Distritos para la cofinanciación de las atenciones de urgencia de la población migrante irregular

## **El Ministerio de Salud definió la metodología y tarifa que se debe pagar durante la emergencia sanitaria por los servicios de cuidados intensivos e intermedios para la atención de pacientes por COVID-19.**

o no afiliadas. Mediante dicha Resolución, se estructuró el mecanismo de cofinanciación por parte de la nación para el saneamiento de las cuentas auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de las Entidades Territoriales hasta el 30 de abril de 2021, a las IPS públicas y privadas que hubieran garantizado la atención de urgencias a dicha población desde 2017.

- **Uso de las reservas técnicas de las EPS.**

Esta, que fuera una medida novedosa, dispuso el uso transitorio de recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS, para disminuir las cuentas por pagar con las IPS. El mecanismo y requisitos se establecieron en el Decreto 600 de 2020 expedido en el mes de abril. En junio de 2022, se expidió el Decreto 995 “en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones”. Se definió que, con el fin de disminuir la cartera, las EPS debían utilizar los recursos que tuvieran invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, o fondos de inversión colectiva, con los que respaldan sus reservas técnicas cuando la Superintendencia



### **El Decreto 538 de abril de 2020, se autorizó de manera transitoria autorizaciones para la prestación de servicios previa solicitud de las IPS ante las Secretarías Departamentales o Distritales o las Direcciones Territoriales de Salud.**

Nacional de Salud evidenciara que presentan una concentración mayor al 15 % de la deuda en acreencias mayores a 180 días.

- **Medidas excepcionales para la compra de dispositivos médicos.** Mediante El Decreto 499 de marzo de 2020, se adoptaron 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 criterios de inmediatez, como consecuencia de las turbulencias del mercado internacional de bienes para mitigar la pandemia por COVID-19. Así, se definió que los contratos que tengan por objeto la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos relacionados en el Artículo 1 del Decreto Legislativo 438 de 2020 y elementos de protección personal requeridos en la gestión sanitaria para atender casos sospechosos o confirmados de Coronavirus COVID-19 les serían aplicables las normas de derecho privado y no las condiciones del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- **Exención transitoria de IVA.** Mediante EL Decreto 438 de 2020, se estableció la exención transitoria del impuesto sobre las ventas (IVA), por el término de duración de la emergencia sanitaria, disponiendo que estarían exentos del IVA en la importación y en las ventas en el territorio nacional sin derecho a devolución y/o compensación los bienes enlistados en dicho Decreto, siempre y cuando se cumplieran las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo del mismo. La lista

estableció los siguientes bienes: 1) nebulizador, 2) báscula pesa para bebés, 3) monitor de signos vitales, 4) electrocardiógrafo, 5) glucómetro, 6) tensiómetro, 7) pulsioxímetro, 8) aspirador de secreciones, 9) desfibrilador, 10) incubadora, 11) lámpara de calor radiante, 12) Lámpara de fototerapia, 13) bomba de infusión, 14) equipo de órganos de los sentidos, 15) bala de oxígeno, 16) fonendoscopio, 17) ventilador, 18) equipo de rayos X portátil, 19) concentrador de oxígeno, 20) monitor de transporte, 21) flujómetro, 22) cámara cefálica, 23) cama hospitalaria, 24) cama hospitalaria pediátrica.

- **Autorización transitoria de servicios de salud para atención de COVID-19.** Mediante el Decreto 538 de abril de 2020, se autorizó de manera transitoria autorizaciones para la prestación de servicios previa solicitud de las IPS ante las Secretarías Departamentales o Distritales o las Direcciones Territoriales de Salud, en relación con adecuaciones temporales en lugares no destinados a la prestación de servicios de salud dentro o fuera de las instalaciones; reconversión o adecuación de un servicio de salud temporalmente para la prestación de otro servicio no habilitado; ampliación de capacidad instalada de un servicio de salud habilitado; prestación de servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas y la prestación de otros servicios no habilitados. Dado que estas autorizaciones eran temporales, al escrito del presente artículo y ante la terminación de la emergencia sanitaria, ya se ha dispuesto para consulta el proyecto de resolución que establece las medidas que se deben adelantar para el *cierre o habilitación de los servicios autorizados transitoriamente durante la emergencia sanitaria*, así como para el fortalecimiento de las infraestructuras y plataformas tecnológicas, la reactivación del

# Los beneficios y desafíos de la interoperabilidad en la atención de los pacientes y en los costos de las instituciones



De izquierda a derecha: Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile; Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín; Pablo Otero, gerente general de SURA EPS; y el doctor Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín.

Para explorar y analizar los desafíos de la implementación e interoperabilidad de la historia clínica digital en la industria de la salud, InterSystems organizó un evento en Medellín con expertos en el tema.

En los últimos años, el sector salud en Colombia ha puesto en marcha un plan de digitalización con el fin de lograr mejores procesos de atención, eliminar las distancias y reducir los costos. En el mundo, la interoperabilidad se ha convertido en una herramienta fundamental para optimizar su calidad, por lo que en los próximos meses el Ministerio de Salud implementará el plan de adopción de interoperabilidad de historia clínica digital, el cual se iniciará a implementar en los próximos meses.

Es en este contexto que InterSystems -compañía con experiencia global, brindando soluciones avanzadas de gestión, integración y análisis de datos-, organizó en Medellín el evento **“Interoperabilidad de la Historia Clínica en Colombia: estrategias de solución y experiencias globales”**, en el que varios organismos referentes en el campo dieron a conocer cómo está Colombia en cuanto a salud digital, los principales desafíos y ventajas de implementar este tipo de operaciones y sus perspectivas sobre la nueva hoja de ruta de digitalización propuesta por el Ministerio de Salud.

La apertura del evento estuvo a cargo de Jordi Calvera, regional managing director Iberia, Israel y Latam de InterSystems y contó con intervenciones de Fernando Portilla, consultor internacional de interoperabilidad; y Andrés Torres, sales executive de InterSystems Colombia.

Así mismo, en el encuentro se desarrolló el panel **“Abordando los desafíos de la integración nacional de la salud”**, el cual fue moderado por Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile, y contó la participación de ponentes como Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín; Pablo Otero, gerente general de SURA EPS; y el doctor Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín.

## Aporte y beneficios de la implementación de la interoperabilidad

Según Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile, es importante señalar que la interoperabilidad o salud conectada nos permite obtener información de una variedad de fuentes para apoyar la circulación del paciente por el sistema de salud, brindando una experiencia de 360 con mayor calidad, seguridad y oportunidad. Así mismo, permite a los pacientes ser partícipes e involucrarse en su proceso de cuidado.

Además, Kozak afirma **“Hemos visto buenos niveles de captación digital de datos de historias clínicas en el país, por lo que el proceso de interoperabilidad puede implementarse de manera satisfactoria a mediano plazo, apoyados de la normativa actual y que sin duda posiciona a Colombia con una ventaja competitiva que lo llevará a tomar la delantera en la región”**.

Sobre la importancia de la hoja de ruta de historia clínica digital marcada por el Ministerio de Salud, Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín comentó: **“Tener un tema de interoperabilidad se convierte en una herramienta fundamental para que podamos mejorar el trabajo conjunto entre los diferentes actores, desde el punto de vista médico y de atención, así como de los mismos pacientes, entre aseguradores, los entes gubernamentales y los prestadores, es un tema fundamental y tenemos que apoyar y trabajarlo”**.

Así mismo, Henao enfatizó: **“Una inquietud que me queda de la interoperabilidad es cómo funciona toda esa información, es el futuro y vamos hacia allá, pero no veo énfasis en la realidad y esa es la parte más importante y ahí los prestadores con nuestro personal de salud debemos de trabajar fuertemente en esto y a veces no estamos preparados”**.

Como instituciones de salud tenemos un papel fundamental y nos falta más conocimiento, otras entidades y otros niveles de empresas tienen más conocimiento sobre la importancia de este proyecto y las IPS no lo tenemos tan claro”.

Por su parte Pablo Otero, gerente general de SURA EPS manifestó: **“Frente a la normativa, definitivamente todo el tema de gestión del riesgo debe facilitarse, y a pesar de que es un acuerdo de voluntades, creo que es necesario un marco normativo; y sobre esta iniciativa, nos muestra que el gobierno está interesado en que las cosas pasen y que nos comprometamos como actores a que eso pase. En SURA tenemos unos procesos adelantados de interoperabilidad, pero ahí la pregunta que nos hacemos es, realmente esto es interoperabilidad, porque recibimos mucha información del asegurador, pero no estamos recibiendo del prestador y ahí es donde debemos trabajar, en esa bidireccionalidad para que realmente generemos valor a todos los actores”**.

Para Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín, el plan de adopción de interoperabilidad de historia clínica digital **“Es una gran oportunidad que nos exige revisar los paradigmas vigentes y los modelos mentales y las formas de hacer las cosas. Sí se necesita revisar las prácticas que hemos tenido, por ejemplo, hablamos del sistema general de salud, muy importante el cambio normativo, pero en la práctica vemos cómo ese sistema tiene muchos componentes que son aún muy débiles, esto exige más que una producción ilimitada de actos administrativos, muchos de ellos quedan en el archivo o en el olvido. Realmente en estos tiempos de cambios se deben expresar cómo crear condiciones que permitan lograr estos procesos de interoperabilidad”**.

Para finalizar, Kozak expresó: **“No hay duda de que seguir gestionando la interoperabilidad o salud conectada generará una mejor salud para todos los colombianos. A nivel interno, aunque aún queda un largo camino por recorrer, en InterSystems queremos contribuir en los diferentes procesos de implementación de la interoperabilidad en la industria, para una mayor agilidad y efectividad, con base de nuestra experiencia global”**.

## Sobre InterSystems

Fundada en 1978, InterSystems es un proveedor líder de tecnología para sistemas extremadamente críticos de los sectores de salud, finanzas, manufacturas y cadenas de distribución. Sus plataformas de datos en la nube resuelven los problemas de interoperabilidad, velocidad y escalabilidad de las grandes organizaciones en todo el mundo. InterSystems también desarrolla y apoya los servicios administrados para el registro clínico electrónico de los hospitales, los historiales de atención unificada para las comunidades y las naciones, así como los sistemas de administración de la información de los laboratorios. InterSystems está comprometido con la excelencia a través de su galardonado soporte 24x7 para clientes y socios en más de 80 países. De propiedad privada y con sede en Cambridge, Massachusetts, InterSystems tiene 25 oficinas en todo el mundo.

Para conocer más información sobre estas soluciones, ingresa a [www.intersystems.com/cl](http://www.intersystems.com/cl)



## Nos preguntan

plan de visitas de verificación y el reporte de la ocupación de capacidad instalada y de la atenciones de telemedicina.

- **Recursos de juegos de suerte y azar.** Mediante el Decreto 576 de abril de 2020, se ordenó el traslado de recursos de juegos de suerte y azar para el sector salud en el mes siguiente a su recaudo y con el Decreto 808, expedido en junio, se dispuso el uso para el SGSSS de los recursos de premios no reclamados.
- **Recursos del fondo de riesgos laborales.** El Decreto 552 de 2020 estableció el traslado al FOME de excedentes del Fondo de Riesgos Laborales a título de préstamo a la Nación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, hasta del 80% del saldo acumulado en dicho Fondo, en la medida en que vayan siendo requeridos por el FOME, a solicitud del Ministro de Hacienda y Crédito Público, o alguno de los viceministros, para conjurar la crisis o impedir la extensión de sus efectos en el territorio nacional, en el marco de la emergencia sanitaria.
- **Recursos del SOAT.** El Decreto 800 estableció la transferencia de las Aseguradoras SOAT de la diferencia base de cálculo de la prima y el riesgo efectivamente corrido por la entidad desde el inicio del aislamiento preventivo obligatorio hasta el 25 de mayo de 2020.
- **Nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio.** Mediante Resolución N.º 127 de febrero de 2021, se asignaron nuevas plazas para servicio social obligatorio para reforzar la atención en salud durante la emergencia declarada por la pandemia por COVID-19.
- **Plan Nacional de vacunación.** Mediante el Decreto 109 de 2021, se adoptó el Plan Nacional de Vacunación y se estableció la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna, las responsabilidades de cada agente del SGSSS y de los administradores de los regímenes especiales y de excepción, así como el procedimiento para el pago de los costos de su ejecución. El Plan aplica para todos los

habitantes del territorio nacional, incluidos los extranjeros acreditados en misiones diplomáticas o consulares en Colombia, personas que transitan en zona de frontera, a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, a las entidades responsables del aseguramiento y sus operadores, a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, incluidos los prestadores de servicios de salud indígenas, al Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad y su operador, y a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

- **Autorización de ingresos de medicamentos para UCI por vía marítima.** Mediante la Resolución 201 de febrero de 2021, se dispuso la autorización de ingreso de manera transitoria al país adicional por la vía aérea y la vía marítima de materiales o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado, que se declararan por el INVIMA en desabastecimiento o vitales no disponibles.
- **Condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE).** Mediante los Decretos 1787 de 2020 y 710 de 2021, se establecieron las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autoirización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE), por parte del INVIMA para medicamentos de síntesis química o biológicos que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención de registro sanitario y que sean destinados al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de COVID-19.

Otras medidas de ayuda financiera, aunque generales, deben mencionarse pues significaron

alivios y ayudas para las Entidades del sector salud:

- **Programa de apoyo al empleo formal PAEF.** El programa de apoyo al empleo formal, diseñado mediante el Decreto 639 de 2020, fue una ayuda importante para las empresas beneficiarias. Esta medida con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) creó un programa social del Estado que otorgó un aporte monetario mensual de naturaleza estatal, y hasta por tres veces, con el objeto de apoyar y proteger el empleo formal del país durante la pandemia. La cuantía del aporte corresponde al número de empleados multiplicado por hasta el 40 % del valor del SMLMV.
- **Programa de apoyo para el pago de la prima de servicios.** El Decreto 770 de junio de 2020 adoptó varias medidas de protección laboral, entre ellas la de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios de 2020, por doscientos veinte mil pesos (\$220.000) por empleado. También permitió el acuerdo para el pago de la prima entre empleadores y trabajadores mediante la concertación de pago hasta en tres (3) cuotas, los cuales en todo caso debían efectuarse a más tardar el veinte (20) de diciembre de 2020.
- **Disminución de las cotizaciones al Sistema General de Pensiones.** El Decreto 558 expedido en abril, y que fuera declarado inexecutable por la Corte Constitucional, definía

## El Decreto 770 de junio de 2020 adoptó varias medidas de protección laboral, entre ellas la de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios de 2020, por doscientos veinte mil pesos (\$220.000) por empleado.

que para los períodos de abril y mayo, cuyos pagos debían efectuarse en los meses de mayo y junio de 2020, respectivamente, los empleadores del sector público y privado y los trabajadores independientes pagarían como aporte el 3 % de cotización, el 75 % por el empleador y el 25 % restante por el trabajador. Ante la declaratoria de inexecutable deberán tanto empleador como trabajadores pagar el valor dejado de asumir.

Puede resultar corta la anterior descripción si se tiene en cuenta lo que significó para el país la Pandemia que apenas estamos superando, y es por ello que vale la pena destacar el marco normativo que permitió la garantía plena del derecho a la salud y el que, de manera excepcional sin violentar o transgredir nuestro ordenamiento jurídico, se ofrecieran las alternativas y medidas para que la población contara con atención de calidad en las instituciones hospitalarias, existiese la disponibilidad del talento humano y, para que en medio de las dificultades que representaba la situación, se pudieran hacer incentivos y reconocimientos a los agentes vitales de nuestro Sistema de Salud. 



# Siemens Healthineers lanzó el primer escáner de tomografía con tecnología de conteo de fotones



**D**e vez en cuando, las tecnologías existentes evolucionan de tal manera que nada volverá a ser igual. En esta ocasión, la innovación impulsa una tecnología hacia adelante y nos obliga a repensar lo que veíamos como establecido. Después de más de 18 años de investigación, Siemens Healthineers lanza la primera tomografía computarizada (TC) con conteo de fotones del mundo: el NAEOTOM Alpha® con *Quantum Technology*, la reinención total de la tomografía computarizada.

Recientemente la FDA (U.S. Food and Drug Administration) aprobó y anunció la autorización 510 (k) para el nuevo tomógrafo: “Aprobamos el primer avance importante en dispositivos de imágenes para tomografía computarizada en casi una década, el NAEOTOM Alpha de Siemens Healthineers”. Esto, sin duda, refleja el trabajo constante de la compañía alemana en llevar el avance del conteo de fotones de manera directa, asegurando

una mejor resolución para percibir patologías antes no identificadas.

Esta tecnología permite una resolución espacial alta, lo que significa tener una mayor visualización de pequeñas estructuras anatómicas y, gracias a su aporte de información espectral intrínseca en cada escaneo, brinda información funcional que aporta mayor precisión diagnóstica. Adicionalmente, permite la eliminación del ruido electrónico y una relación contraste/ruido mejorado, lo que impacta directamente a cada paciente al utilizar una menor cantidad de medio de contraste.

Actualmente, se sabe que cerca del 16 % de los pacientes con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias no son elegibles para la angiografía por TC coronaria debido al alto grado de calcificación de los vasos, y deben someterse a un procedimiento de cateterismo (invasivo y con más riesgo para el paciente) para poder proporcionar más información para el diagnóstico y su respectivo tratamiento. Ahora, con la nueva tecnología de detección de conteo de fotones se está obteniendo información detallada sobre la absorción de materiales a diferentes niveles de energía, con lo que es posible eliminar el calcio y sus efectos en la reconstrucción de la imagen y revelar el grado y la real progresión de la enfermedad.

“Por primera vez, mirar detrás de la cortina de dicha calcificación se convierte en una realidad clínica para prácticamente todos los pa-

cientes y cambiará la forma en que se toman las decisiones médicas. Con la TC convencional teníamos los retos más difíciles en encontrar y caracterizar pequeñas lesiones, pero ahora con menos dosis de radiación y una mejor experiencia para los pacientes estamos logrando entregar información más precisa para personalizar las terapias y así mejorar la salud de la población”, dice John Carrillo, director de Tomografía Computarizada de Siemens Healthineers, Latinoamérica.

### **Gran impacto en muchos campos clínicos**

Con la introducción de la nueva tomografía con tecnología cuántica, estamos dando un gran paso para mejorar la atención al paciente en diversas áreas clínicas, al mostrar de manera efectiva cosas que son imposibles de ver con las tomografías computarizadas convencionales. “Actualmente, más de 60.000 pacientes se han beneficiado de esta tecnología en áreas clínicas como cardiología, neumología y oncología, convirtiendo diagnósticos más precisos y convenientes para los pacientes”, cerró Carrillo.

En el área cardiovascular, como lo mencionamos anteriormente, el NAEOTOM Alpha® está haciendo posible el diagnóstico de enfermedades a pacientes previamente excluidos. Esta nueva tecnología permite la eliminación de calcificaciones severas logrando una mayor confiabilidad en el diagnóstico cardiológico, y gracias a su alta resolución temporal (hasta 66 ms) con la integración de la

## **Los sistemas de salud están llamados a avanzar en la implementación de nuevas y mejores herramientas de control médico que generen valor e impacto social**

tecnología de doble fuente, permite la adquisición de pacientes con una frecuencia cardíaca elevada.

En cuanto a las áreas de neumología y oncología, los profesionales de la salud se están beneficiando de imágenes monoenergéticas lo que permite eliminar fuentes de imprecisión, ya que pueden comparar entre varias adquisiciones y determinar con confianza que los cambios entre estas son el resultado de la terapia o la fisiología de la lesión, y no provocados por inconsistencias en los parámetros de la imagen. Sin duda, el gran detalle anatómico también es un gran beneficio en la evaluación pulmonar y cancerígena, mientras se mantiene la dosis al mínimo.

Los sistemas de salud están llamados a avanzar en la implementación de nuevas y mejores herramientas de control médico que generen valor e impacto social. En este camino, la tecnología de punta desempeña un papel cada vez más importante cuando se trata de llevar a otro nivel los procesos que incluyen análisis minuciosos y terapias guiadas por imágenes. Con este tipo de avances en el sector, el paciente cuenta con un respaldo robusto y basado en la garantía de una mejor experiencia médica.

# La tecnología como plataforma para la transformación y democratización de la salud



▼  
**María Julieta Castañeda**  
presidenta de Johnson & Johnson  
MedTech, Región Norte LATAM

El mundo de hoy supone un reto sin precedentes para quienes integran el ecosistema de salud. La evolución de las ciencias aplicadas, la transformación del sector y el surgimiento de nuevas tecnologías ha traído consigo innumerables oportunidades para mejorar tiempos de respuesta, calidad, servicio y resultados en la salud de los pacientes; quienes se involucran cada vez más en su autocuidado y buscan los canales digitales para abordar diferentes aspectos de su vida.

En Johnson & Johnson MedTech trabajamos en el abordaje integral de los desafíos de la atención médica más apremiantes del mundo en cirugía, ortopedia, ablación cardíaca y el tratamiento del ACV. Con la aceleración de la transformación digital que supuso la pandemia de Covid-19, estamos reimaginándonos el futuro de la salud en un ambiente mucho más colaborativo, buscando que cada vez más pacientes tengan acceso a las mejores tecnologías y soluciones que reduzcan las complicaciones, mejoren los resultados clínicos, estandaricen los procedimientos y generen eficiencias para el sistema; con el gran objetivo de crear una intervención médica más inteligente, menos invasiva y más personalizada.

Para ello estamos construyendo un ecosistema de cirugía digital con soluciones integradas y conectadas entre sí, que cubren la ruta de atención del paciente, enfocándose no solo en la intervención quirúrgica sino también en la preparación para el procedimiento y el seguimiento posterior a la intervención. Actualmente ya contamos con varias soluciones digitales:

**C-SATS:** Una plataforma para aprendizaje continuo y mentoría para residentes y cirujanos a lo largo de su desarrollo profesional. La plataforma permite el almacenamiento de videos de cirugía laparoscópica y robótica y provee retroalimentación cualitativa y cuantitativa para mejorar las habilidades quirúrgicas, lo cual conlleva a reducir las complicaciones y mejorar la atención y los desenlaces para los pacientes.

**Surgical Process Institute (SPI):** Es una plataforma que permite diseñar e implementar el paso a paso de una cirugía facilitando la comunicación del equipo quirúrgico y reduciendo la variabilidad. La plataforma sirve como herramienta para aprendizaje y capacitación. Adicionalmente, provee métricas asociadas a número de procedimientos realizados, duración agregada de los procedimientos y du-

ración de cada fase del procedimiento, reporte de eventos adversos entre otros.

**Data Tracker:** Es una aplicación que permite la toma de datos en quirófanos con el fin de identificar mejoras en la eficiencia y la productividad. El análisis de la información capturada permite impactar y optimizar métricas claves como: inicio a tiempo de cirugía, rotación de los quirófanos, utilización y eliminación de tiempos muertos.

**Ruta digital del paciente:** Es una herramienta que permite la comunicación digital con el paciente a lo largo de su ruta de atención. Es así como se puede compartir con el paciente información relevante de preparación para su procedimiento quirúrgico o hacer seguimiento a su evolución post-operatoria.

**Solución para cirugía ortopédica:** Equipo para la planeación quirúrgica de reemplazo de cadera que facilita la disponibilidad de datos en tiempo real durante el procedimiento quirúrgico, lo que conlleva a mejorar el resultado de los pacientes.

**Realidad virtual para formación quirúrgica:** La plataforma simula un procedimiento quirúrgico a través de la experiencia en un entorno tridimensional (3D) artificial, permitiendo a los profesionales de la salud aprender haciendo un sin límite de repeticiones sin la necesidad de componentes físicos.

Con el paciente en el centro buscamos hacer uso efectivo de la digitalización y la tecnología para transformar el sistema de salud con el fin de elevar los estándares de atención médica, mejorar la calidad de vida de las personas y aumentar el acceso a las intervenciones médicas. 

In partnership with



ENSINO  
EINSTEIN

EVENTOS

## 7º Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud MUCHO MÁS ALLÁ DEL ESG

 **INSCRÍBASE AHORA**

De 12 a 15 de septiembre de 2022

EVENTO HÍBRIDO

16/09 – **Visitas en Einstein:** Centro de Robótica y Centro de Oncología, agende su visita: [consultoria@einstein.br](mailto:consultoria@einstein.br)

[ensino.einstein.br/eventos/ihl](https://ensino.einstein.br/eventos/ihl)



# “Insatisfacción con EPS debe convertirse en oportunidad de mejora”: Pacientes Colombia

// Queremos hacerle una invitación a los tres gremios que agrupan a las EPS, a la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI, a GestarSalud y a Acemi, a revisar dónde hay oportunidad de mejora para sacar adelante el sistema de salud”. Así se pronunció Dennis Silva, vocero de la organización Pacientes Colombia, al presentar los resultados de la Encuesta de Satisfacción sobre servicios de salud, en la que se evidencia alto grado de insatisfacción de los usuarios con el servicio de las EPS.

Silva destacó que en la encuesta virtual realizada del 14 al 18 de junio, con una muestra abierta de 1.548 personas que la respondieron en las redes sociales de Pacientes Colombia, se reflejó el nivel de insatisfacción de los usuarios con las EPS. Así lo reiteró Silva:

Hay tres aspectos que llaman poderosamente la atención. El primero es la respuesta a “¿Cómo califica a la EPS: buena, regular o mala?”. El 51 % dice que “buena”; el 41 % dice que “regular”, y el 9 %, que “mala”. Esto indica que el 50 % de los usuarios tiene la percepción de que la EPS es regular o mala, [pero] no significa que debe acabarse la EPS, sino una oportunidad de mejora, de revisar dónde está fallando y generar planes de mejora.



Fuente: Encuesta Asociación Colombia Saludable

Y agregó:

En la segunda pregunta, “¿En los últimos doce meses ha tenido que suspender su tratamiento porque la EPS le ha generado barreras?”, el 46,2 % de los encuestados afirma que sí han tenido que suspenderlos, y esto es grave, porque una persona con una enfermedad crónica, que al año reciba tres tratamientos de los doce tratamientos que tiene que recibir, pues nunca va a ser adherente al tratamiento y no va a tener calidad y oportunidad de vida. Entonces, esa respuesta en particular nos preocupa bastante.



Fuente: Encuesta Asociación Colombia Saludable

Silva destacó otro resultado:

En la pregunta de si la EPS le presta los servicios de manera oportuna, el 36,4 % de los usuarios dice que los servicios son oportunos y el 63,6 % dice que los servicios no

# lavanti

## EL LAVADO COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN

Evita la contaminación cruzada y mejora los resultados del lavado con el **sistema de barrera sanitaria**:



MÁXIMOS RESULTADOS  
DE LAVADO.



MENOR CONSUMO  
DE ENERGÍA Y AGUA



ALTOS VOLÚMENES  
DE LAVADO



Lavadora con doble  
puerta para **separar**  
**el área de prendas**  
y operación sucia  
de la limpia.

### Unimac

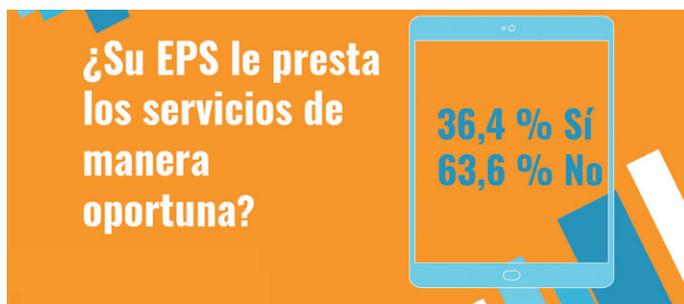
☎ CONTACTANOS AL 300 2045577

3 AÑOS DE GARANTÍA · SERVICIO COMERCIAL Y TÉCNICO EN TODO EL PAÍS.

ESPECIALISTAS EN SISTEMAS DE LAVANDERÍA EN EL SECTOR SALUD.

WWW.LAVANTI.COM

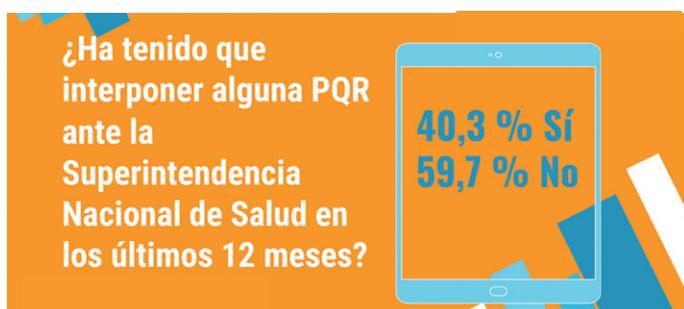
son prestados de manera oportuna. Esta es una queja sentida en muchos eventos de los usuarios, porque las EPS demoran demasiado en autorizar los servicios PBS y los No-PBS, cuando la norma dice que no requieren autorización.



Fuente: Encuesta Asociación Colombia Saludable

El vocero de los pacientes destacó, por último, el resultado referente a Supersalud:

En lo que tiene que ver con la Superintendencia Nacional de Salud, la pregunta frente a la Superintendencia nos dice lo siguiente: al consultarles si ha tenido que presentar alguna PQR, acción de tutela o desacato, el 40,3 % dice que ha tenido que presentar alguna PQR, desacato o acción de tutela para que la EPS le garantice los servicios de salud.



Fuente: Encuesta Asociación Colombia Saludable

Esta es la primera Encuesta de Satisfacción que realiza Pacientes Colombia y en el tema se disponía de la reciente encuesta del Ministerio de Salud de hace unos cuatro meses, en la cual se indicaba que “el 85 % de los pacientes vivían felices con su EPS”. Así lo señala Silva, quien al respecto aclaró lo siguiente:

Nosotros nunca estuvimos de acuerdo con esa encuesta, porque había preguntas que inducían a los pacientes a responder otras cosas. Una pregunta era si el paciente estaba de acuerdo con que los servicios de salud ya no se los preste la EPS, sino la Secretaría de Salud, cuando las Secretarías de Salud no prestan servicios de salud; entonces, sí tenían una intencionalidad esa y otras preguntas. Con esto, no estamos pidiendo que se acaben las EPS; nuestra postura no es esa. Nuestra postura es que se revise el modelo, que se hagan los ajustes y se defina claramente cuál es el rol de las EPS.

Los resultados de esta encuesta serán presentados al nuevo Gobierno. Así concluyó Silva:

Le vamos a compartir esta encuesta al nuevo Gobierno, para decirle: “eso es lo que dicen los ciudadanos”. La propuesta nuestra es acompañar al nuevo Gobierno en redefinir el modelo sin acabar las EPS, porque hay EPS que hacen las cosas bien hechas.

### Fecha Técnica de la Encuesta de Satisfacción del Servicio

1. **Empresa que realiza la encuesta:** Asociación Colombia Saludable.
2. **Fuente de financiación:** Asociación Colombia Saludable.
3. **Objetivo:** Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de la EPS, mediante una muestra de la población.
4. **Medio de aplicación:** Plataforma virtual – Plantilla Google.
5. **Población objeto:** Población abierta.
6. **Grupos de interés:** Usuarios de EPS.
7. **Número de preguntas:** 10 preguntas.
8. **Tamaño de la muestra:** 1.548 encuestas respondidas.
9. **Fecha de aplicación:** inicio: martes 14 junio de 2022; fin: sábado 18 junio de 2022.

# Ley Jerónimo creará registro de donantes de células madre para niños con cáncer

La Ley Jerónimo, próxima a recibir sanción presidencial, creará el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (RNDCPH) y se articulará con otros registros a nivel nacional e internacional, para garantizar a miles de niños y adolescentes con cáncer un trasplante de estas células que puede salvarles la vida.

Además de ampliar la cobertura de la red de donantes, la Ley Jerónimo establecerá un marco normativo que regulará todas las actividades relacionadas con la obtención, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas o células obtenidas por aspiración de médula ósea, movilización de sangre periférica y de cordón umbilical u otras médicamente validadas, y de los productos terapéuticos elaborados o derivados de ellas.

Para la autora de esta iniciativa, la senadora Nadia Blel, la nueva Ley brindará esperanza de vida y priorizará el derecho a intentar todo lo necesario para los pacientes con cáncer, especialmente los niños y adolescentes que luchan contra cualquier forma de cáncer y que se encuentran en una lista de espera de trasplante. Esta Ley especialmente beneficiará a niños que padecen leucemia, linfo-

ma, neuroblastoma, mieloma múltiple, entre otras.

Según el Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI), en Colombia la leucemia es la principal causa de muerte en niños entre 5 y 14 años. Pero este y otros tipos de cáncer infantil tienen alta posibilidad de curarse si se detectan a tiempo y si se ofrece tratamiento oportunamente. Por ello, para muchos niños diagnosticados con cáncer, un trasplante de células madre es la única posibilidad de vida.

Las células progenitoras hematopoyéticas (CPH) producen los componentes de la sangre; se pueden donar en vida y se utilizan en pacientes con indicación de trasplante. Las CPH se encargan de producir un número determinado de glóbulos rojos que transportan el oxígeno a los tejidos; glóbulos blancos que combaten las infecciones en el organismo y se ocupan de la vigilancia inmunológica, y plaquetas que participan del proceso de coagulación de la sangre. Mediante pruebas de histocompatibilidad o HLA, se determina el grado de compatibilidad que exhibe la pareja receptora/donante para un trasplante.

Los registros de donantes de CPH son organizaciones solidarias con

## **El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá promover campañas orientadas a fomentar la cultura de la donación, en especial de células madre.**

conexión internacional, responsables de coordinar la búsqueda de donantes de CPH y la gestión de donantes no familiares o no relacionados compatibles con el potencial receptor en el ámbito nacional e internacional, para incrementar las posibilidades de los pacientes de encontrar un donante con compatibilidad adecuada bajo criterios de calidad global.

Los registros se encargan de captación de nuevos donantes, gestión de búsquedas, relacionamiento con centros de trasplante, gestión del donante compatible localizado para la obtención y transporte de sus células para la infusión en los pacientes, así como el posterior seguimiento al donante. Según normas internacionales, los registros de donantes voluntarios deben solicitar periódicamente al centro de trasplante información sobre el desenlace de los receptores que reciben células progenitoras de sus donantes. Podrán existir distintos registros en el país, operados por instituciones públicas o privadas, que cumplan con lo dispuesto en la ley y la reglamentación sobre la materia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Instituto Nacional en Salud en el término de dos años

contados a partir de la expedición de la Ley Jerónimo, creará el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (RNDCPH), articulado con el Registro Nacional de Donantes (RND), con la consideración de que la donación de órganos y tejidos tiene un funcionamiento distinto a la de CPH. Además, reglamentará los requisitos y deberes de las organizaciones responsables de coordinar la búsqueda de donantes de CPH.

Con esta Ley se facultará a los laboratorios acreditados para realizar las pruebas de histocompatibilidad de los potenciales donantes, y los resultados de la muestra analizada deberán ser incluidos en el RNDCPH. El Ministerio de Salud reglamentará los protocolos y manuales de buenas prácticas para la realización de estas pruebas de compatibilidad. Además, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá promover campañas orientadas a fomentar la cultura de la donación, en especial de células madre.

Este proyecto fue aprobado por unanimidad en último debate en la Cámara de Representantes e hizo tránsito a sanción presidencial. La senadora Blel recordó que la nueva ley rinde homenaje al niño Jerónimo, “que con escasos cuatro años nos demostró con fuerza, con valentía, cómo luchó por su vida hasta el último momento. Es un homenaje a él y un homenaje a todos los niños que hoy luchan una gran batalla contra esta enfermedad de la leucemia”. 

# UPB

#Sin Límites

## Haz tu posgrado en Excelencia Operacional en Salud

Contribuye a la solución de  
problemas relacionados con  
la eficiencia hospitalaria.

Conoce más de este  
nuevo programa en:



Vigilada Mineducación

### Especialización en Excelencia Operacional en Salud

SNIES 110980 / Medellín - Antioquia / 2 semestres / Presencial /  
Res. No. 2818 del 8 de marzo de 2022 / En convenio con la Facultad  
Israelita de Ciencias de la Salud Albert Einstein FICSAE



    @UPBColombia

[www.upb.edu.co](http://www.upb.edu.co)

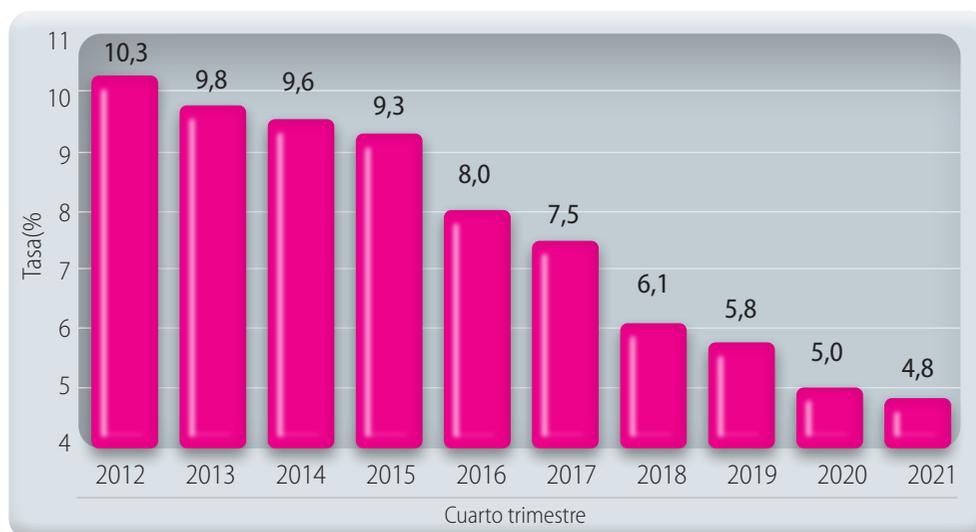
Línea de Asesoría Integral (+57) 604 448 83 88 •  (+57) 313 603 5630 • [asesoria.integral@upb.edu.co](mailto:asesoria.integral@upb.edu.co)

# Se mantiene tendencia de leve disminución del trabajo infantil en Colombia

**D**urante el cuatrienio 2018-2021, la tasa de trabajo infantil se redujo de 6,1 % a 4,8 %. Esto significa que, en este

periodo, se registró una disminución de 2,7 puntos porcentuales, es decir, 259.479 menores dejaron de trabajar, tal y como lo informó el Ministerio de Trabajo.

**Gráfico 1. Tasa de trabajo infantil. Total nacional Octubre- diciembre (2012-2021)**



Fuente: DANE, GEIH-MTI.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reveló que en el trimestre octubre-diciembre de 2021 más de 508.000 menores se reportaron dentro de la población entre 5 y 17 años que trabaja. Esta cifra representa una reducción de 9.000 menores en trabajo infantil respecto del mismo período de 2020.

De esta forma, la tasa de trabajo infantil en Colombia pasó de 5 % a 4,8 % entre el cuarto trimestre de

2020 y el mismo periodo de 2021, lo que constituye una reducción de un punto porcentual frente a lo registrado entre octubre y diciembre de 2019 (5,8 %).

De los 508.000 menores que permanecen en trabajo infantil, 346.000 corresponden a hombres y 161.000 a mujeres. Además, del total, 171.000 tienen una edad entre 5 y 14 años, y 337.000 están en el rango de 15 a 17 años.

**Tabla 2. Características de la población de 5 a 17 años. Octubre- diciembre (2012-2021)**

	Octubre - diciembre		Variación	
	2021	2020	Absoluta	%
Población que trabaja	508	517	-9	-1,8
<b>Dominio geográfico:</b>				
Cabeceras	192	231	-39	-16,9
Centros poblados y rural disperso	316	286	30	10,4
<b>Sexo:</b>				
Hombres	346	348	-1	-0,4
Mujeres	161	169	-8	-4,7
<b>Rangos de edad:</b>				
De 5 a 14 años	171	208	-37	-17,9
De 15 a 17 años	337	309	28	9,1

Fuente: DANE, GEIH-MTI.

Nota: Resultados en miles. Por efecto de redondeo en miles los totales pueden diferir ligeramente.

Nota: Datos de GEIH marco 2005 expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018.

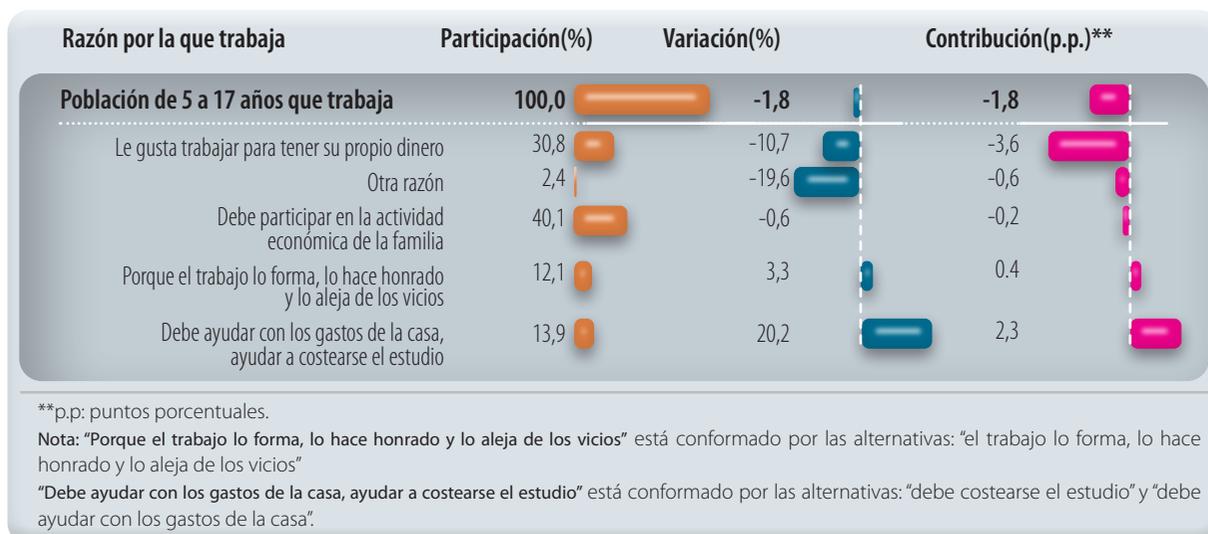
En las cabeceras se reportaron 192.000 personas y, en los centros poblados y rural disperso, la población reportada fue de 316.000 personas. El 68,2 % de las personas entre 5 y 17 años que trabajaron correspondió a hombres y el 31,8 %, a mujeres.

Para el trimestre octubre-diciembre de 2021, en el total nacional la población de 5 a 17 años representó el 21,1 % de la población total. El

51,8 % de la población en este rango de edad fueron hombres y el 48,2 %, mujeres.

De acuerdo con el reporte del DANE, la principal razón por la que trabajan los menores (en el 40,1 % de los casos) es porque deben participar en la actividad económica de la familia; el 30,8 % indicó que le gusta trabajar para tener su propio dinero; y el 13,9 % señaló que debe aportar con los gastos de la casa o ayudar a costearse el estudio.

**Gráfica 2. Distribución porcentual, variación y contribución a la variación, de la población de 5 a 17 años que trabaja según razones por las que trabaja. Total nacional. Octubre - diciembre 2021**

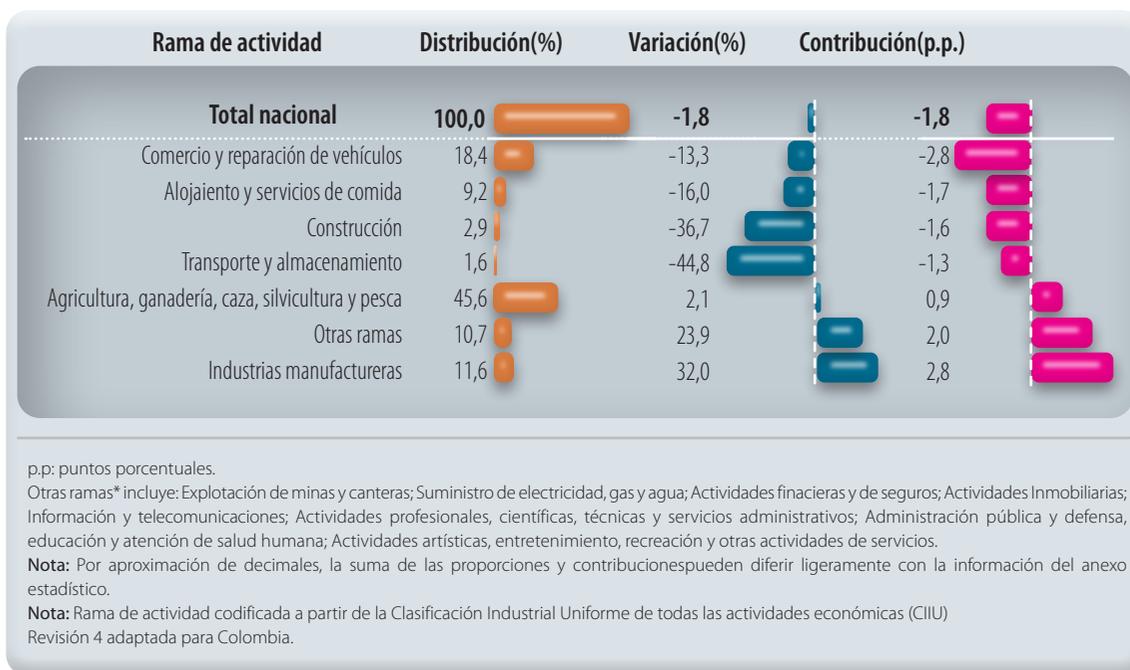


Fuente: DANE, GEIH-MTI.

La actividad que más concentró trabajo infantil fue la de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (45,6 % de participación).

Le siguieron las de comercio y reparación de vehículos (18,4 %) y la de industrias manufactureras (11,6 %).

**Gráfica 3. Distribución porcentual, variación y contribución a la variación de la población de 5 a 17 años que trabaja según ramas de actividad económica.**  
Total nacional. Octubre - diciembre 2021/2020



Fuente: DANE, GEIH-MTI.

El Ministerio de Trabajo conformó recientemente un Equipo Élite de Inspección contra el Trabajo Infantil, que estará integrado por experimentados funcionarios que cuentan con

conocimientos específicos y que adelantarán acciones de prevención, inspección, vigilancia y control para garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes en el país. **II**



**Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas**  
[www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)

# Una compañía con propósito superior



En un mundo que se enfrenta a grandes retos y la salud se ha convertido en el bien más preciado, sobresalen compañías como Vitalis, que con más de 44 años en el mercado farmacéutico, suplen las necesidades de medicamentos inyectables en los hospitales y farmacias del país, lo que la hace ser reconocida como la **empresa líder en este campo en Colombia**.

Vitalis, con plantas de fabricación en Colombia, México y Chile, tiene **presencia en más de 20 países de Latinoamérica y Asia**, bajo un propósito superior: **“Brindar salud y calidad de vida a las personas mediante medicamentos estériles, seguros y eficaces”** y como lo afirma su CEO, Esteban Lizarazo **“en Vitalis nos apasiona trabajar por la salud de las personas”**.

Vitalis ofrece una propuesta de valor enfocada en cuatro ejes estratégicos:

- 1 Gestión del talento humano**, con un equipo de más de 1.400 colaboradores que con entusiasmo y compromiso entregan calidad y excelencia en todo lo que hacen, Vitalis desarrolla estrategias para potenciar capacidades y habilidades.
- 2 Ofrecer el más completo portafolio de medicamentos estériles**, que satisfaga las necesidades de los clientes.
- 3 Excelencia operativa**, donde se busca **consolidar procesos más eficientes y ágiles** para aumentar la producción y garantizar una cadena de abastecimiento competitiva en costos y disponibilidad de productos. Como parte de ello, se han invertido más de 20 MM USD en la optimización y crecimiento de las plantas.
- 4 Pensamiento global**, consolidando su presencia directa en México, Guatemala, Panamá, Costa Rica, Ecuador, Perú y Chile y alcanzando una mayor participación en los países donde cuenta con distribuidores, con medicamentos de calidad, seguros y eficaces.

Asimismo, Vitalis ha direccionado sus esfuerzos en la **creación de proyectos como el de Seguridad del Paciente**, con el fin de mejorar las condiciones de etiquetado de sus productos y el desarrollo de programas de capacitación que buscan evitar errores de medicación. De igual forma, ha implementado estrategias de acceso a tecnologías como la Total Intravenous Anesthesia (TIVA), promoviendo prácticas de anestesia segura.

Vitalis fomenta la preservación del entorno y el bienestar de los colaboradores, sus familias y comunidades en las que se desarrolla, adoptando una cultura sostenible y ambientalmente responsable.



*“En Vitalis estamos consolidando una de las plataformas de medicamentos más potentes en capacidad, calidad, seguridad y eficacia de LATAM con la mejor gente”, enfatiza Esteban Lizarazo, CEO.*

# GLOSARIO NORMATIVO ACHC

\*\*\* Trascendente

\*\*Importante

\*Informativa

## 1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

### **\*\*Ley 2213 (13 de junio).**

Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones.

Con la presente Ley, se adoptan como legislación permanente las normas contenidas en el Decreto Ley 806 de 2020, con el fin de implementar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar el trámite de los procesos judiciales ante la jurisdicción ordinaria en las especialidades civil, laboral, familia, jurisdicción contencioso administrativo, jurisdicción constitucional y disciplinaria, así como las actuaciones de las autoridades administrativas que ejerzan funciones jurisdiccionales y en los procesos arbitrales. Adicionalmente, y sin perjuicio de la garantía de atención presencial en los

despachos judiciales, salvo casos de fuerza mayor, pretende flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia con el uso de las herramientas tecnológicas e informáticas como forma de acceso a la administración de justicia.

El acceso a la administración de justicia a través de herramientas tecnológicas e informáticas debe respetar el derecho a la igualdad, por lo cual estas serán aplicables cuando las autoridades judiciales y los sujetos procesales y profesionales del derecho dispongan de los medios tecnológicos idóneos para acceder de forma digital, no pudiendo, so pena de su uso, omitir la atención presencial en los despachos judiciales cuando el usuario del servicio lo requiera y brindando especiales medidas a la población en condición de vulnerabilidad o en sitios del territorio donde no se disponga de conectividad por su condición geográfica.

## 2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### **\*\*\*Decreto 957 (4 de junio).**

Por el cual se modifican los Artículos 2.6.7.8.2 y 2.6.7.8.4 del Capítulo 8,



Título 7, Parte 6, Libro 2, del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, correspondiente a la línea de crédito con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (Findeter), destinada a irrigar recursos de capital de trabajo, sustitución de deudas e inversión a las IPS y EPS del Sector Salud, públicas y privadas, lo cual les permitirá continuar con la prestación del servicio de salud y mitigar los efectos de la pandemia originada por la COVID-19.

Así, la aprobación de las operaciones de redescuento realizadas bajo la línea de crédito de redescuento en pesos con tasa compensada de las que trata el presente Decreto se podrá otorgar hasta por un monto de CUATROCIENTOS SETENTA y DOS MIL SETECIENTOS VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$472.725.000.000) MCTE. Para todos los efectos, las operaciones de redescuento enunciadas en el presente Decreto se podrán otorgar únicamente durante el periodo comprendido entre la entrada en vigencia del presente Decreto y hasta el 31 de diciembre de 2023 o hasta agotar los recursos, dependiendo de lo que suceda primero.

Así, la línea de redescuento con tasa compensada tendrá las siguientes condiciones: monto total de la línea: hasta por \$472.725.000.000; plazo: hasta 5 años con hasta 1 año de periodo de gracia de capital; tasa de redescuento: IBR + 0 % M.V.; uso: capital de trabajo, sustitución de deuda e inversión; beneficiarios: EPS e IPS; vigencia: hasta agotar recursos o hasta el 31 de diciembre de 2023; compensación de tasa: \$48.168.750.000.

La Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (Findeter) acordará con el Ministerio de Salud

y Protección Social, mediante la suscripción de un convenio interadministrativo, las condiciones específicas de la línea de redescuento con tasa compensada. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo, establecerá las condiciones de la operación y requisitos necesarios para su implementación.

**\*\*\*Resolución N.º 1036 (15 de junio).**

**Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.**

De esta manera, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud al (los) usuario(s). El RIPS se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, así como para los procesos de dirección, regulación y control.

El RIPS será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, esto es, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregarlos. La estructura de los datos que conforman el RIPS se define en el anexo técnico que hace parte integral de la presente Resolución.

A partir del 1.º de enero de 2023, las entidades definidas en el Artículo 2 de la presente Resolución deben entregar el RIPS correspondiente a los servicios y tecnologías de salud facturados a partir de esta fecha, conforme lo previsto en la presente Resolución y su anexo técnico; mientras se cumple este plazo, los RIPS deberán ser entregados en las estructuras definidas en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas.

**\*\*\*Resolución N.º 1035 (14 de junio).**

**Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, con sus capítulos diferenciales, Indígena para**



los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.

Así, el Plan Decenal será implementado y ejecutado por los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con de los determinantes sociales de la salud, quienes concurrirán al desarrollo de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados Plan.

**\*\*Resolución N.º 968 (1 de junio).**

**Por la cual se realiza distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 de los laboratorios Pfizer Inc. y BioNTech, Moderna Switzerland GMBH y Janssen Pharmaceutica NV.**

A través de la presente Resolución, se asignan 154.440 dosis de vacunas del laboratorio Pfizer-BioNTech, 37.400 dosis de vacunas del laboratorio Moderna Switzerland GMBH, 3.600 dosis de vacunas del laboratorio Janssen Pharmaceutica Ny, a las entidades territoriales señaladas en la presente Resolución.

**\*\*Decreto 1005 (13 de junio).**

**Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.**

La Comisión Intersectorial de Salud Pública será el espacio de coordinación y seguimiento de las acciones para la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Se reunirá cada seis (6) meses, previa convocatoria realizada por la secretaria técnica y, extraordinariamente, a solicitud del presidente de la Comisión. La convocatoria a los miembros de la Comisión se hará por cualquier medio físico o electrónico, indicando el día, la

hora, el lugar y si será presencial o virtual la reunión. Las sesiones se podrán realizar de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos o audiovisuales y quedarán consignadas en un acta.

**\*\*Resolución N.º 964 (31 de mayo).**

**Por la cual se define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud a apropiarse por las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Adaptadas para la vigencia 2022.**

Con la presente Resolución, se fija en un setenta por ciento (70%) el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud, q apropiarse por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Adaptadas durante la vigencia 2022, para financiar las actividades relacionadas con la gestión de cobro de cotizaciones y el manejo de la información sobre el pago de aportes y los servicios financieros asociados al recaudo.

Las EPS y demás Entidades Adaptadas que se encuentren en proceso de liquidación y por el periodo que este se extienda podrán apropiarse del veinte por ciento (20%) de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud.

**\*Resolución N.º 808 (24 de mayo).**

**Por la cual se realiza distribución y asignación especial de vacunas contra el COVID -19 de los laboratorios Pfizer Inc. y BioNTech, Sinovac Life Scienses Co. Ltd., Moderna Switzerland GMBH y Janssen Pharmaceutica NV.**

A través de la presente Resolución, se asignan 91.482 dosis de vacunas del laboratorio

# La enseñanza online representa mayores oportunidades en el aprendizaje.



## Conoce nuevas técnicas, conceptos y potencializa tu conocimiento en el sector salud.



Descubre más:



[www.formacionalcala.com](http://www.formacionalcala.com)





Pfizer-BioNTech, 21.400 dosis del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., 17.500 dosis de vacunas del Laboratorio Moderna Switzerland y 2.400 dosis de vacunas del laboratorio Janssen Pharmaceutica Ny, a las entidades territoriales señaladas en la presente Resolución.

### 3. CONSEJO DE ESTADO

**\*\*\*Sentencia 110010324000201100338 00 (10 de marzo).** Declara nulidad del Numeral 4 del Artículo 2.º de la Resolución 1275 de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social – Renuncia a intereses por parte de las EPS para el giro del 30 % de los recobros.

De esta manera, la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado declaró la nulidad de la disposición acusada, por cuanto dentro de las medidas de pago de los recobros al FOSYGA el incumplimiento del plazo previsto conlleva la causación de intereses moratorios; de ahí que no sea viable que el precepto normativo demandado prevea que la entidad reguladora pueda exigir la renuncia a cualquier tipo de interés y otros gastos para poder acceder al pago de la obligación principal.

Lo anterior se considera teniendo en cuenta que la medida en que el Numeral 4 del Artículo 2.º de la Resolución N.º 1275 de 2011 impone a las EPS la obligación de renunciar a los intereses “y otros gastos” en todas sus denominaciones, como condición para poder acogerse a la medida dispuesta allí para el pago de sus acreencias, transgrede los Artículos 13 y 90 de la Constitución Política y 4.º del Decreto Ley 1281 de 2002.

### 4. CORTE CONSTITUCIONAL

**\*\*\* Sentencia T-160 (11 de mayo).** Fallas en el funcionamiento del aplicativo MIPRES no pueden convertirse en una barrera administrativa para la prestación del servicio de salud.

Conforme al presente pronunciamiento, las fallas relacionadas con el funcionamiento del aplicativo MIPRES, herramienta tecnológica que permite a los médicos reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, no puede representar una barrera administrativa para la prestación del servicio de salud a los usuarios.

El pronunciamiento fue hecho al estudiar una tutela que presentó la madre de un joven menor de edad con discapacidad cognitiva y motora, e incontinencia urinaria. Según la accionante, la EPS negó el suministro mensual de 180 pañales y cuatro paquetes de cincuenta pañitos húmedos que su hijo requiere, en atención a los problemas de motricidad que le impiden desplazarse para realizar sus necesidades fisiológicas.

La EPS accionada respondió que los pañales no podían ser entregados porque el médico tratante no realizó ninguna solicitud a través de la plataforma MIPRES. Por su parte, el médico señaló que, al momento de la formulación médica, no tenía cuenta activa para ingresar al mencionado aplicativo tecnológico.

La Sala Sexta de Revisión, con ponencia de la magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado, explicó que la EPS y el profesional de la salud tenían la obligación de superar las inconsistencias presentadas con la herramienta tecnológica. Particularmente, a la EPS le corresponde conformar la red de prestadores de servicios de salud, habilitarlos en la plataforma MIPRES y garantizar que sus médicos tengan cuenta activa en dicho aplicativo. **II**

# CASO DE ÉXITO GRD EN HOSPITALES

Experiencia en implementación de GRD para analítica avanzada y mejora en resultados clínicos.



AVEDIAN + Processum

## GRD: Beneficios en Analítica & Gestión

### Gasto & procesos

Estandarización de consumos y procedimientos por GRD.  
Disminución del 25% en estancia media global.  
Mejora de un 30% en la oferta de camas disponibles.

### Salud

Reducción de un 20% los costos de la no calidad (eventos nosocomiales y reingresos evitables).  
Reducción de la tasa de mortalidad conforme a indicadores internacionales.

### Comercial

Aumento de un 40% en sus ingresos provenientes de la mejora en las tarifas negociadas con las EPS.  
Negociación y ejecución de nuevos contratos ajustados por el riesgo.

### Tamaño del Hospital

**17.928**  
Atenciones hospitalarias

**62,11%**  
Pacientes comorbilidad crónica

**335**  
Camas para hospitalización

**7,76%**  
Complicaciones nosocomiales

**53,5**  
Índice de rotación

**3,14%**  
Reingresos

### Acciones realizadas

(2-4 meses)



Consolidación de datos clínicos y económicos



Estandarización con algoritmos GRD



Diagnóstico áreas de mejora y priorización



Simulación de escenarios



Comunicación interna y externa



Implementación

### Resultados Inmediatos (6 meses)

- Identificación y caracterización de GRDs de interés.
- Determinación de oportunidades de mejoras en base a comparativas con estándares de eficiencia y calidad internacionales.
- Diseño y elaboración de GPC para ejecución de plan de trabajo.
- Involucramiento de las distintas áreas ligadas al proceso de atención.

### Resultados Corto plazo (8 meses)

- Seguimiento de adherencia a la GPC.
- Gestión de altas tempranas.
- Revisión rutas de atención integral.
- Revisión de relación camas - recurso humano.
- Optimización de prácticas e intervenciones que permitan acortar el tiempo de estancia en cuidado básico.

### Resultados Mediano plazo (12 meses)

- Reducción en la estancia media en 1,05 días sobre 28 GRD (35,15% de las atenciones). **Día cama liberados 3167.**
- Variación giro cama 2
- Reducción de las complicaciones en un 3,16% sobre 32 GRD (27,5% de la casuística). **Día cama liberados 778.**
- Reducción del 5% promedio de los reingresos urgentes sobre 16 GRD (12,40% de la casuística). **Día cama liberados 636,40.**

## Principales Hitos Alcanzados



**4.581 días**  
camas liberadas

Equivalente a construir **14 nuevas camas** de internación en un año.



**2 pacientes**  
más por cama

Variación del índice de rotación en un año.



**40% de aumento de**  
ingresos por facturación

Al admitir los casos más rentables para el hospital.

**Más que información, mejores resultados**

[www.avediangrd.com](http://www.avediangrd.com) | [www.processum.org](http://www.processum.org) | [contacto@avediangrd.com](mailto:contacto@avediangrd.com)

# La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:

