



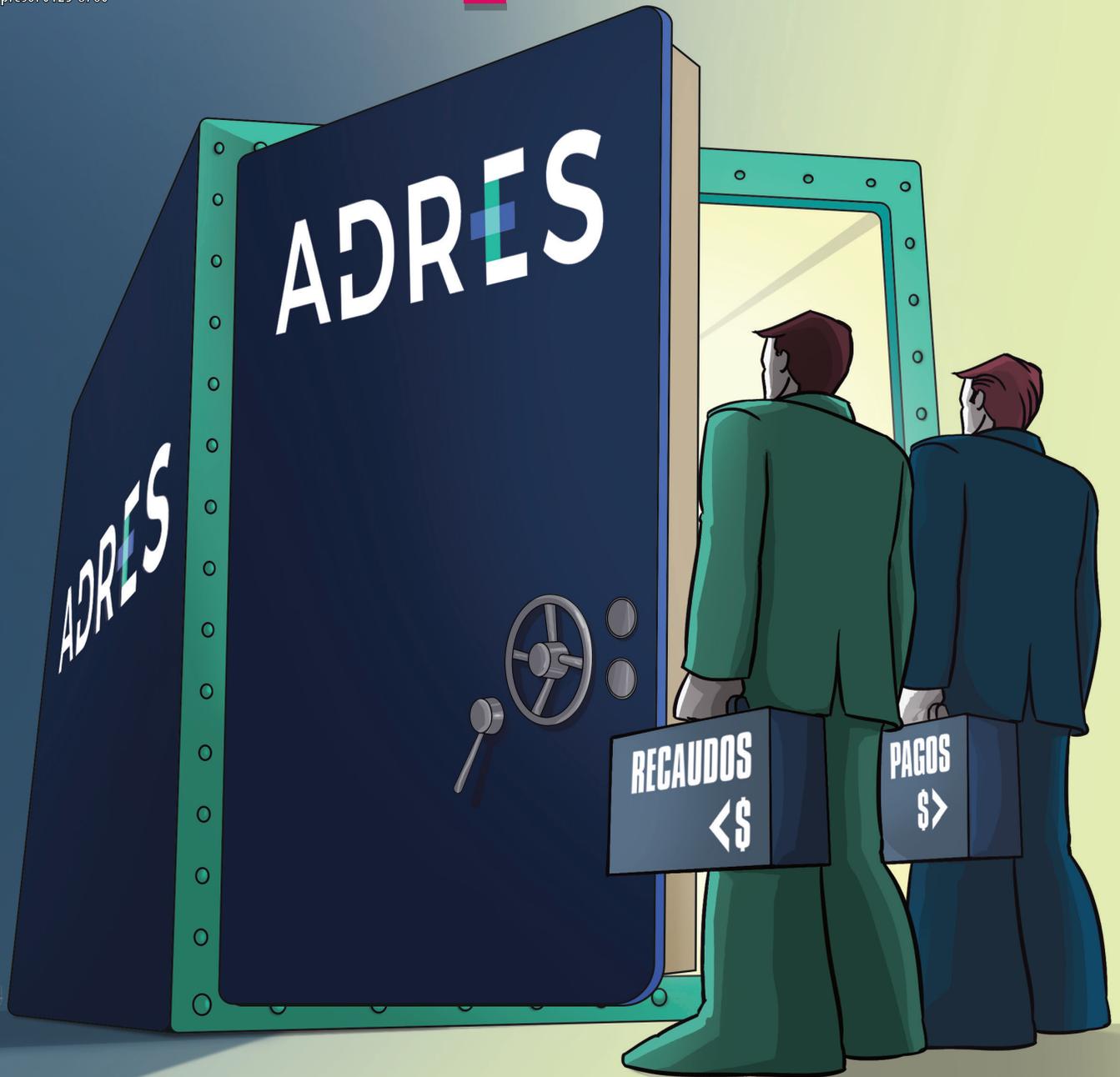
Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

ISSN digital: 2745-0740

ISSN impreso: 0123-8760

# Hospitalaria®

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



**La ADRES: bastión de la  
administración de los recursos del  
sistema de salud colombiano**

# Pinturas más resistentes y durables para espacios *limpios y saludables*

Limpeza y desinfección moderada

Limpeza rutinaria  
y alta exigencia en desinfección

Antiviral y Antibacterial

- Acrílica
- Acabado liso
- Blanco y colores



- Acrílica-Uretano.
- Acabado ultra liso y sellado.
- Blanco y transparente.
- Elimina el 99.9% de bacterias multirresistentes intrahospitalarias.

LÍNEA ASEPSIA

- Bajo olor, rápido secado y espacios listos en 24 horas.
- Acabado satinado más resistente y durable.
- No se amarillea.
- Uno solo componente, fácil de aplicar con rodillo.
- Resiste lavados con sanitizantes y desinfectantes.
- Ideal para protección de áreas críticas, semicríticas, no críticas y de servicios generales.

ESCANEA EL QR PARA  
MÁS INFORMACIÓN



[www.pintuco.com.co](http://www.pintuco.com.co)

@Pintuco\_oficial PintucoColombia @Pintuco\_oficial Pintuco Pintuco



El Color de la Calidad®

**EDITOR**

Roberto Esguerra Gutiérrez

**COORDINADORA EDITORIAL**

Ayde Crisanchó Crisanchó

**COMITÉ EDITORIAL**

Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Henry Gallardo, Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, Ayde Crisanchó

**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 ERA SMO 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 los 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

Planes, agendas y reforma, fundamentos para el equilibrio

## 4 De portada

La ADRES: bastión de la administración de los recursos del sistema de salud colombiano

## 30 Agenda gremial

• ACHC presentó a la Comisión Séptima de Senado propuestas centrales que debe incluir la reforma al sistema de salud

• Exitoso congreso académico de la ACHC

• Soluciones exitosas de los aliados del sector hospitalario

• VII Feria Internacional de la salud, Meditech: el reencuentro del sector salud en 2022

• Clínicas y hospitales ganadores del Galardón Hospital Seguro ACHC, 2022

## 37 Notas del actualidad

• Clínica Palmira: 70 años al servicio de la salud y la vida

• Clínica del Occidente cumple 40 años trabajando por la salud de los colombianos

• Alianza Philips y Fundación Santa Fe de Bogotá: abren Centro de Referencia en las soluciones guiadas por imagen

## 43 Internacional

Hospitales españoles se unen para implementar la medicina de precisión en cáncer infantil

## 46 Nos preguntan

La jornada laboral en el sector de prestación de servicios de salud

## 52 De los pacientes

Expectativas de una reforma del sistema de salud

## 55 Cifras del sector

Encuesta IPS escasez de medicamentos e insumos hospitalarios a septiembre 2022

## 59 Cifras del país

Instrumentos de pago en Colombia 2022

## 62 Glosario

# Planes, agendas y reforma, fundamentos para el equilibrio

**H**a iniciado un nuevo Gobierno y, con la llegada de los funcionarios a los diferentes cargos, el sector de la salud viene aumentando su expectativa sobre los desarrollos que debe darse en el futuro inmediato para conseguir acercar las promesas de campaña a la realidad del cambio institucional, sectorial y del sistema. Hasta el momento, se conocen importantes anuncios de líneas generales de la gestión que inicia, expresados de viva voz por la ministra de Salud y Protección Social, Carolina Corcho, en el reciente *Congreso Internacional de la ACHC*, a saber: modelo de atención primaria en salud; sistema único de información en salud; reforma estructural al sistema; intervención a los determinantes sociales de la salud, y dignificación del talento humano en salud. Sin embargo, muchas son las voces que se concentran en uno solo de los puntos y hoy claman por conocer detalles de la propuesta de reforma estructural, a pesar de que el Gobierno —con claridad— ha dicho que será objeto de deliberación y de proceso formal ante el legislativo en el 2023.

Desde la ACHC hemos sido impulsores de una reforma desde hace varios lustros, y en estas mismas páginas hemos desarrollado con profundidad y técnica los escenarios que creemos deben ser las nuevas opciones para evolucionar de manera seria el actual sistema de salud. Pero en esta coyuntura, nuestra invitación es a entender que muchos son los procesos en los cuales se deben aprovechar las oportunidades para ir consolidando unas mejores condiciones de financiación y operación del actual sistema, inclusive antes de la llegada a los debates de proyecto de ley ordinaria de reforma estructural.

De entrada, hay que recordar que la administración tiene potestades ejecutivas mediante las cuales puede ir implementando medidas de manera inmediata. Una primera prueba de ello es la buena nueva sobre la concreción de la medida de liberación de reservas técnicas de las EPS. Esta alternativa diseñada desde el Gobierno anterior, que fue solicitada y gestionada desde el gremio, ahora ha visto su ejecución —Minsalud y Supersalud— en un primer tramo que ha devuelto a la liquidez del sistema cerca de \$850.000 millones para más de 2.500 instituciones prestadoras de servicios de salud. Desde la ACHC, creemos que a ese buen inicio el Gobierno debe

sumar de manera inmediata la reglamentación pendiente de la medida de giro directo en régimen contributivo, de forma tal que pueda aspirar a ser el mecanismo universal de movimiento de los recursos; de igual manera, las exitosas colocaciones de recursos para crédito que se han avanzado con la financiera oficial FINDETER podrían tener nuevas operaciones en los meses venideros, con el fin de dar recursos frescos en condiciones benéficas al sector prestador.

A las medidas anteriores —que no requieren paso por ninguna instancia diferente al Gobierno—, la administración también puede sumar un poderoso mensaje: apuntalar la senda de obligatoriedad de traslado del próximo incremento de la UPC hasta los contratos y las tarifas que se aplican a la red prestadora de servicios. Y es que no creemos que, ante las difíciles condiciones macroeconómicas (tasas de interés elevadas, devaluación cercana al 20%, inflación general por encima de los 12 puntos, un eventual incremento del salario mínimo cercano al 15%, entre otras), más los coletazos de la pandemia (con sus secuelas de escasez y elevaciones de precios), se vaya a permitir nuevamente una pugna entre agentes, tratando de redistribuir la limitada potencia económica derivada del incremento del presupuesto y su correspondencia en el incremento de la UPC.

La renovación de una medida de estabilidad económica, con traslado simétrico del incremento de la UPC a las tarifas y que empiece a regir el primero de enero de 2023, debería ser la siguiente señal de autoridad por parte del Gobierno, que esperamos como medida de protección para un sector que es intensivo en conocimiento, tecnología y talento humano. Ese pacto social promovido por el Gobierno traería mejores relaciones al inicio de un año que va a requerir mucha concordia entre los agentes, si se quiere afrontar una reforma con serenidad y suficiencia.

Desde este gremio, siempre hemos abogado e invocado equilibrio entre los agentes, movidos en gran medida por las dificultades que en el día a día enfrenta el sector prestador, por el amaño de interpretaciones o desconocimiento de las normas, de la concentración de poder y funciones de algunos agentes, que impiden las sanas y equilibradas relaciones dentro del Sistema de Salud.

Pero aparte de lo reglamentario, tampoco puede olvidarse que en estos momentos se discute el presupuesto para el año 2023. Esa definición que se construye con los aportes y explicaciones de las necesidades de cada sector ante el Minhacienda, y especialmente ante el Congreso de la República, ha sido atacado de manera equivocada —desde nuestro punto de vista— por diversos grupos. Qué diferente sería si se hubiera rodeado la cartera de salud por parte de todos los actores para demostrar unidad de intereses en pro del bien común. No es tarde, sin embargo, para insistir en que es una obviedad que se requiere un incremento suficiente del presupuesto para soportar la actualización del valor de las unidades de pago por capitación, pero también que ese no es el único concepto, hay otros muy importantes, como la actualización y el fortalecimiento del plan ampliado de inmunizaciones, se deben garantizar (basta mirar lo que está pasando en la región con la caída de las coberturas útiles de vacunación). También es necesario que el modelo de atención primaria en salud tenga asignaciones amplias para arrancar con fuerza los pilotos regionales y, derivado de eso, un plan de fomento de la prestación de servicios de salud debe contar con fuentes de financiación, inclusive para determinar si es factible un nuevo plan de pagos por disponibilidad de camas en servicios altamente sensibles como los de pediatría, obstetricia y salud mental.

Asimismo, el sector también debe ser consciente de que se tramita la primera gran apuesta del Gobierno nacional frente al legislativo y lo hace a través de la propuesta de reforma tributaria. Se cae de su peso que los puntos anteriores se sostendrán a futuro si hay nuevas fuentes o nuevos recursos derivados de las viejas fuentes. En muchas de nuestra posturas

gremiales —de siempre—, hemos abogado por el incremento de los impuestos para las sustancias nocivas; inclusive, hemos propuesto que, más que una tarifa, lo que se debería aportar desde esos renglones es una prima o una indemnización. También hemos propuesto que nuevas actitudes o condiciones que en algún momento puedan afectar la salud —mental— deberían aportar con mayor intensidad a la financiación con carácter específico del sistema de salud, juegos de suerte, azar, apuestas y relacionados. De la reforma tributaria del Gobierno de Juan Manuel Santos quedó como herencia la destinación específica de medio punto del IVA social al sistema de salud (en 2020, último año con información, esto significó más de 1,8 billones de pesos al sistema de aseguramiento). ¿Por qué no propiciar una ampliación del porcentaje y una ampliación detallada de los usos de ese tributo? Desde el sector hospitalario, nuevamente proponemos esas modificaciones y nos unimos a todos los que consideran que el debate sobre impuestos saludables debe basarse en la evidencia científica y en el análisis comparado de casos de éxito y de fracaso en otros países.

Por último, debe recordarse que la bitácora de actuación del actual Gobierno deberá quedar plasmada en un Plan Nacional de Desarrollo, que debe ser perfeccionado a más tardar el primer semestre del 2023. Ese espacio es el idóneo para incorporar nuevos elementos a la política pública de salud; los detalles de ese viraje hacia la atención primaria en salud; la consolidación del giro directo universal en ambos regímenes —tiene acá otro escenario rápido y factible—; la creación de las bases para desarrollar el subsidio a la oferta que soporte la operación de los hospitales públicos más vulnerables; la creación del mecanismo de insolvencia y de los fondos de garantía para dar seguridad a la operación del sistema y mitigar o corregir los daños que las liquidaciones causan en los prestadores de servicios de salud, y hasta ese anhelo de crear un nuevo fondo nacional hospitalario o una financiera nacional hospitalaria podrían darse desde ese escenario.

A manera de conclusión: todo el recuento se hace a propósito para demostrar que la reforma estructural al sistema de salud es necesaria y pertinente; además, el momento de inicio de un Gobierno es el oportuno para ello. Pero no puede paralizarse toda la ideación, la operación y hasta la administración esperando un texto que en su momento llegará. La agenda de pendientes es grande y las ideas para ejecutar son muchas. Desde el gremio seguiremos alentando la agenda de la reforma estructural y también la agenda de la gerencia del día a día. **H**

# La ADRES: bastión de la administración de los recursos del sistema de salud colombiano

**E**n escasos cinco años de existencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se ha “posicionado como una entidad técnica, con amplias competencias en la consolidación, análisis y uso de la información que sustenta la toma de decisiones de política pública en el sector y aporta a la adecuada prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano, apalancándose en herramientas tecnológicas y en su talento humano”, tal y como lo orienta su visión institucional a 2035.

En 2022, la ADRES se convirtió en la entidad que maneja el segundo presupuesto más grande del país (este año administra \$71 billones para pagar estrategias y procesos encomendados) y la base de datos viva más importante del país, como es la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que contiene la información de los afiliados plenamente identificados de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- (contributivo,

subsidiado, de Excepción y Especiales, y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud).

Asimismo, en el sector salud es unánime el reconocimiento a importantísimos logros de la gestión de ADRES, en cuanto a su contribución decisiva al mejoramiento del flujo de los recursos dentro del sistema, el diseño y la implementación de Mecanismos Excepcionales para la atención de la pandemia por COVID-19, su intervención y ejecución del trascendental Acuerdo de Punto Final desarrollado bajo un criterio englobado de saneamiento, y la gestión de recobros, reclamaciones, reintegros, reconocimiento de Prestaciones Económicas y contribución por SOAT, entre otros.

De acuerdo con lo señalado en la Ley 1753 de 2015, el objeto principal de la ADRES es garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del sistema destinados a su financiación. Se trata de una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, y patrimonio independiente, que fue

asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado (EICE).

También ha cumplido su misión de “administrar las fuentes y el uso de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, bajo los principios de eficiencia, transparencia y calidad, con el fin de asegurar el adecuado flujo de recursos para la sostenibilidad del Sistema”, a tal punto que hoy se identifica un consenso en el sector salud de que esta institucionalidad deberá conservarse y fortalecerse.

## Obligaciones misionales y recursos administrados

Antes de cualquier revisión a la gestión desarrollada por ADRES desde 2017, debe dimensionarse el alcance de sus diferentes frentes de

administración de los recursos del SGSSS. Por normatividad, la ADRES está encargada de las siguientes actividades:

- Hacer el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capacitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- Realizar los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos.
- Realizar de manera directa la compra de cartera reconocida de IPS con EPS.



## 31° Foro Internacional OES en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá y Planetree Internacional

Hotel Hilton

Cartagena de Indias  
19 al 21 de octubre de 2022

### Inscripciones

Tel: (57) 321 344 9383 / (57) 321 497 8166

Email: foro@oes.org.co





### **A la ADRES se le han propuesto múltiples funciones y roles adicionales que podría asumir la entidad, aprovechando sus capacidades técnicas y facultades especiales.**

- Administrar la BDUA que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud de los colombianos.
- Adoptar y proponer los mecanismos requeridos para proteger los recursos que administra la entidad, con el fin de evitar fraudes.

La ADRES administra las diferentes fuentes de financiación del sistema de salud colombiano, entre ellas: cotizaciones al sistema de salud; aportes por solidaridad de Regímenes de Excepción y Especiales y cotizaciones por ingresos adicionales; recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) del componente Salud; recursos del Subsidio Familiar de las Cajas de Compensación Familiar; aportes del Presupuesto General de la Nación; compensación de las regalías; prima del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) y Contribución por Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT); impuesto social a las armas, municiones y explosivos; recursos de las Entidades Territoriales para el aseguramiento; impuesto a Juegos de Suerte y Azar – Coljuegos; reintegros de recursos; recursos destinados para atender pandemia por COVID del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME); porcentaje del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), y otros aportes asignados por norma.

La ADRES asumió la administración de los recursos del SGSSS a partir del 1 de agosto de 2017, ante la supresión de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social

y del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), tal y como está previsto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y en concordancia con los artículos 21 y 22 del Decreto 1429 de 2016 y el Decreto 1432 de 2016.

Luego, en 2019, la Ley 1955 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 definió políticas innovadoras para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud y el saneamiento definitivo de las cuentas entre las entidades recobrantes y el gobierno nacional, tareas que debió asumir ADRES. Para enfrentar los nuevos retos y transformaciones en el sistema de salud, se revisó la plataforma estratégica y en 2019 se realizó un diagnóstico institucional que permitió recoger las expectativas y necesidades de los grupos de valor e identificar las oportunidades de mejora. Ahora se prevé que en 2023 la ADRES optimizará su modelo de operación soportado en tecnologías de la información y comunicaciones, impactando la eficiencia de la entidad y la sostenibilidad del sistema.

Cabe anotar que, desde antes de su implementación, alrededor de la ADRES se han propuesto múltiples funciones y roles adicionales que podría asumir la entidad, aprovechando sus capacidades técnicas y facultades especiales. Se le ha propuesto como un “banco de la salud”; como un fondo; como un administrador único de todos los tipos de subsidios en el país; como comprador centralizado de medicamentos y nuevas tecnologías en salud para optimizar economías de escala; como gran asegurador único del sistema de salud encargado de contratos con todas las redes de prestadores del país y de las auditorías respectivas; como centro de estudios y generador de conocimiento por antonomasia del sistema de salud; como asegurador supranacional del alto costo, entre otros.

## La consolidación de la ADRES

Al momento de revisar la gestión de la ADRES, necesariamente debe considerarse la gestión de los directores que ha tenido la entidad, que en sus cinco años de operación ha contado con cuatro expertos que han liderado la implementación de los procesos que actualmente la consolida como una parte fundamental para el sistema de salud colombiano. *Hospitalaria* conversó con cada uno de ellos para conocer los hechos que la han llevado a ser una entidad robusta.

### “La Adres es una consecuencia de la evolución del Fosyga”

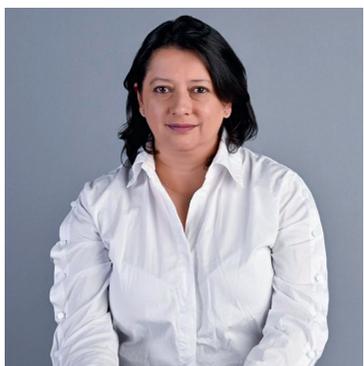


Foto: Cortesía Archivo Particular

**Carmen Eugenia Dávila,**  
Exviceministra de Protección Social y  
exdirectora de la ADRES

La exviceministra de Protección Social, Carmen Eugenia Dávila Guerrero, fue la encargada de coordinar el diseño, la estructuración, la implementación y la puesta en marcha de la ADRES, y fue su primera directora cuando inició operaciones el 1.º de agosto de 2017. Así recuerda la exministra los inicios de la entidad: “Hay un consenso en el sistema de salud que la creación de la ADRES fue un acierto. Esta entidad respondió a una necesidad y a una evolución necesaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se estructuró de manera

rigurosa con una ruta de trabajo para manejar los procesos misionales de forma unificada, integrada y controlada, con la mejor tecnología y métodos de trabajo y de manera austera. Pero fundamentalmente con un equipo humano y profesional que tenía la formación idónea y experiencia en las operaciones del sistema y conocía de las necesidades sectoriales. Los avances en el manejo y control de los recursos que se destinan al aseguramiento a partir de la creación de la ADRES son indiscutibles; además, existe información sobre cada operación de recaudo de recursos y de pago, se ha podido realizar el giro directo a IPS y a proveedores de servicios de salud, agilizando significativamente el flujo de recursos, lo que parecía una utopía hace unos años”.

Y reiteró: “La ADRES es una consecuencia de la evolución del Fosyga y del reconocimiento del Gobierno de que debía realizarse una transformación hacia un fondo único, centralizado y con personería jurídica, para avanzar hacia la eficiencia y la transparencia. Por ello, lo que se requiere no es desconcentrar, sino consolidar el objetivo de la ADRES”.

Así presentó la coyuntura que dio origen a la entidad: “En los años 2014-2015, nos encontrábamos en un momento crítico frente a la administración de los recursos de la seguridad social en salud, porque el contrato de la administración fiduciaria de recursos del sistema a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) —que se administraba por cinco subcuentas con recursos independientes e inflexibles, con un régimen presupuestal mixto— estaba por vencerse, y sabíamos que la operación con más de 100 procesos misionales a través de un encargo fiduciario y otros contratos dispersos era un esquema que estaba agotado por las limitaciones y la complejidad de su manejo. En ese momento, el Fosyga no solo era el encargo fiduciario; también lo conformaban una serie de contratos, varios procesos se encontraban tercerizados y existía una Dirección en el Ministerio que se encargaba de la ordenación del gasto y del seguimiento a estos contratos”.

## **La ADRES fue uno de los ejes centrales de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y, a partir de la aprobación de la Ley 1753 de 2015, iniciamos el trabajo de la reglamentación, definición de nuevos procesos, consecución de la tecnología y recursos logísticos y humanos necesarios.**

“En muchos casos estábamos duplicando esfuerzos. Por todo este contexto se materializó una idea que rondaba al sector por años, que era crear un Banco de la Salud o entidad que manejara de manera unificada y controlada los recursos del sector. Este nuevo esquema de manejo de unidad de caja no solo ahorraría costos, sino que también permitiría simplificar procesos, volverlos más ágiles, mejorar el flujo de recursos hacia los prestadores y proveedores de los servicios de salud, reaccionar tecnológicamente en tiempo real frente a ajustes normativos necesarios y administrar de mejor manera la información; también podríamos centralizar y controlar el recaudo de las distintas fuentes de financiación, establecer mejores esquemas de autocontrol y responder a los distintos reclamantes y beneficiarios, con la cara del Estado materializada en la ADRES. Se evitaría además distraer al Ministerio de Salud en procesos operativos, y permitirle centrarse en su rol de concebir las políticas públicas y regular el sector”.

Dávila Guerrero recuerda cómo se dio la concepción y materialización

de la entidad: “Varios funcionarios del equipo del Viceministerio de Protección Social estuvimos encargados de la estructuración, implementación y puesta en funcionamiento de la ADRES. Trabajamos en el tema desde 2015 hasta 2018 de manera intensa, todos los días. El entonces ministro de salud, Alejandro Gaviria, era un convencido de que la creación de esta entidad, con todo el rigor y transparencia, podría solucionar varios problemas del flujo de recursos y además generaría mayor transparencia y reduciría costos de transacción. La ADRES fue uno de los ejes centrales de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y, a partir de la aprobación de la Ley 1753 de 2015, iniciamos el trabajo de la reglamentación, definición de nuevos procesos, consecución de la tecnología y recursos logísticos y humanos necesarios; diseñamos planes de contingencia, elaboramos paralelos y pilotos de la nueva operación, entre otros aspectos importantes. Todo esto tuvo lugar en un escenario retador, porque la nueva entidad (ADRES) modificaba totalmente la operación compleja del Fosyga”.

Y complementó: “Lo planteado en la Ley para la ADRES implicaba la unificación de recursos de las entidades territoriales (sin que estas perdieran la titularidad de los mismos) y de las anteriores subcuentas del Fosyga que administraba el encargo fiduciario, lo cual implicó desarrollar nuevamente todos los procesos técnicos, presupuestales, contables y de tesorería. Asimismo, previamente a la

# Bienvenidos(as) al Angels Stroke Academy AHA

**El Angels Stroke Academy AHA es un completo programa de educación médica, resultado de un trabajo colaborativo entre la Iniciativa Angels y la AHA (American Heart Association).** Materiales educativos elaborados por la AHA enfocados en el manejo de pacientes con enfermedad cerebrovascular que han sido especialmente seleccionados y adaptados para los profesionales de Sudamérica, con la totalidad de los contenidos traducidos al español.

Los formatos de cada módulo incluyen grabaciones de webinars, videos, presentaciones de PowerPoint y demostraciones con pacientes, los temas de cada módulo son:

- Telemedicina en ACV: servicios y mejores prácticas.
- Imitadores del ACV.
- Tratamiento acorde a nuevas ventanas.
- Casos clínicos retadores.
- Tiempos de entrada y salida. ACV Hemorrágico.
- ACV y Covid.
- Sistemas de atención en ACV.
- Paciente crítico con ACV: prácticas adecuadas en triage.
- Perspectiva global en el manejo del ACV.
- Anatomía y fisiología.
- Evaluación neurológica.
- Complicaciones comunes del ACV.
- Prevención del déficit neurológico.
- Atención prehospitalaria en el ACV.
- ACV criptogénico: fibrilación auricular y monitoreo cardíaco.
- ACV de circulación posterior.
- Guía de manejo para hemorragia Intracerebral.
- Prevención factores de riesgo, educación para el paciente.
- Imágenes y estudio de laboratorio en ACV.
- Tratamiento del ACV.

**¡Los invitamos a sumarse al  
Angels Stroke Academy AHA!**

[www.angels-initiative.com](http://www.angels-initiative.com)



**angels**

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: (+501) 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:

puesta en marcha de la entidad y con la ruta enfocada a los objetivos, se realizaron esfuerzos para simplificar la compensación que realizaban las EPS ante el Fosyga, enrutándonos hacia el control de la ADRES de las cotizaciones, como ocurre hoy, y al reconocimiento de las Unidades de Pago por Capitación (UPC), tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado exclusivamente con las Bases de Datos de Afiliados y sus históricos”.

Adicionalmente, para un control total y transparente, se manejan en forma separada los recursos del SGSSS de los recursos destinados al funcionamiento de la ADRES. Por supuesto, esto implicaba la migración de información y la posible existencia de riesgos de operación, para los cuales teníamos diseñados distintos planes de contingencia. Se trabajó mucho en los controles enfocados a la protección de todos los recursos, a través del cruce de información con distintas bases de datos y la publicidad de los giros y operaciones que se realizan. El recurso humano con que empezó a operar la ADRES mayoritariamente correspondía a los funcionarios y colaboradores del Ministerio que tenían que ver con los procesos del Fosyga y varios colaboradores que por años habían trabajado en los distintos administradores del Fosyga.

Luego de esa primera etapa de implementación, la ADRES entra en operación el 1.º de agosto de 2017, con Dávila Guerrero como su primera directora encargada, quien sostiene: “En ese momento, nuestro reto fundamental era que no existiera ninguna novedad o ningún problema en el flujo de recursos; ese era el reto más grande: poder hacer la Compensación directamente, un proceso complejo, porque tenía que unirse la información del recaudo, de los bancos, de los operadores PILA, de las bases de datos de afiliados y de ciertas novedades. Hicimos un proceso simplificado donde no intervinieran en el manejo de los datos de la compensación del régimen contributivo las entidades de aseguramiento. Así continúa operando hoy. Por otro lado, estaba la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA), que era el proceso mediante el cual se reconocían los recursos de la UPC del régimen subsidiado de salud, que anteriormente se dispersaban

a través de los Fondos Locales y Departamentales de Salud de manera muy compleja y con significativas demoras llegaban a quienes prestaban los servicios de salud. La masificación del giro directo a hospitales, clínicas y proveedores, como ocurre hoy, fue posible gracias a una evolución de procesos que inicia con la Ley 1438 de 2011 y se consolida con la implementación y puesta en funcionamiento de la ADRES a partir del 1 de agosto de 2017”.

La exviceministra, además, recuerda: “La historia del Fosyga no siempre fue tranquila. Tuvimos momentos de mucha zozobra por problemas operativos que dilataban el flujo de los recursos; por ello, éramos conscientes de que la ADRES no podía fracasar o fallar y no podía ser una noticia negativa para las entidades de aseguramiento, IPS y demás beneficiarios de los recursos. La implementación de la entidad fue un éxito y, desde el primer momento, con el recaudo centralizado y el cumplimiento del reconocimiento y giro de los recursos según los cronogramas ya establecidos para el sistema, se ha operado con normalidad hasta hoy. Durante los meses y años siguientes a la puesta en operación, surgieron otros retos importantes, como la normalización de la auditoría de cuentas de accidentes de tránsito, el rediseño del reconocimiento de prestaciones que no se pagan con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y toda la operación derivada de la pandemia del COVID-19, entre otros hitos importantes.

### **La esencia de ADRES son los procesos centralizados y controlados**

La exviceministra de Protección Social enfatiza que es necesario mantener centralizados los procesos esenciales de ADRES: “Sea cual sea el sistema de salud, tiene que haber una organización que administre y controle los recursos,

la cual ya existe y está operando. Después de un cúmulo de esfuerzos incrementales en los que participaron muchos técnicos del sector, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) está muy consolidada. La base de datos única debe estar centralizada en un solo repositorio que reciba todas las novedades de la población colombiana, en tiempo real; la gente se cambia de municipio, fallece, se cambia de régimen, y la administración de los datos es posible si en alguna parte se junta la información y se garantiza que no existan duplicidades, que las novedades estén registradas y que se haga, ojalá, en línea y en tiempo real, de tal forma que los recursos se reconozcan de manera correcta”.

Complementa la exviceministra diciendo que el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), que pretende el registro de todas las novedades de afiliación virtualmente para que se actualice la base de datos en tiempo real y en línea, debe continuar y fortalecerse dentro de la ADRES que tiene las capacidades, particularmente porque mediante este sistema se ha garantizado de mejor manera la libre elección de aseguradora y se ha evitado la selección de riesgos de las aseguradoras. Este fue otro de los grandes avances que se dio en 2017 y al que no se le han reconocido sus bondades plenamente.

Por último, la también exdirectora del ADRES se refirió a los aspectos a mejorar en la entidad:

“Hay que mejorar y completar los desarrollos de sistemas de información, ojalá ‘In House’, porque tuvimos la experiencia con el Fosyga y con la misma ADRES, que esta es una mejor posibilidad para responder con prontitud a cada desafío. Es por esta razón que los temas asociados a los sistemas de información se concibieron dentro de un área misional y no de apoyo, porque los estos sistemas son el corazón de la operación y control de la entidad”.

Por otro lado, señaló que debe preservarse siempre un criterio de austeridad, pulcritud y transparencia y protegerla de fenómenos de corrupción o fuga de recursos con la revisión permanente y la existencia de auditorías y del control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación.

## “La ADRES es una entidad que tiene que activar la neurona del sistema”

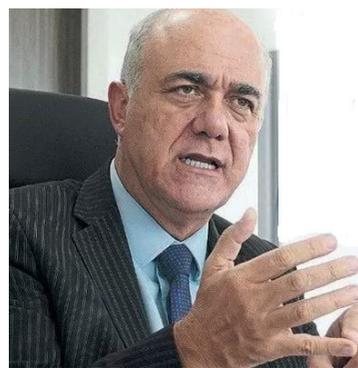


Foto: Cortesía Archivo Personal

**Carlos Mario Ramírez,**  
exviceministro de Salud y exdirector de la ADRES

El segundo experto que lideró la consolidación de la ADRES fue Carlos Mario Ramírez, primer director titular de ADRES (de febrero a diciembre de 2018), quien de entrada afirma haber encontrado la entidad funcionando satisfactoriamente: “Hay que valorar mucho que en el cambio de las fiducias del Fosyga a la ADRES no hubo ningún problema con el flujo de los recursos, que era lo que había que garantizar. ¿Cuál fue el gran cambio? A diferencia de las fiducias que manejaron todos los recursos del sistema, la ADRES sustituye el ánimo de atesorar y rentar los recursos, un propósito de las fiducias como entidades financieras, y cambia de manera lógica y conveniente a desatesorar para que los recursos fluyan más rápido y así evitar a agentes del sector, en especial a los prestadores, acudir a los bancos a solicitar créditos”.

Ramírez explicó un caso práctico: “Cuando en las cuentas corrientes bancarias tienes billones o miles de millones de pesos, eso renta sumas muy significativas: en un puente festivo puede haber rentabilidades de 300 o 400 millones



de pesos cuando las fiducias, en vez de girar la plata jueves o viernes, la giraban el martes después del puente. El gran cambio que hicimos como equipo fue reconocer que esto era inconveniente y decidimos fluir los recursos el jueves o viernes antes del puente, así perdiéramos rendimientos financieros, porque la plata de la salud es para que fluya en los agentes del sector que garantizan el servicio. No se puede decir que ADRES es el banco de la salud, porque debe tener un criterio de pensar en el servicio; en nuestra gestión el portafolio y los rendimientos financieros se vinieron a menos por ese gran cambio de no quedarse con la plata de la salud, para no afectar el servicio”.

El exdirector también asumió el reto de consolidar el giro directo a prestadores: “Aunque ya venía desde la Ley 1438/11, trabajamos sobre la premisa de que todo peaje que se le ponga al dinero, que debe ir directamente a los prestadores, es inconveniente, y mejorar ese flujo facilita la garantía del servicio. Como el flujo directo a prestadores estaba reglado por ley en el subsidiado solamente, pero luego se dio para EPS que tuvieran alguna medida de Supersalud, eso llevó a que un número de EPS del contributivo entraran por norma al giro directo del 80%, y evidenciamos que algunas EPS giraban directo a su red propia superando el límite de 30% de integración vertical, lo cual se controló”.

Ramírez destaca también un logro importante en términos de darle transparencia a la gestión de ADRES: “Creamos la Lupa al giro con un criterio de transparencia: que la información debe estar accesible a cualquier ciudadano. La Lupa al giro empezó a funcionar en abril o mayo de 2018; era un link para que un hospital o un profesional de la salud pudiera acceder y mirar cada mes cuánto se giraba, cuánto causaba cada EPS, cuánto era el giro directo, las IPS beneficiarias de giro directo; por la gran capacidad lograda antes de yo llegar, eso nos permitió dar el reporte cada mes de 30.000 a 60.000 IPS. La Lupa al giro aún se mantiene en una versión mejorada y permite, por ejemplo, a un profesional de la salud entrar y mirar si ya le pagaron a la IPS. Es muy importante porque la información es transparente y totalmente pública; para mí ese era el mayor reto de la ADRES y se logró rápido y se mantiene.

Para nadie es un secreto que en el sistema se favorece a unos en perjuicio de otros, sobre todo con el flujo de recursos”.

Además, en su administración se creó un grupo de estudio: “La ADRES es una entidad que tiene que activar la neurona del sistema, porque tiene gran cantidad de información del sector. Ahí están no solamente los temas de UPC, Compensación, Aseguramiento y sus cambios y su dinámica, sino además todo el gasto de lo No-POS. Si ahí estaba la Data, allí tenían que hacerse los análisis de la eficiente inversión de esos recursos crecientes y cada vez más significativos; para efectos prácticos se creó una subdirección que era un grupo de estudio con profesionales jóvenes, muy bien preparados; eran neuronas al servicio del deber ser de ADRES. El grupo evaluó varios temas, como que un buen número de medicamentos No-POS tenía un margen de rentabilidad excesivo y un número de intermediarios excesivos en la cadena de prestación que no se justificaba, porque al final generaba mayor gasto de salud. Estos estudios fueron muy bien valorados por todos los agentes, porque mostraron dónde cerrar brechas de eficiencia y sirvieron de soporte para decisiones posteriores muy interesantes como los Presupuestos Máximos y las inclusiones de gran cantidad de componentes en el PBS (Plan de Beneficios en Salud), independiente del análisis hecho para la UPC. Es lamentable que el grupo y sus estudios se vinieran a menos a inicios de 2019, por talanqueras”.

### **Posibilidades de gestión que podría asumir ADRES**

Sobre las posibilidades de gestión que podría asumir la ADRES, Ramírez sostiene: “La proyección y las posibilidades que tiene la ADRES son inmensas, muy diversas, no solamente en el sistema de salud, sino en relación con riesgos

laborales, con el SOAT, con el beneficio de los subsidios, porque, si en los cruces que hace la ADRES —este es un filón importantísimo— se encuentra a alguien que no merece el subsidio de salud, mucho menos merece el subsidio de Familias o Jóvenes en Acción y otro tipo de subsidios. Es una entidad que tiene un gran futuro y un gran protagonismo, que todo el mundo valora y que puede entrar en otros roles en donde puede aportar mucho a la salud y al bienestar en el país”.

Así se refirió al apoyo del manejo del alto costo en el sistema de salud: “La ADRES puede trabajar proyectos grandes para el Ministerio y para el sistema de salud, como, por ejemplo: rescatar perspectivas de hace 20 años, temas tan interesantes como una póliza única de alto costo para eventos complejos, no solo como el que conocemos en el sistema, sino para los nuevos medicamentos. La ventaja de una póliza única de alto costo para los 50 millones de colombianos siempre ha sido de interés del ramo reasegurador, así esto fuera un seguro; la ADRES es la entidad indicada para hacerlo”.

Otra contribución importante podría ser la identificación de población que no necesita subsidios en salud que otorga el Estado, indicó Ramírez: “En mayo de 2018 hicimos un cruce con la UGPP (Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales) y encontramos cerca de 200.000 personas que tenían ingresos superiores a un salario mínimo en promedio/mes y unas 7.000 personas con ingresos promedio/mes superiores a 20 salarios mínimos; hay que cerrar esa brecha y luego de la pandemia es más necesario cerrarla. Con esta gestión, la ADRES podría generar ingresos al sistema”.

Ramírez también advirtió que debe intervenir y replantearse el SOAT a cargo de ADRES: “Hoy el SOAT perdió su norte o su propósito, y

el tema hay que abordarlo sobre esa premisa. Como la ADRES responde por una gran porción de accidentes de evasores y la mayoría son de motos, ahí hay un gasto por analizar desde la lógica de lo financiero, pero también desde la gran Data que tiene la entidad como un ‘asegurador del evasor’. La accidentalidad vial generó una serie de negocios de todo tipo, que los sufre la ADRES”.

Por último, el exdirector de ADRES afirma que la entidad se debe conservar, fortalecer y consolidar. “No la veo como el gran asegurador, porque al final detrás de la ADRES el asegurador es el Estado, quien responde con los recursos fiscales: eso se llama Ministerio de Hacienda que le diría a la ADRES “tiene que buscar maneras de contener el gasto”, y entonces el rol que quieren atribuir a la ADRES como el gran asegurador único lo veo como




### Soluciones tecnológicas para sus procesos Clínicos y hospitalarios





**Safe Label System**  
Crea etiquetas con códigos de barras para identificar medicamentos en carros de anestias.



**MoonBeam 3**  
Sistema de Desinfección UV para Ambientes y Superficies





**Soluciones efectivas para desinfección y remoción de partículas en el aire.**

- Sistema de purificación de agua para laboratorio. • Tratamiento y desinfección de agua.
  - Cabinas de flujo laminar. • Equipos generales de laboratorio.
- Detección de endotoxinas bacterianas LAL. • Cultivo celular. • Concentradores de proteínas.
  - Mobiliario, armarios y sistemas de extracción. • Biomonitoreo. • Contador de colonias.
- Equipos para control de medicamentos. • Desinfección UV para ambientes y superficies.
  - Desinfección y remoción de partículas en el aire.

**www.paf.com.co**  
Síguenos en:  
PAF - Purificación y Análisis de Fluidos



Para mayor información: Escribenos a • [mercadeo@paf.com.co](mailto:mercadeo@paf.com.co)  
• [coizaciones@paf.com.co](mailto:coizaciones@paf.com.co) • [servicioalcliente@paf.com.co](mailto:servicioalcliente@paf.com.co)  
o comunícale al celular y WhatsApp ☎ 310 239 3763

un gran riesgo. Eso requiere unos elementos de Estado que en Colombia no tenemos, porque la ubicaríamos en un rol de contener el gasto cuando lo que debe hacer, además del flujo directo y ágil de los recursos, es mostrar por dónde hacer ahorros en el gasto, por dónde y cómo cerrar las brechas del gasto en la alta complejidad, sea parte o no del PBS (Plan de Beneficios en Salud)”.

## “En 2020, ADRES implementó la auditoría y los Mecanismos COVID, y giró alrededor del 70% del Acuerdo de Punto Final”



Foto: Cortesía Archivo Personal

**Diana Cárdenas Gamboa**, exviceministra de Protección Social y exdirectora de la ADRES

La economista Diana Cárdenas Gamboa, quien estuvo al frente de la ADRES entre el 6 de abril de 2020 hasta el 4 de enero de 2021, tuvo la responsabilidad de resolver el problema estructural de implementar e iniciar la auditoría en la ADRES; diseñar, implementar y pagar los Mecanismos COVID para atención de la pandemia; e impulsar y materializar cerca del 80% de los pagos del Acuerdo de Punto Final en 2020.

La exdirectiva venía de desempeñarse como viceministra de Protección Social en el Ministerio de Salud, donde lideró el cambio en el mecanismo de financiamiento de los servicios No-UPC de Presupuestos Máximos, la creación de Valores Máximos de Recobros y continuó la política de control de precios de medicamentos.

Cárdenas Gamboa señala cómo recibió la ADRES: “Cuando asumí la ADRES, la institución debía resolver el

rezago de auditoría de cuentas de No-PBS y SOAT que se acumularon desde 2019-2020, como consecuencia del incumplimiento del contratista responsable de la auditoría. En ese momento, la ADRES debía identificar e implementar alternativas operativas para revisar y verificar el volumen de facturas acumuladas, situación que urgía resolver por el hecho adicional de que el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 había definido una ruta legal y financiera para implementar el proceso de saneamiento denominado Acuerdo de Punto Final. A mi llegada a la ADRES, me correspondió liderar y poner en marcha el diseño del esquema de auditoría, porque no tener la auditoría constituía un cuello de botella para el flujo de recursos en el sistema”.

Y agregó: “Simultáneamente desde los primeros días de marzo de 2020, se había iniciado la operación de la liquidación y monitoreo de Presupuestos Máximos como nuevo mecanismo de financiamiento de las tecnologías No-UPC en salud, lo cual a su vez se constituía en un cambio estructural del financiamiento del sistema de salud”.

También destaca que tuvo que enfrentar los retos de fortalecer el apoyo financiero al sector salud ante la irrupción de la pandemia por COVID-19: “Durante mi período como directora de la ADRES, inició la pandemia del COVID-19 y, con ello, emergieron nuevos desafíos, porque se hizo necesario definir los procesos para ejecutar los recursos excepcionales de financiamiento. Así fue como en la entidad organizamos los procesos e iniciamos la ejecución de los fondos destinados a: pago de la bonificación de Talento Humano, pago de las pruebas COVID, pago por disponibilidad de camas de Cuidado Intermedio e Intensivo, compensación monetaria a la población afiliada del régimen subsidiado con diagnóstico positivo de COVID y en la operación de Activos

por Emergencia se mantuvo asegurada toda la población, aunque no fuera pobre y que hubiera suspendido sus contribuciones”.

Durante su administración, Cárdenas Gamboa adelantó importantes gestiones en la ADRES: “El primer logro fue resolver el problema de la auditoría en la entidad: diseñamos e implementamos un esquema de auditoría en el que segmentamos los tipos de cuentas y contratamos firmas de auditoría; también iniciamos la automatización de las auditorías (auditorías automáticas) y adicionalmente contratamos equipos internos en un esquema de equipos cruzados que se encargaban de la evaluación de calidad de los resultados de las auditorías de las firmas y de los procesos automáticos. Ya en el segundo semestre de 2020 habíamos logrado auditar el 100% de las cuentas SOAT acumuladas y se logró girar alrededor del 70% de los recursos ejecutados del Acuerdo de Punto Final”.

De su gestión al frente de la ADRES, la exdirectora también destacó: “El segundo logro fue diseñar y poner en marcha los Mecanismos Excepcionales del COVID: se ejecutó el 100% del pago por disponibilidad de camas de Cuidado Intensivo e Intermedio, se pagó el 95% de los recursos de la bonificación del Talento Humano en Salud, se dejaron en operación los procesos de los mecanismos de pago para pruebas COVID y la Compensación económica del régimen subsidiado, y se implementó el pago de los residentes de especializaciones médicas”.

Respecto de su administración, Cárdenas Gamboa concluye: “En balance, durante mi paso por ADRES se fortaleció el uso de la información como insumo básico para la ejecución de los recursos administrados por la entidad y se consolidó un equipo profesional que logró grandes avances a pesar de las cuarentenas durante la

## **La ADRES es una institución joven y con un equipo cualificado que ha logrado optimizar sus funciones usando tecnologías y haciendo innovaciones a partir del uso inteligente de la información**

pandemia y el contexto tan difícil. Fue un período de mucha innovación y fortalecimiento en los procesos internos”.

### **Debe fortalecerse la ADRES**

La exdirectora reitera que la ADRES es una institución joven y con un equipo cualificado que ha logrado optimizar sus funciones usando tecnologías y haciendo innovaciones a partir del uso inteligente de la información, para realizar procesos de validaciones previas a la ejecución de recursos: “Cuando yo dejé la ADRES, estaba en proceso de consolidación su capacidad para analizar inteligentemente la información que recibe por ejemplo de MIPRES”.

Agregó que en adelante la ADRES debería fortalecer su capacidad para administrar recursos e incluso para generar mecanismos que fortalezcan los patrimonios de los actores del sistema, como lo hecho en compra de cartera: “La ADRES podría desarrollar este mecanismo y también ser un brazo operativo importante para el Ministerio que haga compras centralizadas de medicamentos muy costosos, donde se pueden agregar demandas; eso puede hacerlo la ADRES, pero tendría que desarrollar capacidades que hoy no tiene”.

Cárdenas Gamboa enfatiza que debe conservarse la ADRES dentro del sistema como el actor encargado del financiamiento: “El sistema ha cambiado mucho, pero la ADRES es el organismo indicado para cumplir esa función. Aunque el trámite de recoger la cotización lo hace la EPS, la EPS no dispone del recurso; la ADRES lo que aprendió a hacer muy bien es recoger y juntar todas las

diferentes fuentes que financian la salud —las cotizaciones, las fuentes del Sistema General de Participaciones (SGP), los impuestos territoriales del cigarrillo y el juego— y, con eso, va ejecutando los pagos. Además, la ADRES generó una capacidad en pandemia de ser una especie de banco de proveedores de bancos, o sea cruzar bancos, y ahí podría explorar ADRES si se habilita para hacer mecanismos de transferencias y manejo de pagos más directamente a través de un mecanismo que implemente la Data para que sean más baratos, pues al juntar el dinero para hacer giros la ADRES ha reducido bastante los costos administrativos de todo lo que se paga, que son recursos del país”.

Otro tema que se debe fortalecer es la capacidad de la ADRES para financiar y hacer procesos de consistencia y análisis de información, al juntar las fuentes de financiación del sistema, tal y como lo indicó la exdirectora: “Esto se logró en medio de la pandemia, pero son funciones que se tienen que mantener en el tiempo, consolidar, aprender y reaprender. Creo que la ADRES hacia delante va a ejercer un liderazgo en los procesos contra la evasión del sistema. O sea, hay muchas funciones que cumple la ADRES de manera similar a lo que hace el Tesoro de la Nación, pero para el sector salud. Ese servicio es bien importante y, en la medida en que se vayan modernizando y actualizando los procesos y mejorando más la capacidad, la idea es que todos los pagos que se sigan haciendo en ADRES y hacia delante todos los mecanismos que se implementen estén basados en un flujo de información que llega y se valida, que sea de fácil validación y consistencia; que los modelos de consistencia y de auditoría interna sean sencillos”.

Cárdenas Gamboa señaló que ADRES también está pendiente de adelantar un proceso de modernización y reestructuración: “La institución debe hacer una irrupción mucho más fuerte en términos de manejo y fortalecimiento de los datos y de inconsistencias, para fortalecer esa información y los insumos que respaldan los giros. Otro tema pendiente en la ADRES es mejorar su gobierno corporativo, con agentes que propongan recomendaciones de innovación sobre la forma de administrar

los recursos, el diseño de instrumentos de fortalecimiento patrimonial, porque el problema es que pese a tener una junta directiva, en su esquema la responsabilidad de los recursos literalmente recae sobre el director, no hay una corporación como tienen los gobiernos corporativos que sería ideal. Y tiene pendiente la modernización de los canales de consulta de la información por parte del público, porque se debe hacer seguimiento al flujo de recursos y darle mayor transparencia y participación al ciudadano en ese seguimiento”.

### “La ADRES es un eslabón fundamental en la cadena de valor del sistema de salud”



Jorge Gutiérrez Sampedro, director de la ADRES hasta el pasado 11 de octubre

“La ADRES es un eslabón fundamental en la cadena de valor en el sistema de salud, que tiene tres componentes esenciales: el financiamiento, la articulación de esos recursos y quién presta el servicio. La ADRES administra el financiamiento, esta es una entidad técnica muy importante que debe conservarse”. Esta es la apreciación de Jorge Gutiérrez Sampedro, director de la ADRES desde el 8 de febrero de 2021 hasta el pasado 11 de octubre, quien adelantó importantes procesos de fortalecimiento de la entidad, renovación tecnológica y afianzamiento de su capacidad adaptativa, para cumplir cabalmente con sus responsabilidades misionales

y afrontar situaciones de emergencia como la originada por la pandemia de COVID-19

Explica: “En el mundo lo que hacemos se conoce como las Tesorerías Generales de la Seguridad Social. Esto no lo estamos inventando; alguien tiene que cumplir siempre ese papel de administrar los recursos. Sin importar cuál sea el sistema de seguridad social, siempre hay alguien que tiene los recursos y los administra. Y aparte de recoger, administrar y pagar, también cumple un proceso muy importante: ser el custodio y administrador de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), la base de datos viva más importante en el país”.

Y precisamente por ser la entidad que maneja los recursos que financian la salud en el país, también asume el reto de generar transparencia y confianza en su gestión, señaló Gutiérrez Sampedro: “Esta entidad debe saber recaudar y debe saber pagar muy bien, pero también debe generar confianza y transparencia. Lo que hicimos fundamentalmente fue trabajar en la esencia de la entidad, hacer esas dos cosas que son el Core del negocio, recaudar y pagar, pero adicionalmente generar una buena reputación para ser reconocido por la importancia de lo que hace, por la experiencia ganada en el tiempo dentro del sector salud que ya constituye un activo de la institucionalidad del país”.

De ahí que la administración de los últimos dos años bajo la dirección de Gutiérrez Sampedro se apoyara en tres pilares: 1) recuperar la confianza, lo que pasaba por organizar los procesos técnicos y encaminar el funcionamiento de la auditoría para proceder al pago; 2) generar transparencia en la información de todos los procesos; 3) tener una ADRES de puertas abiertas, que pudiera mostrar al país la institucionalidad, la confianza, la transparencia y la tecnicidad de sus procesos.

Asimismo, Jorge Gutiérrez destaca: “La ADRES, más allá de una institución, es la evolución de un Pacto Social en Colombia, de cómo organizamos el dinero que destinamos para la salud en el país: hasta el año pasado teníamos \$71 billones, lo que se tiene para el próximo año serían \$73 billones, de unas fuentes que en últimas son como una financiación tripartita, en que hay parte de recursos de la Nación a través del Presupuesto General de la Nación, recursos de los contribuyentes con las cotizaciones y recursos de las entidades territoriales con los impuestos territoriales y el SGP (Sistema General de Participaciones), más o menos en tres terceras partes cada uno, en los que todos estamos contribuyendo, poniendo en partes importantes el dinero, y lo llevamos a una institución que se encarga de administrar esos recursos”.



www.xomaonline.com

**Xoma Dashboards**

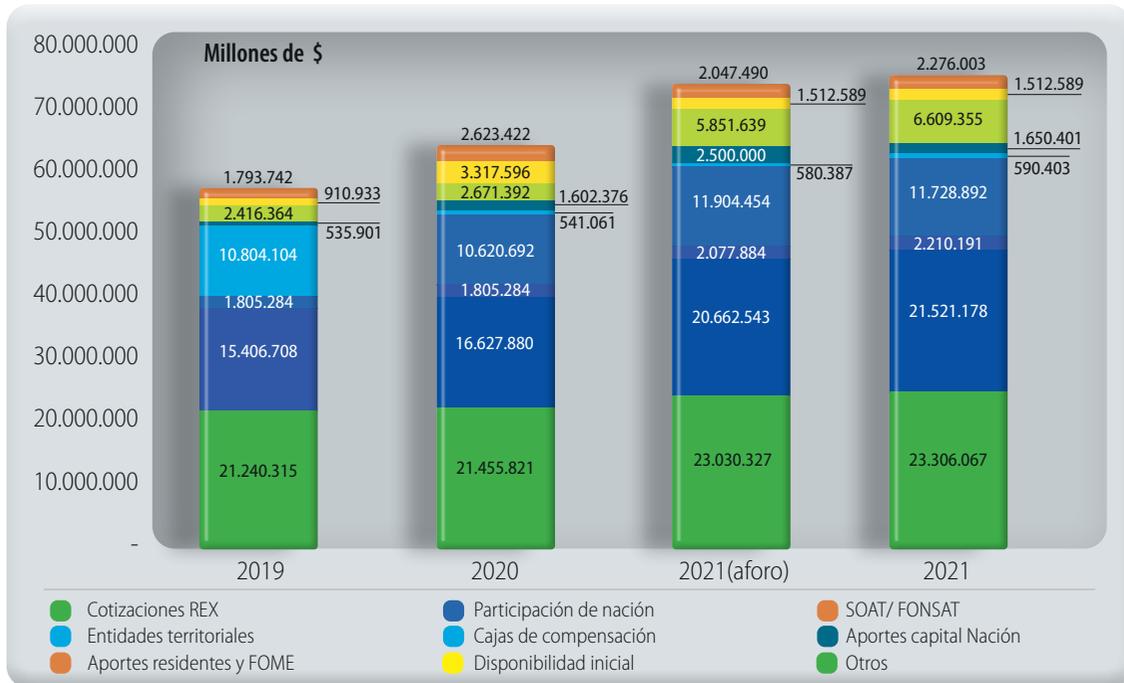
El negocio de salud en tiempo real.

Herramienta de consulta en **DECISIONES Estratégicas**

Llama ya:  
Daniel Hernández Báez  
+57 314 410 4360

ORACLE | Partner  
Iris Soluciones 

Figura 1. Resultados operación misional de ADRES 2019 - 2021



Fuente: ADRES.

En 2021, en la ADRES se empieza a trabajar la cadena de valor institucional, como explica el ex-director: “Cuando estamos recaudando y pagando, hay un eslabón muy importante que son las validaciones, la clave de lo que debería ser una organización como esta. Técnicamente tiene que ser muy fuerte y con sistemas de información muy robustos para hacer validaciones de cualquier cosa; es una cadena de valor con tres componentes, porque por ejemplo en recobros, en auditorías, tenemos dos trabajos grandes: recobros de lo que no está en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y reclamaciones de accidentes de tránsito no cubiertos por el SOAT, pero es el mismo proceso: es una auditoría de cuentas con unos parámetros establecidos de acuerdo con una u otra operación. Hacemos una validación, pagamos adecuadamente y hacemos reporte”.

Y cuando irrumpe la pandemia por COVID-19, a la ADRES se le encargan algunos procesos: “Nos asignaron el pago de Mecanismos COVID por cerca de \$9 billones. Por eso es muy importante siempre hacer muy bien la esencia de lo que tiene que hacer, nos asignaron ese pago porque reconocían: “Ellos saben validar muy bien y saben pagar bien”, y todos confiaron en lo que se pagó. La pandemia hizo que la ADRES tuviera un papel importante en el país”.

## ADRES, una caja única para financiar el aseguramiento

El ex-director de la ADRES discriminó los pagos previstos para este año: “Los pagos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2022 están tasados así: UPC para régimen contributivo, \$30,4 billones, y UPC para régimen subsidiado, \$29,4 billones; entonces, la compensación de régimen contributivo y la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) sumarían cerca de \$60 billones. Por reconocimiento de una especie de per cápita por acciones de promoción y prevención (PyP), son \$535.000 millones para este año prevista solamente en el régimen contributivo, pero en 2023 se extenderá a régimen subsidiado con \$100.000 millones más. En prestaciones económicas, o sea, licencias de maternidad y paternidad, y un porcentaje reconocido a las EPS para que paguen las incapacidades, son en incapacidades \$1,1 billón y en licencias de maternidad y paternidad \$837.000 millones. De otros procesos que por ley debe pagar la ADRES, como

Residencias Médicas y Mecanismos COVID, este año se pagará un rezago de \$2,1 billones. Y para reclamaciones de accidentes de tránsito se tiene presupuestado pagar \$455.000 millones (de esto casi el 98% son accidentes de tránsito no cubiertos, es decir, carros fantasma o carros que no tienen SOAT)”.

En 2022, la ADRES dispone de \$71 billones para cubrir los pagos de las estrategias y procesos que le han encomendado dentro del sistema de salud; de estos, se destinan alrededor de \$60 billones para aseguramiento, \$2,5 billones para prestaciones económicas y \$9,71 billones para temas de EPS en aseguramiento.

Para hacer el aseguramiento, la ADRES recibe en 2022 los siguientes recursos:

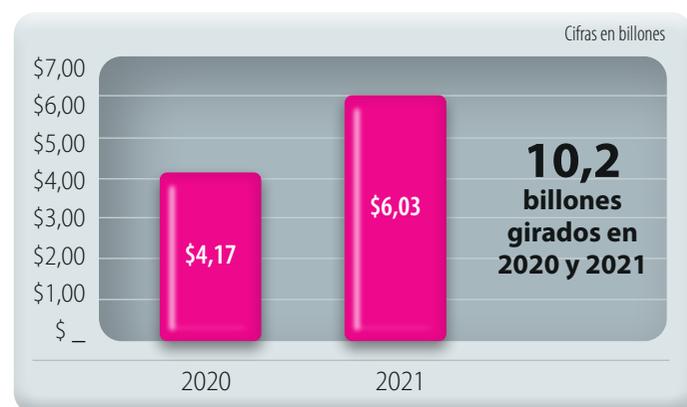
- Aportes del Sistema General de Participaciones (SGP): \$10,1 billones
- Aportes de la Nación: \$24,4 billones.
- Aportes de cotizaciones de independientes y de trabajadores formalizados: \$24 billones.

Agrega Gutiérrez Sampedro: “Eso suma más o menos el gasto para reconocer el aseguramiento. Y eso quiere decir que hoy es una financiación casi tripartita de la Nación, los territorios y las personas que cotizamos: los trabajadores. Ahí es muy importante entender otro concepto fundamental en la evolución de la ADRES: hoy funcionamos como un fondo único, porque metemos toda la plata en una bolsa y pagamos el aseguramiento; aquí se metió todo en una caja única que permitió un asunto muy importante en pandemia, como fue seguir financiando el aseguramiento, pues, aunque hubieran caído las rentas territoriales y las cotizaciones del mercado laboral, la Nación siguió financiando la seguridad social en salud, garantizando a todos los ciudadanos colombianos el aseguramiento”.

## Se concretó el Acuerdo de Punto Final

Para concretar los pagos del Acuerdo de Punto Final, en la ADRES se adelantaron varios procesos, tal y como lo explica Gutiérrez Sampedro: “En primer lugar, tratamos de unificar el lenguaje entre todos los actores, porque cada actor pensaba algo diferente. Se habían ideado una forma de traer cuentas viejas que no se habían podido auditar; había unas operaciones por fuera de los mecanismos establecidos comunes y corrientes, y había que hacer una evolución. Cuando le pusimos a todo el título ‘Saneamiento’, involucramos varias cosas: pagar deudas antiguas; tener un mecanismo de transición que se llamó Presupuestos Máximos o techos presupuestales; e incorporar actividades a la UPC en un mecanismo transitorio, que se ha vuelto semipermanente. En el último año hicimos una transición para tratar de incluir la mayoría de medicamentos y procedimientos al Plan de Beneficios en Salud (PBS). Eso significó coger todas las deudas antiguas, con diferentes reglas, y pagarlo por dos mecanismos, los artículos 237 y 245 de la Ley 1955/19 (Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022)”.

Figura 2. Valor reconocido de presupuestos máximo: 2020-2021



En la vigencia 2021 se incluye ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2020 (\$574 millones)

Fuente: ADRES.

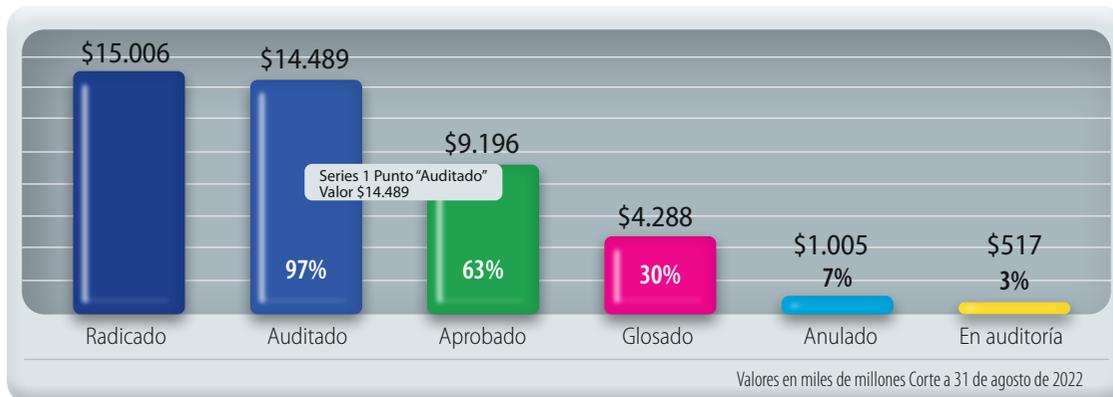
Además, se hicieron otros ajustes, según el director de la ADRES: “Como se había planeado no se hizo, la gente se dio cuenta que, si traía las cuentas por Acuerdo de Punto Final puro, le tocaba bajarse de lo que estaba vía judicial. Tratamos de volver más flexible el Acuerdo y que nos trajeran todo por el artículo 237, pero en últimas la

mayoría de recursos se terminó pagando por el artículo 245 de la Ley 1955/19. Viendo todo el ejercicio en conjunto, el Saneamiento involucró pasar de un sistema de recobros anacrónico a un proceso intermedio en que se valoró cuánto se traía por recobros, pasar de pagar años vencido y con una glosa inmensa a un mecanismo automático -así no guste mucho MIPRES, pero es un mecanismo tecnológicamente soportado e informado de lo que se paga-, y pagando mes vencido, o sea: pasar de pagar años vencidos a pagar mes vencido, generando un flujo de caja muy importante. Veníamos de no pagar una cantidad de dinero, a pagar y a generar una transición en la que estamos sobre lo prestado en recobros hasta diciembre de 2019, que ya no entró por esta vía, tiene hasta 3 años después para traer facturas, o sea que hasta marzo de 2023 la ADRES seguirá recibiendo facturas y pagando esos mecanismos de recobro anterior, que se sustituyeron con Presupuestos Máximos.

Gutiérrez Sampedro detalló los pagos realizados dentro del Acuerdo de Punto Final: "Trajeron cuentas por \$16

billones —ahí podía haber cuentas dobles—, y hay que decirlo: las trajeron, las glosamos todas y las volvieron a traer, pero procesamos \$16 billones en cuentas. A corte de junio 30 de 2022, habíamos auditado \$15 billones: habíamos aprobado \$9,8 billones, algo muy parecido a lo pagado, con recursos ahí sí de los artículos 237 y 245 de la Ley 1955/19, y recursos de la ADRES. Como no hubo auditorías desde la creación de la ADRES en agosto de 2017 y estas empezaron a mitad de 2020, se hicieron anticipos por esas radicaciones que no se habían auditado: entonces no solo hicimos la auditoría de todo lo viejo, sino que legalizamos anticipos por cerca de \$6 billones y pagamos cerca de \$9 billones. De eso, con recursos adicionales de \$9,8 billones que aportó el Plan de Desarrollo 2018-2022, se pagaron a esa misma fecha \$6,4 billones; y como ahí estaban involucradas redes de prestadores, de los \$6,4 billones por giro directo, se fueron \$5,3 billones".

Figura 3. Saneamiento sector salud – Auditoría 2018-2022 – Ley 1955/19: Artículos 237 y 245, Corte a agosto 31 de 2022



Fuente: ADRES

El ex-director de la ADRES agregó lo siguiente: "En conclusión, en Saneamiento del sector se legalizaron anticipos, se hicieron pagos, se hicieron giros directos y, a la par, se empezó a pagar Presupuestos Máximos. Y adicionalmente, el aseguramiento se siguió pagando full".

En cuanto a lo pendiente, indicó: "En el Acuerdo de Punto Final, solo queda por auditar, incluyendo lo corriente,

una plata que seguirá llegando, que no está en Presupuestos Máximos ni en PBS, o sea que no se paga vía UPC: son esas cuentas viejas que nos pueden traer; tenemos pendientes a agosto \$560.000 millones en auditoría. Y hubo EPS que no quisieron presentarse, deben tener cuentas y prefirieron seguir por la vía legal: ahí en el último dato hay \$2,3 billones".

El ex-director de ADRES recalcó que fue imprescindible blindar el proceso con transparencia: “Para subsanar el Saneamiento, le pusimos un nivel de transparencia a la información de lo que hicimos brindando la información a todos. A los prestadores les entregamos el detalle: con su NIT nos trajeron las siguientes facturas a recobrar, revisamos si todas las facturas que entregó a la EPS esta las remitió a la ADRES, y ahí ya había un estanco diferente, porque las EPS no trajeron todas las facturas. Lo segundo: cuando pagábamos, asumimos que en giro directo pagábamos casi todo y casi todo iba a las IPS, pero resulta que utilizaron Punto Final como mecanismo de tesorería: no necesariamente pagaban deudas antiguas, sino que las utilizaban para acuerdos comerciales. Entonces, informamos a las IPS lo que trajeron y lo que giramos, para dejar todo claro. Siempre debemos tener la información explícita: facturación electrónica, Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), y todo sobre la mesa”.

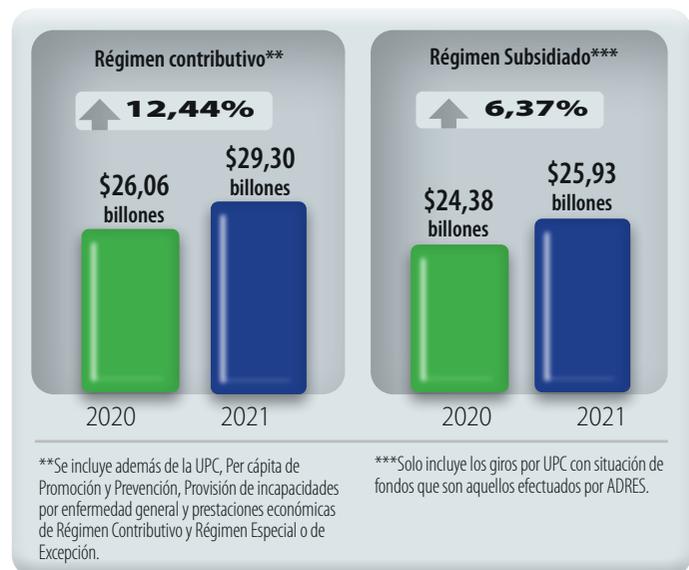
### Desde 2017 se pagó 65 % de acumulado de aseguramiento por giro directo

La ADRES también asumió el pago por giro directo, tal y como explicó Gutiérrez Sampeño: “Los mecanismos de giro directo operativamente son un giro que uno hace a nombre de otro. La ADRES no puede decidir a quién le gira, porque el dinero es de la EPS, del asegurador. En casos particulares —por ejemplo, Saneamiento del sector—, también era de la EPS que nos pasaba las cuentas, hacíamos giro directo en nombre de ellas que nos decían “gírele a estos”. Eso en cobros y Saneamiento. El otro giro directo en Compensación y Liquidación Mensual de Afiliados tiene diferente normatividad en los dos regímenes: es mayor en el subsidiado porque ahí es obligatorio. En todo el sistema de aseguramiento, el giro directo acumulado en ADRES es actualmente el 65%, pero

la diferencia es sustancial entre regímenes: en subsidiado el 65% histórico y en contributivo el 16% histórico”.

El directivo también detalló cifras: “En el acumulado de giro directo, llevamos el 65%, más o menos; en cifras, desde 2017 que se creó la ADRES y gestiona Aseguramiento (UPC), de \$129 billones han girado, \$84,6 billones en giro directo. Es importante porque es un mecanismo donde los recursos llegan, pero el problema es que entre aseguradores y prestadores hacen acuerdos comerciales, y la plata que se gira no necesariamente corresponde al giro del valor corriente girado en el mes, sino que muchas veces incluye deudas muy antiguas”.

Figura 4. Giros del aseguramiento en 2021



Concepto de ordenación	Valor ordenado
UPC- Régimen Contributivo	26.869.393.458.021
Provisión de Incapacidades	1.098.461.136.280
Promoción y Prevención en salud	512.709.880.571
UPC - Régimen Subsidiado en Salud (LMA)	25.929.127.971.490
Licencias de maternidad y paternidad	821.182.890.367
Prestaciones económicas Regímenes Especial y de Excepción	3.584.372.882
Pago de la Deuda Reconocida a las ET para la población Migrante	460.423.542.200

Fuente: ADRES.

Frente al futuro del giro directo, señaló: “Pensando hacia adelante, hay que hacer modificaciones importantes, fortalecer el giro directo con decretos y mecanismos reglamentarios sin llevar a ley: si se quiere hacer algo a profundidad, toca llevarlo a mecanismos diferentes. Como está actualmente, si no hubiera ninguna modificación, el giro directo en ADRES podría volverse un mecanismo de anticipos, en que una norma general dijera: “lo que llegue por facturación electrónica gestionado contra una EPS, se valida que el 60% se gira antes de la radicación de la factura y luego se legaliza el total de la cuenta”; algo así”.

### ADRES apoyó gestión de la pandemia

Dentro de la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud, a través de la Resolución 385 de marzo 12 de 2020 y del Estado de Emergencia, mediante Decreto

417 de marzo 17 de 2020 por causa del COVID-19, la ADRES fue la entidad encargada de operar varios mecanismos de reconocimiento excepcionales diseñados para enfrentar esta emergencia y garantizar la liquidez y flujo de recursos en el sistema de salud.

La emergencia requirió reorientar la gestión institucional para el desarrollo, implementación y operación de estos mecanismos COVID: anticipo por disponibilidad de camas de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), reconocimiento pruebas COVID-19 (posterior al 26 de agosto de 2020), Reconocimiento al Talento Humano en Salud (THS), compensación económica temporal para afiliados del régimen subsidiado diagnosticados con COVID (CET) y activos por emergencia.

Figura 5. COVID 19 – Estrategias a cargo de ADRES – 2020 - 2022



Fuente: ADRES.

De dicha gestión, el ex-director de ADRES destaca lo siguiente: “En la entidad tenemos una capacidad interesante que descubrimos en pandemia: uno los Mecanismos Excepcionales del COVID era reconocer una especie de incapacidad derivada del riesgo de no poder trabajar

por estar contagiado de COVID. En el fondo, es una modificación de una licencia de incapacidad de régimen contributivo que no existe en el subsidiado y logramos darle a un colectivo muy importante de más de 350.000 personas

en el país, darles un subsidio fuera por única vez, con unas validaciones importantes; es decir, funcionamos con la capacidad de una EPS entregando prestaciones económicas al reconocer una incapacidad; la del régimen contributivo la hicimos en el subsidiado. Eso significa que está en la esencia de lo que podemos hacer, el validar y entregar una prestación económica.

También destacó la entrega de un reconocimiento económico al Talento Humano en Salud (THS) que atendió la pandemia: “Otro tema muy importante es que trascendimos un mundo reducido: pasamos de un ecosistema de 40 EPS y 15.000 IPS, a reconocer 350.000 ciudadanos en prestaciones económicas y a cerca de 380.000 beneficiarios en Talento Humano en Salud, es decir, pasamos a entregar pagos masivamente. Más allá de cualquier consideración, nos volvimos masivos; por eso, cuando me preguntan qué procesos deberían permanecer, pienso que esa capacidad de interactuar masivamente la debería mantener una institución como esta”.

## Renovación tecnológica y fortalecimiento institucional de cara al futuro

Para enfrentar los grandes desafíos de la administración de recursos, desde octubre de 2021 se trazó una línea de renovación tecnológica y un plan de fortalecimiento institucional importante. Por ello, con apoyo de los Ministerios de Hacienda y Salud, Planeación Nacional, el equipo de ADRES inició una renovación tecnológica importante y ejercicios en seguridad de la información, aseguramiento de procesos, diseño de estrategias para optimizar la infraestructura de tecnología, señala el directivo: “Compramos componentes de tecnología muy importantes para lo que la ADRES vaya a necesitar más adelante, para interactuar con grandes volúmenes en unos ecosistemas muy fuertes. A partir de

## La ADRES a futuro está en capacidad de asumir cualquier mecanismo de pagos excepcionales que se generan en el país, por ejemplo, prestaciones económicas tipo subsidios.

2023, si el sistema de la ADRES fuera a revisar todas las cuentas médicas del país e interactuar con todos los hospitales, ya tiene tecnología que pueda responder a eso; hoy no lo puede hacer, pero el próximo año sí, porque ya adquirió tecnología para hacer una interacción fuerte”.

También agregó que, con los desarrollos tecnológicos implementados, se busca hacer todos los procesos en línea: “Vamos a llevar todos los procesos en línea y no en *Bash*; cuando llegamos, muchísimos procesos se hacían cada semana, pero ya tenemos tecnología para pasar como un banco a tener temas en línea. Es decir que, si alguien se afilia, la BDUA va a estar en línea y ahí mismo se verá reflejado el cambio, sin importar si se hace por el canal estatal o por una EPS o por una IPS que tenga afiliaciones de oficio; ya la afiliación se podrá hacer en línea. Eso hace que en todo momento todos los procesos se vuelvan más interactivos y puedan generarse”.

El ex-director indica que la ADRES a futuro está en capacidad de asumir cualquier mecanismo de pagos excepcionales que se generan en el país, por ejemplo, prestaciones económicas tipo subsidios: “No se debería tener tanta diversidad de entidades que pagan subsidios. Ese tema se debería ir especializando en el Estado. Y ADRES puede ser una entidad capaz de generar este tipo de reconocimientos, porque tiene una orientación al control muy importante, pues hace parte de su esencia; acá tenemos muy claro que entregar mal un subsidio es un pecado. Esa competencia debería existir en la ADRES. Y definitivamente, sea cual sea el ámbito futuro de la ADRES, es fundamental mantener la transparencia y la confianza en su relación con los actores del sistema”.

## La percepción de los agentes del sistema sobre la ADRES

Los diversos agentes del sistema de salud reconocen como positiva y fundamental la gestión que ha desarrollado la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en su corta vida de operación, especialmente en la generación de información de valor para empezar a evidenciar la ruta de los recursos y la toma de decisiones. Asimismo, los expertos que han estado a cargo de la implementación de sus procesos coinciden en que la Administradora debe seguir fortaleciendo sus capacidades para avanzar de manera más ágil en el saneamiento y normalización del flujo de recursos en el sector, que al final se traduce en calidad y oportunidad para la atención de los usuarios.

### “ADRES aporta un beneficio muy valioso en información para el sector salud”



Foto: Cortesía Archivo Personal

Mauricio Rubio Buitrago, presidente del Hospital Universitario Mayor Méderi

Mauricio Rubio Buitrago, presidente del Hospital Universitario Mayor Méderi, considera que la ADRES no es solo el banco y la entidad que gira en el sistema de salud, cumpliendo una función muy importante, sino que, para girar y cumplir toda la normatividad, lo tiene que hacer con la plena suficiencia de información:

“De hecho, en buena parte de las iniciativas del nuevo gobierno, se da uno cuenta que esa es la fortaleza de

ADRES. Y esa fortaleza es el reflejo del trabajo que se hizo recientemente, y sin ese esfuerzo muy seguramente no hubiéramos podido pensar en otras medidas como avanzar en giro directo o cosas de ese tipo, que es parte de la iniciativa que tiene el nuevo gobierno. Entonces la ADRES sí ha significado indudablemente un avance muy importante para el país en el sector salud, muy especialmente en lo que significa tener la información disponible para la toma de decisiones”.

El directivo afirmó que ese valioso aporte de información de la ADRES se enmarca dentro de los propósitos anunciados para el sector salud por el nuevo gobierno: “En la información definitivamente está la capacidad y los elementos para la toma de decisiones en una mejor administración de recursos, de políticas públicas, etcétera. Entonces, creo que el sistema tiene que seguir avanzando, es un tema complejo grande: son millones de atenciones que se suceden en un día si uno suma todos los eventos; además, es un país complejo, con dificultades no solo en recabar la información, sino en transmitirla, y ese es uno de los retos que tiene Colombia, no solo la ADRES. Es un reto del sistema de salud y en el cual la ADRES va a tener cada vez más una figura más relevante. Lo que uno escucha de la señora ministra es que va a ser definitivamente el gran rector de la información, no solo para administrar los pagos, sino para la toma de decisiones.

Rubio Buitrago también destacó el aporte de ADRES para implementar el Acuerdo de Punto Final: “El papel de ADRES fue fundamental en el Acuerdo, y no solamente con nosotros, porque lo he compartido con varios colegas pres-

tadores de servicios, ya que la información que nos suministra del período al que se refería el Acuerdo fue impresionantemente precisa. Esa información se pudo ajustar si había diferencias y fue fundamental para que el Acuerdo de Punto Final se diera a buen término, aunque falte un Acuerdo de Punto Final 2.0 seguramente, en el cual la ADRES jugará otra vez un papel fundamental con la puesta al día de ciertas deudas con el sistema y las nuevas que se vayan creando”.

Respecto del papel que juega la ADRES en el flujo de recursos dentro del sistema de salud, el presidente del Hospital Universitario Mayor Méderi señaló: “En flujo de recursos hay varias fases y hay que tener claras las fases y la normatividad. La ADRES en su concepción hace que los flujos salgan a los aseguradores, y de los aseguradores deberían venir a la red; entonces, si la red tiene problemas con los flujos que son parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), pues no sería un problema de la ADRES, sino más de una relación entre el prestador y el asegurador. Esa es una parte de la situación. Hay otra fase que son los presupuestos, lo que antes se llamaba No-POS, después Presupuestos Máximos, donde sí hubo en años anteriores unas demoras en temas de auditoría por parte de la ADRES de lo que se podía girar, y después también las dificultades, porque si el Ministerio de Hacienda no le gira la ADRES no puede trasladar esos dineros o recursos al sistema de salud”.

En tal sentido, agregó el directivo hospitalario: “Sí hubo dificultades en ese tema que aún no se solucionan: pareciera que el giro directo implementado en los últimos años ayuda a subsanar la primera parte, o sea la demora que pudiera tener la EPS en el giro a su red de IPS, pero la suficiencia de recursos es un tema macro del gobierno o del Estado, en el cual la

ADRES girará los recursos que tenga disponibles y no podrá girar si no los tiene todos en la cantidad apropiada. Al parecer las cifras nos muestran que definitivamente, sobre todo en Presupuestos Máximos y por todo el efecto postpandemia, alta siniestralidad, represamiento de ciertas atenciones, todo lo que fue sobre todo Presupuestos Máximos y aun eventualmente la UPC, pudieran estar este año y aún el año pasado desfinanciadas o un poco desfasadas, entonces en esos temas se ha revisado la información; entiendo que ya hay unos decretos para proveer esos recursos adicionales”.

Rubio Buitrago advierte que se debe avanzar en la aclaración de cuentas en el sistema: “La ADRES finalmente funciona como un banco de la salud que recauda y distribuye los recursos, y es eficaz hoy en día en cuanto a la cantidad de los recursos que posee, pero creo que el sistema todavía tiene que seguir navegando hasta tener las cuentas aún más claras y, sobre todo, para tener el presupuesto absolutamente calzado con las necesidades del sistema, de forma que esos flujos no se atrasen ni por partes de la cadena ni por falta de recursos desde la ADRES”.

Por último, el presidente del Hospital Universitario Mayor Méderi destacó el reto que el nuevo Gobierno está planteando a la Administradora: “Creo que a la ADRES le está proponiendo el nuevo Gobierno un reto enorme y es ser un girador del pago directo de la gran mayoría o, si no, de todos los eventos o cuentas o facturas que pasan por el sistema. Para asumir eso, por lo que uno deduce de los volúmenes que menciono, la ADRES tendría que llevar a más del 1.000% la capacidad actual y, por supuesto, eso se puede hacer, pero hay que hacerlo entendiendo que durante ese proceso no se pueden afectar los flujos al sistema. Es un tema vital llegar a que exista una entidad —si es la voluntad del Gobierno—, un solo ente que hace los giros; hay que asegurarse, dado que se vuelve estratégico y crítico si es el ADRES o el banco de la salud que cumpla con cabalidad de oportunidad esas funciones para no dejar al sector sin los recursos que requiere para el funcionamiento y para los resultados en salud que estamos buscando”.

## “ADRES debe consolidarse como recaudador único y pagador único”



Foto: Cortesía Archivo Personal

**Gabriel Carrasquilla Gutiérrez,**  
vicepresidente Academia Nacional de Medicina

“Fortalecimiento de la ADRES como un Fondo Público, único, recaudador y pagador a través de giros directos a los prestadores de los servicios” es la propuesta de la Academia Nacional de Medicina junto con otras diez organizaciones del sector salud<sup>1</sup>, formulada como uno de los Acuerdos Fundamentales para el desarrollo integral de la Ley Estatutaria en Salud presentados en diciembre de 2021. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, reitera que, de cara a una reforma al sistema de salud por parte del nuevo gobierno nacional, se debe mantener y fortalecer la ADRES como recaudador único y pagador único.

El académico destaca entre los principales logros de la ADRES el giro directo que ha venido realizando a muy buena parte de las IPS, clínicas y hospitales del país: “De esta forma, los prestadores reciben un pago más oportuno por lo que lo están haciendo, sin la intermediación que existe actualmente, de manera que puedan cumplir con su función de atender a los usuarios, a los pacientes, a las personas que van a acudir a los centros de atención en salud; además, así estos centros pueden contar con los

<sup>1</sup> Academia Nacional de Medicina (ANM), Federación Médica Colombiana (FMC), Colegio Médico Colombiano (CMC), Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas), Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá (CMCB), Colegio Médico de Bogotá (CMB), Asmedas Cundinamarca, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), Asociación Nacional de Profesiones de la Salud (Assosalud), Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (SCARE), Consejo Técnico Nacional de Enfermería y Federación Colombiana de Sindicatos Médicos (Fecolmed).

recursos necesarios y disponibles, porque les está llegando el pago directo, valga la redundancia, directamente desde la ADRES”.

Carrasquilla Gutiérrez también señaló que desde la Academia Nacional de Medicina se viene proponiendo desde hace mucho tiempo que la ADRES requiere un muy buen control y que para ello debería tener dos vigilantes: “Uno es la Superintendencia Nacional de Salud y, por la cantidad de recursos tan importante que maneja, la otra es la Superintendencia Financiera. Cabe recordar que el paquete (por decirle alguna manera) que ahora llaman la Masa de Dinero en Salud son casi \$80 billones al año, una cantidad supremamente importante de recursos que requiere una muy buena vigilancia con el fin de que esos recursos sean manejados impecablemente. Y la Superintendencia Financiera ha demostrado tener la capacidad técnica y tecnológica para poder vigilar los grandes volúmenes de recursos, como los de las entidades financieras, y sin duda ADRES es una entidad financiera gigantesca de este país”.

## “Mejor flujo de dinero en el sistema beneficia los pacientes con atención oportuna y de calidad”



Foto: Cortesía Archivo Personal

**Néstor Álvarez,** Vocero Pacientes Alto Costo

Cuando la ADRES agiliza y mejora el flujo de dinero en el sistema de salud, de una u otra manera termina beneficiando a los pacientes con una

atención más oportuna y con garantía en la calidad, porque todos los prestadores pueden mejorar el servicio y comprar lo necesario para poder atender a los pacientes adecuadamente.

Así lo manifestó Néstor Álvarez, presidente de “Pacientes Alto Costo”, quien afirma que al pasar del Fosyga como fiducia privada a una entidad pública del Estado como es la ADRES, que maneja los recursos y otros temas para los cuales fue creada, se dio un gran paso en esa búsqueda de un Sistema Nacional de Salud mucho más incluyente desde todos los puntos de vista.

¿En qué beneficia esto al sistema para que pueda beneficiar al paciente? En que la ADRES ha servido como un mecanismo de recolección de información, de un control más centralizado de ciertas cuentas médicas por los diferentes métodos de pago que existen en el sistema de salud y ha evolucionado cada día a tener un mayor control del dinero o, llamémoslo así, a ser casi un banco del sistema de salud. Entonces consideramos que la dirección y los objetivos con que fue creada la ADRES van por muy buen camino, lo mismo que la forma como cada vez se ha desarrollado y ha ejercido algunas actividades del sistema de salud.

Néstor Álvarez explica cómo la gestión de la ADRES beneficia a los pacientes: “Si el que gira hace un giro directo en nombre de EPS que están intervenidas o con medidas especiales, así garantiza la seguridad de la atención en las IPS donde los

## **La ADRES ha servido como un mecanismo de recolección de información, de un control más centralizado de ciertas cuentas médicas por los diferentes métodos de pago que existen en el sistema de salud.**

pacientes son atendidos y minimizan inconvenientes que se daban en la atención por el no pago de las EPS o por carteras demoradas. Esto ha sido un beneficio que, aunque los pacientes o cualquier ciudadano no lo vean de esa manera, nosotros como representantes de pacientes podemos decir que ha sido un gran logro y un gran avance a medida que la ADRES, se ha encargado de otras funciones como recolección y aclaración de cuentas, y servir como una base de datos con el MIPRES para los Presupuestos Máximos; manejar esto ha sido otro gran avance junto con las medidas que ha tomado el Ministerio de Salud frente a las responsabilidades que hay en la ADRES”.

De cara al futuro, agrega Álvarez que la ADRES debería fortalecerse mucho más: “La ADRES debería integrarse con un sistema de información interoperable y en línea en el sistema de salud, para seguir creciendo y tener más información que le podría permitir al país tomar decisiones en salud desde el punto de vista económico y administrativo. Eso es algo que se le debe reconocer y creemos que, de una o de otra manera, está cumpliendo una función importante dentro del sistema de salud”.

Álvarez enfatiza esa necesidad de un sistema de información robusto y apropiado en la ADRES: “Indudablemente, hay una debilidad en Colombia, que es la falta de un sistema de información centralizado, interoperable, en línea y que sirva para generar grandes análisis de Big Data. La ADRES tiene que tener y fortalecer un sistema de información desde lo que maneja y poderlo integrar a un sistema de información de salud que debe crearse y que es una gran necesidad de consolidar todo lo que en este momento hace el Sispro y todos los diferentes sistemas de información que hay en Supersalud, en la Cuenta de Alto Costo. Es necesario poder integrar todo eso en un sistema único que le permita mejor manejo del dinero, controlarlo, saber en qué se gasta, cómo se gasta, y eso puede llevar a actualizar manuales tarifarios, conceptos de tarifas de acuerdo a oferta y demanda del mercado, así como para la toma de decisiones”.

### “Para el régimen subsidiado ha sido muy beneficioso el funcionamiento de ADRES”



Foto: Cortesía Archivo Personal

**Elisa Carolina Torrenegra,**  
directora GESTARSALUD

Según Elisa Carolina Torrenegra Cabrera, directora de Gestarsalud (Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud), la centralización en una única cuenta del manejo de los recursos de la salud en la ADRES, la transparencia en la administración de esos recursos y el fortalecimiento del giro directo a los prestadores desde esa entidad, han beneficiado sustancialmente la operación y los procesos en el régimen subsidiado.

Así lo explica Torrenegra Cabrera:

“Un primer aspecto es que la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) bajo esa conceptualización de centralización en las fuentes, de un solo responsable del proceso por parte del Estado, intervino el manejo del dinero y ello ha sido fundamental. En segundo lugar, ese mismo manejo de dinero centralizado en una única cuenta posibilita la transparencia, todos sabemos cuál es el mecanismo para poder garantizar los giros, lo cuál es el segundo aspecto fundamental que trajo la centralización de esa gran tesorería, por así decirlo. Y tercero, la ADRES desde 2017 hasta hoy ha venido desarrollando y mejorando procesos hasta tal punto que el régimen subsidiado cuenta con un proceso transparente de giro directo hacia los prestadores —que viene desde el 2012 cuando se inició este giro directo—, pero que a través de ADRES específicamente se fortaleció y ganó el país en oportunidad en los giros, en transparencia y en efectividad de los recursos. Desde que empezó la ADRES se puede saber cuánto se gira, de parte de qué EPS, a qué prestador, y todos salen en la misma fecha de dispersión, eso es buenísimo”.

La directora de Gestarsalud señala que antes de la existencia de la ADRES, cada uno de los 1.110 municipios del país tenían su Cuenta Maestra y de ahí le giraban a cada Empresa Promotora de Salud (EPS) que tenían contratada para régimen subsidiado:

“Cada municipio le giraba a las EPS contratadas, pero a veces este giro no era oportuno, teníamos que esperar el giro de cada uno. Lo que hizo la ADRES fue centralizar esos dineros de origen territorial y ahora todo se gira desde la ADRES: con el aval de la EPS se va a la red de servicios que ha prestado los servicios a los afiliados. Es un solo

giro el que se le asigna a esa EPS, pero el giro se dispersa a los prestadores de esa EPS, entonces es algo buenísimo porque se tienen los valores, se tienen los destinatarios y se tiene la confianza en un proceso que ha venido hace muchos años en pos de una mejora. Considero que, en lo que proyecte hacer el Gobierno nacional, debe contemplar la ADRES como la figura que tiene actualmente, con la mecánica que actualmente sigue, que consiste en que, luego de que la EPS acompaña al usuario en su proceso, contrata, revisa los contratos y las ejecutorias de ese contrato, autoriza el pago, y, con base en esa información, mes a mes el ADRES gira”.

Y explicó cómo se realiza este proceso:

“En el giro directo se realiza la autorización desde el nivel central hacia los prestadores, de lo que es el giro corriente; este giro corriente se basa en la cuota parte, en la doceava parte de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) que se gira mensualmente para resolver los temas de los gastos corrientes. Es inadecuado pensar que con ese giro corriente me van a pagar la cartera, porque son cosas totalmente diferentes; entonces, frente a la ADRES, en términos de flujo de recursos, de oportunidad en el giro y de saber para qué se debe usar ese giro, nosotros estamos muy tranquilos, porque además es el mismo Gobierno el que está girando. Ahora, también la ADRES hace compras de cartera, genera otros mecanismos para dispersar los giros, siempre organizado el giro por parte de la EPS que es la responsable de ver

## **Para el régimen subsidiado ha sido totalmente beneficioso el funcionamiento de ADRES en el manejo de recursos, afirma la directora de Gestarsalud, quién considera que debe continuar ese esquema en el sistema de salud en el país**

que ese dinero sí esté yendo de forma real a los prestadores de los servicios a los afiliados”.

Por ello, para el régimen subsidiado ha sido totalmente beneficioso el funcionamiento de ADRES en el manejo de recursos, como lo afirma la directora de Gestarsalud, quien considera que debe continuar ese esquema en el sistema de salud en el país:

“Es un manejo mucho más transparente, teniendo claro que ese giro es para el gasto corriente de los servicios de salud, no para pagar cartera. Es importante tener en cuenta eso para que las personas valoren esta institución, esos procesos; y el efecto de que eso esté centralizado desde 2017, ha favorecido enormemente el tema de confianza de parte del mismo Gobierno y las entidades de control hacia el proceso que hacen las EPS”.

Finalmente, de cara a una eventual reforma al sistema de salud, Torrenegra Cabrera considera que el rol de la ADRES debería ser dirigido a fortalecer lo que ya hace hoy, esto es, el manejo centralizado y único de los recursos del sector salud. 

# ACHC presentó a la Comisión Séptima de Senado propuestas centrales que debe incluir la reforma al sistema de salud



La ACHC fue el primer gremio en presentar su visión sobre el actual sistema de salud en la Audiencia pública que abrió la Comisión Séptima de Senado, para escuchar a los diferentes agentes del Sistema de Salud de Colombia

**E**l director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), Juan Carlos Giraldo Valencia, en el marco de la Audiencia pública “Estado actual del sistema de salud”, realizada por la Comisión Séptima del Congreso de la República, presentó un panorama del actual sistema de salud y las propuestas del gremio sobre las ideas centrales que debería incluir una reforma a este.

El director de la ACHC expuso a los miembros de la Comisión Séptima que el sistema de salud en la prestación de servicios es de carácter mixto, siendo uno de los más robustos de la región, gracias a la coexistencia integrada y armónica de instituciones públicas y privadas. En Colombia hay

11.496 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de las cuales 10.474 son de naturaleza privada y 1.002 pública; se trata de cerca de 2.000 instituciones hospitalarias, la mitad públicas y la mitad privadas. El 68% de las camas hospitalarias son privadas y 29.000 públicas:

Este sector necesita lo público y lo privado. No se puede pensar un sistema de prestación de servicios solo con lo público o solo con lo privado, con una connotación importante: la mayoría de camas de mediana y baja complejidad son públicas y la mayoría de camas de alta complejidad son privadas; entonces, ahí se da una correlación necesaria para producir los millares de millones de intervenciones, consultas y atenciones en el sistema de salud.

Respecto a los cambios que requiere el sistema, el doctor Giraldo Valencia explicó que se debe conservar aquellos que han funcionado bien en el sistema y que se debería soportar sobre varios niveles así: el primer piso tiene que ser una base sólida de Atención Primaria en Salud; el segundo piso es la prestación, y debe darse en un funcionamiento armónico y potente de Redes Integradas de Servicios de Salud público-privadas;

el tercer piso es la administración del sistema por EPS convertidas en administradores regulados, que no manejan la totalidad de la gran masa monetaria de recursos de la salud y se les remunera con un porcentaje por su labor de administración, auditoría, y verificaciones internas; y en el cuarto piso está la ADRES, que debe ser el banco y el asegurador central, para no eliminar el criterio de aseguramiento.

Esta estructura deberá contar con unos coadyuvantes como la no integración vertical; el funcionamiento del sistema basado en tecnologías de información y comunicaciones; el marco de sostenibilidad del sistema de prestación; la preservación de servicios esenciales; el fomento de la calidad, entre otros.

El director del gremio presentó en este espacio de conversación nacional la propuesta de la técnica de la ACHC para avanzar en la reforma, “Ruta Lógica hacia una salud progresiva”, que contempla una formulación inteligente, reconociendo y manteniendo los logros del actual sistema; en segundo lugar, una definición de fronteras en diversos aspectos del sistema de salud como su vocación si es curativo o preventiva y en si hay o no exclusiones del plan de beneficios, entre otros; un tercer aspecto de la propuesta es la transformación de roles de algunos de los agentes, como lo puntualizó el doctor Giraldo Valencia:

No pueden lograrse mejores resultados haciendo todos lo mismo que hacen hoy, por lo que se necesita un cambio de roles de los agentes para resolver las dificultades en la operación y las fallas en el sistema. Los hospitales no pueden seguir siendo iguales; nosotros tenemos el documento Hospital 360°, una visión de lo que es el hospital y la prestación de servicios del futuro. Desde el gremio hospitalario, estamos promoviendo

## **El director del gremio presentó en este espacio de conversación nacional la propuesta de la técnica de la ACHC para avanzar en la reforma, “Ruta Lógica hacia una salud progresiva”.**

esa reforma silenciosa, la reforma del día a día, en cómo hacer diferente las cosas. Pero si bien los hospitales tienen que adaptarse a lo que es el futuro, también agentes como las EPS deben evolucionar.

Y añadió “Nosotros creemos que tiene que haber un cambio en el papel de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Viendo lo que pasa con el manejo de dineros, glosas, prácticas indebidas, enormes pugnacidades, tramitomanía, la transaccionalidad enorme en el sistema, la EPS debe tener una especialización en operaciones administrativas; pueden encargarse con las logísticas, la coordinación, el manejo de la coherencia interna del sistema, las auditorías, las verificaciones, los análisis de la completitud de las redes. Ese tipo de cuestiones las debe hacer la EPS, pero creemos que no debe manejar el dinero de la salud y que este debe pasar directamente a un banco, a una caja o fondo único que ya existe, y que maduró y floreció en la pandemia, que se llama ADRES, y que debería ser ese gran acumulador; ahí viene el cambio importante: sin destruir el sistema, el cambio es dar a ADRES la función de tener el dinero y ser una maestra de la información del sistema. Ya demostró que lo puede hacer. Ese papel se tiene que hipertrofiar, crear una ADRES 2.0 con nuevas funciones, no cargarle funciones como auditorías, pues para eso está la EPS como administrador regulado”.

De igual forma, la ACHC indicó que se deben tener en cuenta además algunos retos de corto plazo en la transición a la reforma como el fomento de la calidad, los impuestos saludables, el fortalecimiento del PAI, la atención de lo Covid y no Covid, la capacidad instalada y la interoperabilidad, entre otros.

# Exitoso congreso académico de la ACHC



Un satisfactorio balance deja el *XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas*, organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), en el marco de la *VII Feria Internacional de la Salud, Meditech 2022*, y realizado el 13 y 14 de julio pasado, en Corferias.

Con el lema “Una agenda global y local de conocimiento e ideas, para asumir los retos actuales de la gestión hospitalaria y del sistema de salud”, el *Congreso* que, en esta edición, cumplió 30 años, congregó a más de 800 representantes del sector salud del país y la región y de la mano de trece destacados expertos nacionales y once internacionales, procedentes de España, Noruega, Estados Unidos, México, Brasil y Argentina. Así, se constituyó en un espacio de reencuentro y actualización de líderes en temas como la agregación de valor en salud, los avances de la inteligencia artificial (IA), el panorama de inversión en el sector hospitalario, la integración de servicios de domiciliarios con los hospitalarios, las tendencias de la gestión del talento humano en salud, entre otros.

En el acto de apertura, el Dr. Andrés Aguirre Martínez, presidente de la Junta Directiva de la ACHC, invitó a vivir de cara al futuro, identificando lo realmente importante

para la vida personal, para las instituciones hospitalarias y para el sector salud.

Asimismo, el Dr. Aguirre reiteró que el sector salud enfrenta riesgos globales importantes y que las instituciones en Colombia no pueden actuar como si estuvieran en una burbuja, porque son afectadas por esos grandes riesgos. También invitó a percibir de forma distinta el futuro: Lo que hacemos tiene que ver con seres vulnerables. Este sector necesita crear más vínculos, pero con el énfasis en las personas, no en los modos de contratación, no en las cifras estadísticas, sino en esos seres humanos que están esperando; en eso que nos hace verdaderamente seres humanos. Ese es el futuro y siempre ha sido el presente del sector, el ser sensibles al sufrimiento del otro.

Este importante evento contó en su acto de apertura con el Dr. Fernando Ruiz, el entonces ministro de Salud, y en el acto de cierre con la designada y hoy posesionada ministra de Salud, Dra. Carolina Corcho.

# Soluciones exitosas de los aliados del sector hospitalario

Como actividad académica pre-congreso, se realizó el 2.º *Simposio de Soluciones Exitosas* en salud de entidades aliadas al sector hospitalario, espacio académico en el que, de la mano de nuestros miembros patrocinadores, se presentó una agenda académica con experiencias y casos de éxito que han desarrollado e implementado para impactar positivamente el sistema de salud.

En esta edición, que fue de acceso libre, asistieron durante toda la jornada cerca de 350 asistentes a trece conferencias presentadas por reconocidas compañías de la industria como Johnson & Johnson, Phillips, Amarey Nova, Bionexo, Siemens Healthineers, Becton Dickinson, B Braun, Biotronitech, Stryker, Expertos seguridad, SYAC y Vamed Technical Services.

En este espacio de conocimiento, se abordaron temas como la seguridad del paciente desde MedTech; la atención médica basada en la entrega de valor, automatización logística, digitalización y *compliance*; las alianzas de valor para el desarrollo del sector salud; la gestión y trazabilidad sistematizada del instrumental quirúrgico para las centrales de esterilización; los últimos avances en integración quirúrgica; la cirugía mínimamente invasiva y abierta guiada por fluorescencia; la amenaza del cibercrimen en clínicas y hospitales; la transformación digital; el ciclo de vida de proyectos hospitalarios, y el hospital del futuro y la cirugía robótica, entre otros.



Amarey Nova, fue una de las compañías Aliadas del sector hospitalario que compartió sus soluciones exitosas



Luiz Reis, Director Crecimiento, Bionexo Latam; Andrés Aguirre, Presidente Junta Directiva ACHC; Francisco Vélez, Director Siemens Healthineers Colombia y Juan Carlos Giraldo, Director General ACHC



Sergio Castaño - Regional Safety Officer LATAM de Johnson & Johnson presentó la conferencia: Seguridad del paciente desde MedTech; la atención médica basada en la entrega de valor

# VII Feria Internacional de la salud, Meditech: el reencuentro del sector salud en 2022



Más de 14.600 visitantes asistieron del 12 al 15 de julio pasados a la séptima versión de la feria más importante del sector salud de Latinoamérica organizada por Corferias, la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia, y Messe Düsseldorf North América como socio internacional.

Fueron 249 expositores, 82 de ellos internacionales, que durante cuatro días presentaron a los miembros del sector salud los más recientes desarrollos en equipos, *software*, aplicaciones y servicios que optimizan los procesos administrativos y clínicos, que fortalecen y optimizan la atención integral en salud

Meditech 2022 superó nuestras expectativas, no solo por la cifra de visitantes, *que es la más alta que hemos registrado desde que nació la feria, sino porque logramos que fuera el escenario para el Segundo Simposio de Soluciones Exitosas en Entidades Aliadas del Sector Hospitalario*, que se llevó a cabo el 12 de julio; también realizamos durante 13 y 14 el *XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas*, un evento en el que se realizaron más de 20 conferencias y que fue inaugurado por el señor ministro de salud Fernando Ruíz. Los cuatro días de feria se presentó una nutrida agenda académica, que sin duda va en línea con la transformación de un mejor sistema de salud. destacó Juan Carlos Giraldo, director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC.

Por otro lado, Meditech por segunda vez contó nuevamente con el “Centro de Experiencia en Alta Tecnología Hospitalaria - CEATH 2.0”, un espacio ubicado en el pabellón 23 del Gran Salón de Corferias, en el que se recrearon a escala real algunas áreas del “hospital del futuro” y, por primera vez, la feria ofreció a los visitantes MEDITalk y el Healthtech StartupPark —Parque de Emprendimiento—, un espacio en el que emprendedores hablaron sobre las últimas innovaciones, sus productos y servicios.

Para nosotros es grato que la industria ferial se fortalezca y contribuya con la reactivación de otros sectores paralelos como el hotelero, gastronómico y de transporte. Es satisfactorio que seamos el escenario para el reencuentro y que los diferentes actores del sector salud vuelvan a conectarse; esta sin duda fue la oportunidad para ver a los ojos y agradecerles en persona a quienes enfrentaron una de las épocas más fuertes para la humanidad. Nos vemos en el 2024 con una nueva versión de Meditech. expresó Andrés López Valderrama, presidente ejecutivo de Corferias.

La octava versión de Meditech se realizará del 9 al 12 de julio del 2024.



## 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.

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

# Clínicas y hospitales ganadores del Galardón Hospital Seguro ACHC, 2022



La Clínica Imbanaco, recibió por sexta ocasión el Galardón Nacional Hospital Seguro.

La Clínica Imbanaco de Cali, la Fundación Hospital San Pedro de Pasto y la Clínica Somer de Rionegro (Antioquia) fueron las instituciones ganadoras del Galardón Nacional Hospital Seguro versión 2020-2022, un reconocimiento que otorga la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) a instituciones hospitalarias destacadas por fomentar la calidad y la prestación segura de servicios de salud en el país.

También se hicieron merecedoras de menciones especiales la Clínica Palermo de Bogotá y la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, por el avance demostrado en la promoción de la cultura de seguridad, su liderazgo y alto compromiso con la seguridad del paciente.

En la etapa de inscripción y revisión de informes participaron 18 instituciones. Un grupo de expertos técnicos de la ACHC evaluó el documento presentado por cada institución frente a unos criterios predefinidos, sin otorgar puntajes, pero sí estableciendo filtros técnicos en la revisión.

Los informes de estos evaluadores se enviaron al equipo de jurados internacionales conformado por Tatiana Scacchetti, del Hospital Israelí Albert Einstein; Patricia Arechandieta, de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente del Consorcio Mexicano de Hospitales; Jorge Cherro, presidente de Adepra Argentina, y Francisco Marí, director gerente

del Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma de Mallorca, España. Además, se contó con el acompañamiento de Carlos Edgar Rodríguez, director de Acreditación del Icontec, como garante de la transparencia del proceso.

El Jurado resaltó la labor de todas las Instituciones participantes, porque el trabajo desarrollado demuestra que Colombia es fuerte en seguridad del paciente. Para la ACHC, el Galardón Nacional Hospital Seguro no es simplemente un concurso, sino una forma de organizar los esfuerzos institucionales en búsqueda de la calidad de los procesos de atención. El Galardón se ha constituido en una metodología de trabajo para avanzar de manera clara y estructurada en seguridad. [III](#)



Los directivos de la Fundación Hospital San Pedro de Pasto recibieron el reconocimiento.



Por primera vez la Clínica Somer de Rionegro fue reconocida con el Galardón Nacional Hospital Seguro

# Clínica Palmira: 70 años al servicio de la salud y la vida<sup>1</sup>

El sur del país cuenta con una nueva Unidad de Ginecología y UCI neonatal para atender a la mujer gestante y al recién nacido con altos estándares de calidad, gracias al esfuerzo de la Clínica Palmira, entidad que este año cumple 70 años brindando servicios de salud.

Atendiendo las necesidades de la ciudad de Palmira y la región, se puso en marcha uno de los más modernos complejos ginecoobstétricos de la región, integrado por nueve unidades de cuidados intensivos neonatales, dos salas de atención integral obstétrica y una unidad de urgencias ginecológicas. Esta clínica especializada en el cuidado y salud de la mujer y la atención del recién nacido cuenta con todos los recursos tecnológicos a la altura de las unidades más importantes del mundo, bajo la asesoría y acompañamiento de la Fundación Valle del Lili de Cali.

Así lo manifestó el Dr. Fernando Bedoya, gerente general de la Clínica “En este momento, Palmira no tiene donde atender los partos, donde atender una materna y, mucho menos, un niño recién nacido. Estamos en un momento donde la ciudad necesita de nuestros servicios; nada mejor que celebrar estos 70 años entregando a los palmiranos la nueva unidad de ginecología y UCI neonatal, servicios de máxima complejidad que vienen a suplir un déficit de cupos y necesidad de nuestra ciudad y que cuentan con todos los recursos tecnológicos a la altura de las más importantes del mundo”.

Por su parte, María Fernanda Escobar, ginecóloga y miembro activa de la Fundación



Foto: Cortesía Clínica Palmira

La nueva unidad materno fetal de la Clínica Palmira, con servicios de alta complejidad, cuenta con recursos tecnológicos a la altura de las más importantes del mundo.

Valle del Lili, afirmó “Las directivas de ambas instituciones, que han tenido una trayectoria conjunta en el desarrollo de la salud del Valle del Cauca, deciden, viendo la necesidad inminente de la región de mejorar los estándares de calidad en la salud materna e infantil, abrir la posibilidad de un acompañamiento, y el proceso fue de aprendizaje mutuo y muy importante. La Clínica Palmira hizo un esfuerzo muy importante, porque para el año 2021 la región retrocedió 12 años en sus indicadores de la salud materna, por lo que la apertura de esta nueva unidad beneficia enormemente a la ciudad de Palmira y a la región”.

La unidad materno fetal cuenta además con una atención humanizada, cálida y especializada en las necesidades de la mujer gestante, donde son prioridad la calidad y la seguridad del paciente. El Dr. Bedoya manifestó que “Nuestra misión es darles a los pacientes un trato cálido, amable, que en una palabra lo resumimos como considerar al paciente como si fuera de nuestra familia y enfocar-

<sup>1</sup> Con información Boletines Clínica Palmira



La Clínica Palmira es una de las entidades hospitalarias más reconocidas en el suroccidente de país.

nos siempre en la seguridad que es transversal a toda nuestra filosofía de servicio”.

### 70 años aportando a la salud

En 1952, en la ciudad de las palmas, 26 médicos y empresarios unieron su pasión por la medicina y el amor por sus pacientes, y en una pequeña casa en la Plaza Bolívar abrieron la Clínica Palmira, con la que buscaron una nueva opción de atención en salud para los palmiranos.

Con el mismo espíritu de cuidado y servicio con el que nació, durante las siete décadas de existencia la entidad ha crecido, ha tomado medidas excepcionales ante circunstancias excepcionales, ha implementado nuevos y modernos servicios acordes al desarrollo de la medicina y las necesidades de los usuarios, siempre con el ánimo de garantizar la atención en salud de la más alta calidad, médica, científica y humana.

Actualmente, la Clínica Palmira es un complejo de más de 5.000 metros cuadrados construidos, cinco niveles, 54 camas hospitalarias, doce más de cuidados intensivos, tres quirófanos dotados, y una unidad de urgencias y hospitalización. Además, cuenta con servicios



Fotos: Cortesía Clínica Palmira

La clínica trabaja permanentemente en la seguridad y humanización de los servicios de salud que presta a miles de colombianos

ambulatorios, el centro médico de especialistas con consulta externa especializada, la sala de imágenes diagnósticas, dotada con un amplio equipo de profesionales comprometidos y capacitados en el área de la radiología, para la realización e interpretación de estudios especiales y radiología intervencionista.

En su portafolio, la Entidad ofrece servicios como urgencias; hospitalización; cuidado crítico o intensivo e intermedios; cirugía general y mínimamente invasiva; atención ortopédica de mano, pie y tobillo; atención vascular periférica, ginecológica, pediátrica, urológica, otorrinolaringológica, maxilofacial; clínica del dolor; atención de vías digestivas altas y bajas, apoyados con tecnología adecuada, endoscópica y láser, entre otros.

El Programa de Calidad y Seguridad del Paciente impulsa a la Institución a brindar una atención segura y humanizada, con los más altos estándares, lo que le ha permitido mantener un liderazgo de excelencia en la prestación de servicios de salud y convertirse en un moderno escenario para el cuidado de la salud y la vida de los pacientes.

La Clínica Palmira fue reconocida recientemente, como una de las mejores del mundo en el ranking World's Best Hospitals 2022, ocupando la posición 45 entre las entidades colombianas que ingresaron a este ranking, elaborado por Newsweek y Statista.

# 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)

# Clínica del Occidente cumple 40 años trabajando por la salud de los colombianos<sup>1</sup>

**T**ras 40 años de fundada, la Clínica del Occidente está *ad portas* de abrir su nuevo y moderno complejo médico, denominado como la Clínica del Futuro, con el que aumentará la capacidad, la resolutividad y la competitividad de la institución.

El doctor Édgar Ruiz, fundador de la Clínica del Occidente, comentó “La Clínica del Futuro es un nuevo sueño de crecimiento que nos permitirá poner el futuro de la medicina al alcance de nuestra comunidad. Con la puesta en marcha de este moderno complejo hospitalario en materia de infraestructura, tecnología y cultura organizacional, se beneficiarán los pacientes (así como el resto del sector de la salud) quienes, además, podrán seguir confiando su salud a un personal preparado y comprometido con el que conseguiremos la excelencia en la experiencia del paciente”.

Este visionario e innovador proyecto tiene planeado abrir sus puertas en el 2023 y generar alrededor de 250 empleos directos. Su enfoque principal será la atención humanizada y segura al paciente, así como dar respuesta a la necesidad de nuevas camas hospitalarias para la atención de enfermos de alta complejidad, lo que impactará positivamente los resultados en la salud.

Actualmente, la institución cuenta con más de 200 camas. Además de ser una institución acreditada con altos estándares de calidad a través de ICONTEC y estar avalada como una institución de alta complejidad, la Clínica del Occidente es un referente en traumatología, oncología y alta complejidad.

Aunque el camino no ha sido nada fácil, esta IPS atiende más de 12.000 urgencias al mes y 1.000 procedimientos



Foto: Cortesía Clínica del Occidente

La Clínica del Occidente abrió sus puertas en septiembre de 1982 y desde entonces trabaja por ofrecer servicios de calidad a los colombianos

quirúrgicos aproximadamente. Este es el resultado de un trabajo en el que la Clínica ha desarrollado su enfoque en una atención personalizada al paciente y un modelo de servicio costo-eficiente, manteniendo relaciones sostenibles con las aseguradoras.

## La Clínica del Occidente sigue haciendo historia

Tanta ha sido la evolución de esta Institución que en el 2017 inauguró un novedoso Centro de Oncología y Medicina Especializada en el que se brinda atención integral a los pacientes con cáncer que requieren consulta especializada, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia y cirugía. Además, cuenta con equipos de última tecnología como un acelerador lineal Trilogy de Varian, que permite tratar a los pacientes oncológicos con técnicas avanzadas de radioterapia guiada por imágenes, dispositivos e insumos para la aplicación de tratamientos con máxima precisión y rapidez.

Este referente de la salud colombiana creó la primera Unidad Post-Covid, en donde se

<sup>1</sup> Oficina de Comunicaciones Clínica del Occidente

analizan y monitorean constantemente pacientes que después del virus quedaron con secuelas o el llamado síndrome Post-Covid. “Somos una institución comprometida con la generación de conocimiento en pro del bienestar de las personas, tanto que ahora estamos participando en el estudio de enfermedades cardiovasculares y covid-19 liderado por la Organización Mundial de la Salud, OMS”, menciona el doctor Ruiz.

### Medicina a la vanguardia y calidez humana

El 2 de septiembre de 1982 la Clínica del Occidente abrió sus puertas con un objetivo que

iba más allá de curar pacientes. La meta era crear una institución que atendiera a las personas con calidad y calidez, y que, además, entendiera las necesidades del enfermo y las de su familia.

Hoy, la Clínica es una de las instituciones de cuarto nivel de complejidad en servicios de salud con mejor reputación en Colombia, gracias a su infraestructura, recursos tecnológicos y calidez del recurso humano en su atención.

La jefe Blanca Clavijo, una enfermera que lleva trabajando 23 años en la Clínica, coincide en que, gracias a estos principios, la organización ha sido reconocida como una de las mejores en Colombia y hasta de América Latina, según el *ranking* de las mejores clínicas y hospitales.

## Alianza Philips y Fundación Santa Fe de Bogotá: abren Centro de Referencia en las soluciones guiadas por imagen

La Fundación Santa Fe de Bogotá y Philips se unieron para poner en marcha el primer Centro de Referencia de la región (FSFB-Philips), que hace énfasis en resaltar la importancia de las soluciones guiadas por imagen con enfoque en neurorradiología intervencionista y que se proyecta como uno de los centros más importantes en términos de herramientas de última generación para el tratamiento más rápido del accidente cerebrovascular.

Así lo sostiene Alexei Costa, líder de Distrito Hispano-Philips Latinoamérica “Contar con

un aliado estratégico como lo es la Fundación Santa Fe de Bogotá nos permitirá construir experiencias exitosas sobre la contribución de las tecnologías y la innovación para mejorar el cuidado de la salud, además de brindarles diagnósticos y tratamientos fiables a los pacientes, al implementar el primer centro de referencia de la región”.

Si bien este centro de referencia será multipropósito, es decir, se tratarán diversos campos de la medicina, tendrá un foco muy especial en la intervención neurológica. Este enfoque está cambiando rápidamente a medida que se trata un mayor número de enfermedades con técnicas menos invasivas y con un beneficio superior para los pacientes; una muestra de esto es que los



Henry Gallardo Lozano, director Fundación Santa Fe de Bogotá y Alexei Acosta, Líder de Distrito Hispano-Philips Latinoamérica



El Centro de Referencia FSFB-Philips hace énfasis en potenciar los conocimientos de los especialistas y equipos de manera clínica e integral

equipos que se usarán en este centro cuentan con una disminución significativa en la dosis de radiación, haciendo uso de la técnica ClarityIQ, mejorando los resultados y cuidando la salud de las personas en los procedimientos a los que se someten.

Cada día las instituciones de salud buscan innovar y brindar soluciones de última generación con técnicas menos invasivas para la población, ofreciendo valor en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Un ejemplo de esto es el uso de sistemas como el Azurion, una plataforma de tratamiento guiado por imágenes de última generación que le permite llevar a cabo interven-

ciones de accidente cerebrovascular isquémico, aneurisma cerebral y otras intervenciones neurológicas con precisión y confianza, o dispositivos como el arco en C móvil Zenition, que brinda una mayor eficiencia en el quirófano para un uso intensivo en intervenciones y operaciones quirúrgicas de alta complejidad.

Cabe resaltar que el uso de sistemas intuitivos permite que los procesos se lleven de una manera eficaz y rápida para los pacientes, razón por la que estos equipos cuentan con la tecnología de pantalla táctil, lo que permite a los especialistas seleccionar, arrastrar u ampliar elementos con facilidad. Esto significa que pueden ver imágenes al instante, durante los procedimientos, y les brinda un mayor control de estos.

De acuerdo con Alexei Acosta: “Es importante revisar los retos de adopción de nuevas tecnologías digitales que enfrentan los hospitales e instituciones médicas del país. En Philips, estamos comprometidos con la transformación y desarrollo de la medicina, para que un mayor número de pacientes puedan beneficiarse de esto y, así, ofrecer servicios más seguros y rápidos”.

Este centro apunta a ser líder en la región respecto a la tecnología de punta en los procedimientos que se manejen. Alianzas como la de Philips y la Fundación Santa Fe representan un logro a nivel regional en el mapa de la vanguardia con la implementación de la tecnología en la salud. **H**

# Hospitales españoles se unen para implementar la medicina de precisión en cáncer infantil<sup>1</sup>

Considerados por la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP) y coordinado por el Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, doce hospitales españoles se unieron para desarrollar el proyecto SEHOP – PENCIL, que busca facilitar el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes con cáncer a la medicina personalizada independientemente de su lugar de residencia.

El estudio, en el que también participa el grupo de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Infantiles del Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR), será financiado con dos millones de euros por el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, y con fondos europeos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Durante un período de cuatro años, doce centros hospitalarios y de investigación, junto a asociaciones médico-científicas y de pacientes en España, diseñarán y evaluarán un programa de secuenciación de tumores infantiles a escala estatal para implementar la medicina personalizada entre los estándares de diag-



nóstico, tratamiento y mejora de la supervivencia.

El estudio SEHOP-PENCIL se basa en un trabajo previo que analizó datos de 29 centros nacionales sobre dónde y cuándo se llevan a cabo estudios moleculares y de secuenciación del tumor, la tecnología que se utiliza y la aplicabilidad clínica de los resultados en cuanto al acceso a tratamientos dirigidos. “Gracias a una encuesta, comprobamos que existen diferencias importantes en el acceso a los estudios de medicina personalizada entre diversos centros”, asegura el Dr. Lucas Moreno, jefe del Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del grupo de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Infantiles del VHIR. “Con SEHOP-PENCIL

---

<sup>1</sup> Con información de prensa Hospital Vall d' Hebrón

---

## Los análisis ayudarán a mejorar el diagnóstico y estratificar a los y las pacientes según su riesgo, lo que permitirá reducir la intensidad de tratamiento en aquellos pacientes con mejor pronóstico.

queremos establecer una estrategia de coordinación estatal para superar estas diferencias”, añade el Dr. Moreno.

En el proyecto participarán más de 500 pacientes con tumores pediátricos tratados en cualquier hospital de nuestro territorio, y está especialmente dirigido a los casos de alto riesgo, es decir, con mayor mortalidad. Mediante diferentes técnicas, se secuenciarán los tumores en el momento del diagnóstico o en la recaída. “Conocer la biología molecular del tumor ayudará a identificar alteraciones concretas que permitan ofrecer terapias dirigidas para mejorar la supervivencia”, explica la Dra. Aroa Soriano, investigadora principal del grupo de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Infantiles del VHIR.

Estos análisis ayudarán también a mejorar el diagnóstico y estratificar a los y las pacientes según su riesgo, lo que permitirá reducir la intensidad de tratamiento en aquellos pacientes con mejor pronóstico y, por lo tanto, disminuir la toxicidad y secuelas a largo plazo. Finalmente, se estudiará la existencia de síndromes de predisposición hereditaria al cáncer, existente hasta en un 10% de los cánceres in-

fantiles y cuya detección permite empezar programas de detección precoz en pacientes y sus familias.

Por último, se trabajará también en el desarrollo de nuevas tecnologías, como por ejemplo la biopsia líquida, es decir, el análisis de muestras de sangre que pueden contener células cancerígenas o material genético que proviene del tumor. Su estudio ofrece la posibilidad de evaluar la heterogeneidad del tumor y monitorizar la respuesta a los tratamientos de forma más sencilla, menos invasiva y más eficiente que una biopsia de tejido habitual.

### **Redes de coordinación entre centros para superar las diferencias**

Para facilitar el acceso a las técnicas de secuenciación y la medicina de precisión por parte de todos los niños y niñas con cáncer, se establecerán redes coordinadas de expertos entre centros de oncología pediátrica nacionales, con 10 *hubs* o centros genómicos que tendrán la capacidad de secuenciar las muestras que lleguen de otros hospitales. Esto ayudará a minimizar desplazamientos para los pacientes.

El objetivo final de SEHOP-PENCIL será que la medicina de precisión se incorpore a la cartera de servicios de cualquier hospital, y que se estudie su utilidad y efectividad. Esto permitirá que España se una al tren de los países líderes europeos en cuanto a oncología pediátrica que

ya han incorporado estos estudios en primera línea. Pese a que inicialmente el proyecto se llevará a cabo en pacientes con tumores de alto riesgo, una vez implementado se espera poder llegar a todos los pacientes pediátricos con cáncer.

SEHOP-PENCIL es un proyecto eminentemente colaborativo de trabajo en red con todos los hospitales y centros de investigación en cáncer infantil, coordinado por el VHIR y el Hospital Universitario Vall d'Hebron, desde donde también se trabajará en técnicas de secuenciación avanzada y en la búsqueda de nuevos tratamientos para pacientes cuyos cánceres han recaído. Además, participan el Instituto de Investigación Hospital Universitario la Paz, la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica, el Instituto de Investigación Sanitaria La Fe - Hospital Universitario y Politécnico La Fe, el Instituto de Biomedicina de Sevilla - Hospital Universitario Virgen del Rocío, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras - Instituto de Salud Carlos III, la Fundación de Investigación CRIS Contra el Cáncer, la Fundación de Investigación del Hospital Infantil

Universitario Niño Jesús, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona – Instituto de Recerca Sant Joan de Déu, la Clínica Universidad de Navarra, el Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Según la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP), cada año se diagnostican más de 1.800 nuevos casos de cáncer en niños, niñas y adolescentes en España. Los cánceres pediátricos se consideran enfermedades raras, dentro de los cuales se engloban más de 60 tipos muy heterogéneos y que presentan diferencias respecto a los cánceres de adulto.

Pese a la mejora en las terapias actuales, la supervivencia se ha mantenido estancada durante la última década y el cáncer es la primera causa de muerte en niños mayores de un año, además de causar secuelas en muchos supervivientes. La medicina de precisión está cambiando el paradigma de tratamiento del cáncer con el objetivo de estratificar a los pacientes según su pronóstico y ofrecer terapias dirigidas más eficaces y con menos toxicidad. <sup>[1]</sup>



Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

## Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

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

# La jornada laboral en el sector de prestación de servicios de salud

\* Fabiola Alba Muñoz

**E**n diversas ocasiones hemos referido que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es altamente reglado y es recurrente el hecho de que se piense que por vía reglamentaria se pueden solucionar los problemas que aquejan al sector. Paradójicamente, a mayor reglamentación, mayor incumplimiento o desapego a la normatividad.

Aunque diversas razones puedan argumentarse como justificación a la falta de cumplimiento de la normativa, lo cierto es que en algunas ocasiones vemos que se trata de una falta de gobernanza y exigencia que facilita ese desconocimiento; pero otros asuntos de reglamentación, en cambio, sí deben contemplarse aspectos diferenciales para el sector salud, debido a sus peculiaridades y especialísimas condiciones de operación.

La jornada laboral en el sector salud es uno de esos asuntos que debieran tener un análisis especial y diferencial, pero debemos empezar por señalar el marco normativo que nos rige, en especial cuando recientemente, mediante la Ley 2101 de 2021, el país le ha apostado a la reducción de la jornada máxima legal muy en la línea de las tendencias mundiales. Actualmente, la jornada

laboral ordinaria es de ocho horas diarias y 48 semanales, con la Ley se reducirá la jornada ordinaria laboral de manera gradual: en 2023, a 47 horas; para 2024, la jornada ordinaria será de 46 horas, hasta llegar a 44 horas en el año 2025.

Al margen del loable propósito e incentivos que se persiguen, existen voces que advierten desde la incapacidad e inconveniencia de ajustar la jornada laboral y su impacto en la productividad empresarial del país -para nuestro caso, del sector salud-, hasta las dificultades por ese incremento en el costo, en unas entidades cuyas actividades son continuas e intermitentes y la rigidez de la norma que imposibilita ajustes de las jornadas.

El derecho laboral en Colombia tiene como marco regulatorio la Constitución Política de 1991, los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia, el Código Sustantivo del Trabajo y sus normas complementarias y reglamentarias.

De acuerdo con el artículo 25 de nuestra Constitución Política, “el trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”.

---

\* Jefe Jurídica Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC.

Asimismo, el artículo 26 señala:

“Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social”.

La Carta Política dispuso que el Congreso debía expedir el Estatuto del Trabajo, en el que deben tenerse en cuenta unos principios mínimos fundamentales para los trabajadores y el desarrollo del trabajo en condiciones dignas y justas. Sin embargo, 22 años después, ese Estatuto no se ha expedido y asuntos de trascendencia en materia laboral han quedado sujetos a reformas y disposiciones especiales.

Nuestro régimen laboral sustancial ha tenido dos reformas importantes: una con la Ley 50 de 1990 y otra con la Ley 789 de 2002, con las que se introdujeron cambios importantes en materia de prestaciones laborales, régimen indemnizatorio, jornada laboral, regímenes especiales, entre otros.

## La jornada en el sector público

Es menester precisar que los empleados del sector público, tienen en algunos aspectos, régimen laboral y disposiciones especiales que les son aplicables en razón de su condición de empleados públicos.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 33 del Decreto 1042 de 1978, la jornada máxima legal para los empleados públicos nacionales es de 44 horas a la semana. Según lo establecido en el artículo 21 del mencionado Decreto, se infiere que los empleos de tiempo completo tienen una jornada diaria de ocho horas que, en virtud de la Sentencia C-1063 de 2000, se aplica a los empleados públicos territoriales, entre ellos, a los que laboran en entidades prestadoras de servicios de salud. A los empleados públicos que cumplen funciones en el campo médico-asistencial en las entidades prestadoras de servicios de salud -teniendo en cuenta el contexto de la Ley 269 de 1996, la Ley 100 de 1993 y la nomenclatura y clasificación de empleos del sector salud-, les corresponde la que tiene por objeto la prestación directa de servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como servicios paramédicos y demás, conducentes a conservar o restablecer la salud de los pacientes.

El artículo 2 de la Ley 269 de 1996<sup>1</sup> determina lo siguiente:

“El personal asistencial que preste directamente servicios de salud podrá desempeñar más de un empleo en entidades de derecho público. La jornada de trabajo del personal que cumple funciones de carácter asistencial en las entidades prestadoras de servicios de salud podrá ser máximo de **doce horas diarias sin que en la semana exceda de 66 horas, cualquiera**

---

<sup>1</sup> Por la cual se regula parcialmente el artículo 128 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público.

---

**sea la modalidad de su vinculación” [Resaltado nuestro].**

Esta jornada máxima diaria (doce horas), aplica para aquellas personas que tengan más de una vinculación con el Estado. Quiere decir lo anterior que, si un profesional de la salud no tiene más de una vinculación con el Estado, debe cumplir la jornada de 44 horas a la semana, esto es, la establecida en las resoluciones de nombramiento.

Tal como lo ha descrito en diversos conceptos el Departamento Administrativo de la Función Pública, los profesionales de la salud deben cumplir con las 44 horas a la semana y lo que esté por fuera de ellas, de acuerdo con la Ley 269 de 1996, podrá ser reconocido por medio de otra vinculación con la misma entidad, siempre que no se superen doce horas diarias de trabajo o 66 semanales<sup>2</sup>.

### **La jornada en el sector privado**

Según el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, la jornada laboral ordinaria es de 48 horas semanales que pueden ser distribuidas de lunes a viernes o de lunes a sábado, jornada que, conforme a la Ley, se reducirá gradualmente hasta llegar a 44 horas en el año 2025. La norma establece algunas excepciones según las labores y según acuerdos entre el trabajador y el empleador.

La jornada de trabajo diurna es la que se desarrolla entre las seis de la mañana y las diez de la noche. Si el

trabajador debe laborar en jornadas comprendidas entre las diez de la noche y las seis de la mañana, su trabajo debe remunerarse con un recargo nocturno del 35 % adicional al valor de la hora diurna.

Las horas trabajadas por fuera de la jornada habitual se remuneran como horas extras. Si el trabajo extra se desarrolla dentro de la jornada diurna, cada hora extra se debe pagar con un recargo del 25 %. Si por el contrario se desarrollan en la jornada nocturna las horas extras, se pagan como nocturnas con recargo del 75 %.

También se contempla que para los empleadores no existe la obligación de pagar horas extras a aquellos trabajadores que ostenten cargos de dirección, confianza y manejo.

Conforme al artículo 159 del Código Sustantivo del Trabajo, el trabajo suplementario o de horas extras es aquel que “(...) excede de la jornada ordinaria y en todo caso el que excede de la máxima legal”.

Debe tenerse en cuenta que no es posible compensar en tiempo el trabajo extra desarrollado, por una parte porque la norma no lo contempla, y por otra porque las horas extras son un elemento del salario y por lo tanto debe ser tenido en cuenta para el pago de la liquidación de prestaciones sociales.

Ahora bien, en el sector privado, si un empleador desea ampliar dicha jornada, debe atenerse a lo dispuesto

---

<sup>2</sup> Concepto del DAFP - Sector salud  
Varias preguntas. RAD. 3644ER2009.

en el artículo 166 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 3° del Decreto 13 de 1967, que dispone lo siguiente:

“También puede elevarse el límite máximo de horas de trabajo establecido en el artículo 161, en aquellas labores que por razón de su misma naturaleza necesitan ser atendidas sin solución de continuidad, por turnos sucesivos de trabajadores, pero en tales casos, las horas de trabajo no pueden exceder de cincuenta y seis (56) por semana”.

Para darle aplicación a la anterior disposición, debe cumplirse con el requisito que consagra el artículo 4° del Decreto Reglamentario 995 de 1968, que establece lo siguiente:

“Cuando una empresa considere que determinada actividad suya requiere por razón de su misma naturaleza, o sea necesidades técnicas, ser atendida sin ninguna interrupción y deba, por lo tanto, proseguirse los siete (7) días de la semana, comprobará tal hecho ante la Dirección Regional del Trabajo, o en su defecto ante la Inspección del Trabajo del lugar, para los fines del artículo 166 del Código Sustantivo del Trabajo”.

Así, si la empresa requiere aumentar la Jornada Ordinaria de Trabajo Máxima, debe acudir ante la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo donde tenga su domicilio principal y solicitar la respectiva autorización, en cumplimiento de lo dispuesto por el numeral 2° del artículo 162, que determina esto:

“Las actividades no contempladas en el presente artículo sólo pueden exceder los límites señalados en el artículo anterior mediante autorización expresa del Ministerio del Trabajo y de conformidad con los convenios internacionales del trabajo ratifica-

dos. En las autorizaciones que se concedan se determinará el número máximo de horas extraordinarias que puedan ser trabajadas, las que no podrán pasar de doce (12) semanales, y se exigirá al empleador llevar diariamente un registro de trabajo suplementario de cada trabajador, en el que se especifique: nombre de éste, edad, sexo, actividad desarrollada, número de horas laboradas, indicando si son diurnas o nocturnas, y la liquidación de la sobrerremuneración correspondiente.

El empleador está obligado a entregar al trabajador una relación de horas extras laboradas, con las mismas especificaciones anotadas en el libro de registro”.

A la solicitud de autorización deben acompañar, entre otros, los siguientes documentos<sup>3</sup>:

1. Escrito de solicitud debidamente motivada y justificada.
2. Indicar el tiempo por el cual requieren la autorización, teniendo en cuenta que dicha autorización no puede ser indefinida.
3. Certificado de existencia y representación legal.
4. Certificación expedida por el grupo de archivo sindical, de no pacto colectivo, no Convención Colectiva de Trabajo, que podrá ser solicitada en la Carrera 13 N° 32 – 76, Piso 16, solicitud que deberá ser acompañada con el Certificado de Cámara de Comercio vigente.
5. Fotocopia del registro del Copaso o Vigía.
6. Fotocopia de la resolución de aprobación del Reglamento Interno de Trabajo vigente.
7. Certificación de la afiliación de la empresa a la Administradora de Riesgos Profesionales.

Es importante tener en cuenta que, para la aplicación de turnos y la consecuente variación de la jornada laboral, debe haber acuerdo con los trabajadores, si esto implica una modificación de los contratos de trabajo en lo relacionado con jornada laboral inicialmente pactada.

---

<sup>3</sup> Requisitos publicados en la página web del Ministerio de Trabajo: [www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co).



### **La jornada ordinaria laboral ha sido definida y la norma dispone cómo y qué se considera jornada extraordinaria y que actividades están excluidas o pueden tener un tratamiento excepcional en la definición de dichas jornadas.**

A este mecanismo deben acudir con frecuencia las Instituciones hospitalarias para aplicar turnos y variaciones a la jornada laboral, con el fin de no interrumpir las actividades y lograr desarrollos más acordes con las actividades asistenciales.

Tenemos entonces que la jornada ordinaria laboral ha sido definida y la norma dispone cómo y qué se considera jornada extraordinaria y que actividades están excluidas o pueden tener un tratamiento excepcional en la definición de dichas jornadas. La prestación de servicios de salud entraña una actividad constante, de extremo cuidado y de alto flujo de personal, lo cual exige disponibilidad de personal y de recursos para cubrir el costo de varios turnos para que pueda cumplirse debidamente la prestación.

Conforme a lo anterior, tenemos que la jornada ordinaria máxima legal en el sector público es de 44 horas semanales, con la posibilidad de aumentar dicha jornada hasta doce horas diarias. En el sector privado, la jornada máxima ordinaria es de ocho horas diarias equivalentes a 48 horas semanales, pudiendo ampliar dicha jornada previa autorización de la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo, estableciendo jornadas máximas diarias de diez horas y doce horas extras semanales máximas, o por turnos sucesivos de trabajadores, pero en tales casos, las horas de trabajo no pueden exceder de cincuenta y seis (56) por semana.

Sin duda, en otros sectores de la economía, esta normativa resulta suficiente y, en términos generales, permite el desarrollo armonioso de las actividades laborales. No obstante, el sector salud, por sus particulares

características, se ha tenido que enfrentar a diversas dificultades en materia de contratación y de jornadas laborales.

La normativa que se expide en materia de régimen de contratación de los profesionales de la salud, en la mayoría de las veces obedece a situaciones concretas que se quieren neutralizar, pero no existen disposiciones uniformes o consecuentes con los demás factores que deben tenerse en cuenta para su implementación. Especial acápito representa el de la suficiencia de los recursos, porque para responder a las exigencias, es necesario que el sector salud, como un todo, cumpla con el compromiso de generación y movilización de recursos para que esos se trasladen hasta sus trabajadores. En el caso de las Instituciones Hospitalarias Públicas, se exige la vinculación directa de los profesionales de la salud, pero los mecanismos y recursos de presupuesto existentes, no han permitido su completa ejecución.

En el escenario de una Ley que reduce la jornada laboral versus otras disposiciones que limitan las opciones cuando de actividades ininterrumpidas y calificadas, como las del sector prestador de servicios de salud se trata, y las dificultades en materia de flujo de recursos, se hace necesaria una revisión integral que contemple la dinámica especial del sector, sus necesidades y carencias.

Adicionalmente, es preciso tener en cuenta que el presente Gobierno ha anunciado ajustes en la jornada diurna, nocturna y extraordinaria, condición que también genera un especial impacto en la prestación de servicios de salud, pues en una actividad como se ha descrito, especial e ininterrumpida, será necesario coordinar varios turnos, sin tener la certeza de la suficiencia de personal o de contar con los recursos necesarios para ello. **III**

# Mi Salud en tiempos de Pandemia

## El 30% de las mujeres latinoamericanas estarían dispuestas a hacerse una cirugía estética mamaria

### La incidencia de la pandemia en el cuidado de la salud mamaria

La pandemia por Covid-19 provocó grandes cambios en la industria de la salud. Johnson & Johnson MedTech, en alianza con Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur (IPSOS) llevó adelante un estudio titulado "Mi salud en tiempos de pandemia". La encuesta fue realizada a hombres y mujeres mayores de 18 años, de diferentes niveles socioeconómicos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México. Los resultados nos acercan al comportamiento de los pacientes latinoamericanos con respecto a su salud y cómo han postergado -o no- su atención; la continuidad de los tratamientos y distintos procedimientos médicos durante el tiempo de aislamiento.

Un diferencial de este estudio es el apartado dedicado a indagar en **la salud de las mujeres durante la pandemia**. Mentor, fabricante y líder mundial de implantes mamarios de Johnson & Johnson MedTech, difunde estos resultados con el objetivo de sumar valor a la conciencia de la salud mamaria en la región:



### La salud de las mujeres en pandemia: un paréntesis en los controles médicos

Según "Mi salud en tiempos de pandemia", la gran mayoría de los pacientes en Latinoamérica no tuvo que cancelar o retrasar servicios médicos.

**Las cirugías plásticas cómo la reconstrucción mamaria, mamoplastia y reducción mamaria se encuentran en el quinto lugar de estas categorías (3%).** Entre los principales motivos para postergar cirugías plásticas, los entrevistados destacaron la falta de tiempo personal (33%) y el temor a contraer covid-19 (27%).

**En Latinoamérica, sólo 5 de cada 10 mujeres se realizaron el autoexamen de mamas al menos una vez al mes.** Además, el informe destaca que un 6% no sabría cómo hacerlo correctamente. En el caso de **Colombia, 93% de las mujeres saben cómo hacerlo.**

En cuanto a chequeos médicos preventivos, los que más se realizaron fueron análisis de sangre de rutina (43%) y chequeo preventivo físico general (22%) pero **sólo el 11% de las mujeres encuestadas afirmó haberse realizado una mamografía durante el 2021.** En Colombia, de las mujeres con más de 45 años, 13% realizaron mamografía

### Cirugías mamarias en tiempos de aislamiento

Los resultados de la investigación revelan que el **30% de las mujeres latinoamericanas están dispuestas a realizarse una cirugía estética mamaria.** En Colombia, este número es 23%, siendo que, en los niveles socioeconómicos más altos, este número es 58%. No obstante, los datos que se obtienen son diferentes cuando se trata de una cirugía mamaria por reconstrucción oncológica: en América Latina, el 63% de las mujeres la transitaría mientras que, en Colombia, el 69% manifestó que estaría dispuesta.

Tanto en el caso de cirugía por aumento como en el caso de reconstrucción por mastectomía, antes de decidir si proceden o no con la operación, **el 80% de las mujeres buscaría información a través de un cirujano especialista. Los resultados en Colombia revelan que el 72% recurriría a un médico cirujano especialista y el 39% a su médico de cabecera.**

"La cirugía mamaria, sea ella estética o de reconstrucción, debe ser una decisión de cada mujer con base en informaciones de calidad y después de sanar todas las dudas sobre la cirugía con su médico para definir cual la mejor solución para su vida", explica Laura Del Rio, Cardiovascular & Specialty Solutions Business Unit Director en Latam, de Johnson & Johnson MedTech. "Es de vital importancia escoger productos con calidad comprobada y que los pacientes asistan a los postoperatorios; los exámenes de seguimiento y sigan las instrucciones del médico para monitorear los implantes", completa la ejecutiva.

La investigación "Mi salud en tiempos de pandemia" de Johnson & Johnson MedTech, revela datos sobre la conducta de los pacientes latinoamericanos que ayudan a tomar decisiones estratégicas en la industria sanitaria. Las conclusiones son clave para poder invertir esfuerzos en las áreas que los pacientes más necesitan de atención y así brindarles un servicio de atención sanitaria de calidad.

# Expectativas de una reforma del sistema de salud

Por: Néstor Álvarez<sup>1</sup>

Cumpliendo sus promesas de campaña, uno de los primeros anuncios que hizo el nuevo Gobierno, a través de su ministra de salud, fue su compromiso de adelantar una reforma al sistema de salud, hecho que ha generado múltiples reacciones y especulaciones entre los actores del sector.

El activismo por un cambio al sistema de salud de la ministra Carolina Corcho, durante la campaña y en años pasados, es bien conocido por todos y ha tenido apoyo en muchos ciudadanos, no solo por los simpatizantes del Gobierno actual, sino también de muchas otras corrientes políticas y ciudadanos que no militan en ningún partido.

El porqué del apoyo de muchos a la propuesta de cambiar la perspectiva de la salud como negocio y enfocarla a hacer negocios para tener resultados en salud es sencillo. El actual sistema de salud, basado en la Ley 100 de 1993, tuvo grandes avances para los colombianos, entre los que se encuentran tener un derecho respaldado por un dinero constante para su garantía, soportado en el sistema de aseguramiento,

y la ampliación de este derecho a más población, premisas que se han convertido en la bandera de triunfo de los defensores del modelo actual. Sin embargo, no podemos olvidar el dolor que ha causado este sistema a muchos ciudadanos al dejar morir pacientes por negligencias de las entidades promotoras de salud (EPS) y la pérdida de dineros públicos de salud en deudas que dejan las EPS liquidadas a las IPS.

El diagnóstico del problema de salud es claro por todos los actores en Colombia. Incluso la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reconoce cómo la falta de un sistema de información eficiente está llevando al sistema a sobrecostos, lo que puede terminar en ser financieramente insostenible. ¿Si son conocidos por todos los problemas, entonces por qué el país insiste en solo destacar la bandera de la universalización y no quiere avanzar a solucionar problemas para lograr efectivamente resultados en salud?

Sin desconocer algunos avances en el derecho a la salud, a mi juicio, hay una falta de voluntad de anteriores gobiernos, así como una indiferencia

---

<sup>1</sup> Representante de la Organización de Pacientes de Alto Costo.

---



de los empresarios en exigir mejoras en el sistema para no afectar la productividad del país y una indiferencia de algunos actores porque están obteniendo sus resultados financieros y nos les interesa la salud de los colombianos.

¿Pero qué papel han jugado las EPS en estos retos del sistema? Considero que estas empresas no se han enfocado en mostrar al mundo resultados en salud y ser modelos para otros sistemas de salud; por el contrario, han dado ejemplo de cómo no debe funcionar un sistema de salud.

Empecemos por las barreras administrativas para las autorizaciones y referencia para prestación de servicios, que suman días de espera impidiendo al paciente el acceso a los servicios y la adherencia a tratamientos. Otro aspecto es la entrega de medicamentos a tiempo, completa y continua, o el abandonar al paciente en contratos de atención donde la oportunidad puede estar a meses o, sencillamente, negarla so pretexto de falta de agenda. Las EPS no cumplen estas funciones correctamente, y eso ha llevado a que en el sistema prevalezcan solo las transacciones comerciales sin indicadores de cumplimiento y de resultados en salud.

Citaré un ejemplo clásico para demostrar que este sistema está lejos de resultados en salud: el compromiso de Colombia con el mundo en el manejo del VIH. ONUSIDA trazó tres metas para el 2020: que el 90% de las personas que vivan con VIH deben saberlo; 90% de los que viven con VIH deben tener acceso a medicamentos, y que en el 90% de los que toman medicamentos el virus sea indetectable. El país no cumplió y, ahora, estas metas subieron al 95%, y estamos más lejos de cumplirlas.

La pregunta es la siguiente: ¿por qué Colombia no cumplió estas metas, si todo lo que

**En el sector se están identificando diversas corrientes reformistas. Algunos indican que se debe mejorar lo que tenemos, pero no se conoce claramente cuál sería la mejora y en cuánto tiempo se verían los resultados.**

necesite un paciente que vive con VIH está cubierto por el sistema de salud? La respuesta es sencilla: a las EPS, que son las encargadas de manejar el derecho a la salud de estos pacientes, nunca les ha interesado cumplir estos objetivos; siendo un poco benévolo, se perdonaría el no cumplimiento del primero, pero en relación con el hecho de tener acceso a ARV y estar indetectables en el 90% de los pacientes, no es aceptable que no le hayan cumplido al país y al mundo, ya que el Estado paga mensualmente el seguro de cada colombiano. Vale la pena mencionar que también el tema de calidad de atención en algunas IPS que atienden esta patología es baja, ya que tampoco les interesa tener a los pacientes indetectables, pues reciben el mismo dinero todos los meses háganlo bien o mal.

En el sector se están identificando diversas corrientes reformistas. Algunos indican que se debe mejorar lo que tenemos, pero no se conoce claramente cuál sería la mejora y en cuánto tiempo se verían los resultados. En el pasado se ha sugerido un pago adicional por resultados en salud en algunas patologías como opción para que el sistema migre a resultados en salud y, aunque el punto es válido, ¿cuánto costaría pagar por hacer las cosas bien? ¿Se justifica ese sobrecosto? ¿No sería más fácil exigir que la atención sea de mejor calidad?

Otros creen que si la ADRES maneja todo el recaudo y pagos se evitaría la pérdida de dineros públicos de salud como ha sucedido en el pasado; mejoraría el flujo de dinero en el sistema porque se pagaría a tiempo y las EPS se enfocarían en resultados en salud, lo que resulta una



## De los pacientes

vía posible. Pero ¿seguirá siendo atractivo para estas empresas no manejar todo este dinero y solo su porcentaje de administración? ¿Se comprometerían en hacer esas funciones bien si hasta ahora no lo han hecho?

Una tercera línea sería la del Gobierno, en relación con eliminar las EPS y dejar esta administración a los entes territoriales como un sistema de salud público en la administración y mixto en la prestación de servicios de salud por la deficiencia de IPS públicas en el país. Esta salida la han definido los defensores de la Ley 100 como un salto al vacío, sin mostrar razones de fondo.

Entonces, ¿cuál es la solución que aceptarían todos los colombianos y que garantizaría ser bien atendidos en el sistema de salud?

La expectativa de esta reforma al sistema de salud promovida por el actual Gobierno para algunos es tan esperada como el mesías, porque se piensa que todo se solucionará y seremos felices; sin embargo, es importante empezar por decir que no será así, por razones como las siguientes: la demora en la atención de algunas especialidades médicas se debe a falta de especialistas, solución que se daría ampliando el cupo en las Universidades que forman especialistas en diversas áreas de la medicina y, por el tiempo que puede durar esta solución, de cuatro a cinco años, no la vemos cerca.

El acceso a los medicamentos es un tema transversal a cualquier modelo de administración del derecho y tampoco será resuelto con la reforma mientras persista la presión de la industria de querer vender más caro al sistema de salud y vender menos unidades al llamado canal institucional, generando faltantes y llevando a hacer compras a mayor precio por el canal comercial para mejorar sus ganancias.

El tema de corrupción creemos que no se solucionará del todo con esta reforma por lo que muestra la historia de nuestro país, aunque esperaríamos que en este Gobierno se reduzca considerablemente.

¿Entonces que esperamos los usuarios de la reforma? Muchas personas están esperando lo siguiente:

- Mejor oportunidad de atención, lo cual no creemos que se dé por lo mencionado anteriormente.
- Menos barreras administrativas, lo que puede ser más fácilmente realizable si se implementa un sistema de información en línea entre los actores.
- Calidad de la atención, que debe ser tema inmediato con reforma o sin reforma.
- Mayor promoción y prevención, que se puede implementar con reforma o sin reforma, solo es que el ente rector, es decir, el Ministerio y los entes de control prendan motores y empiecen el proceso.
- Pagos a proveedores más rápido, lo que se puede hacer de inmediato, con voluntad de la Supersalud, haciendo cumplir la Ley 1438 de 2011.
- El tema laboral es otro esperado en la reforma, y puede ser el *plus* más difícil por lo que significa la relación costos vs. utilidades para los prestadores.

Como se puede ver, hay muchas expectativas sobre la esperada reforma y de pronto no todo lo que se espera se pueda cumplir. Adicionalmente, hay un miedo al cambio por los problemas que se podrían presentar en cualquier transición. Por ahora, lo único cierto es que los pacientes serán en últimas los que sigan asumiendo los riesgos con cambios o sin cambios. Esperamos que el legislativo piense en el país y no se concentre en pulsos y batallas políticas. ■

# Encuesta IPS escasez de medicamentos e insumos hospitalarios a septiembre 2022

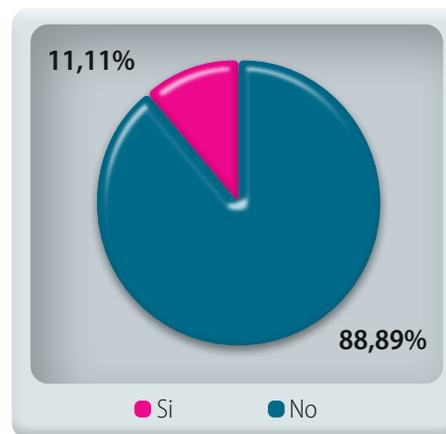
Ante la escasez de algunos insumos y medicamentos de uso frecuente en la atención hospitalaria, que se evidenció a partir del segundo semestre del año en curso, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) elaboró una encuesta con el objetivo de tener evidencia cuantitativa de dicha problemática y poder transmitir las alertas para la gestión correspondiente ante el Gobierno Nacional y las entidades de control y vigilancia del sector, para evitar dificultades futuras en la atención hospitalaria, especialmente en el caso de los insumos, y de esta forma contribuir en la búsqueda de soluciones para tomar nuevas decisiones en materia de política pública.

La recolección de información se llevó a cabo entre el 22 de agosto y el 11 de septiembre del 2022. Durante este periodo se obtuvo un total de 135 respuestas por parte de instituciones afiliadas a la ACHC, las cuales tienen un total de 18.450 camas habilitadas (lo que representa aproximadamente el 19% del total de las camas a nivel nacional). La muestra obtenida incluyó instituciones tanto de naturaleza pública (44%) como de naturaleza privada (56%) y de nivel de alta (46%), mediana (15%) y baja complejidad (39%).

Los resultados obtenidos se describen a continuación:

A la pregunta *¿Actualmente su institución presenta escasez en medicamentos y/o insumos médicos?*, 120 instituciones (88,89%) manifestaron tener escasez de medicamentos o insumos médicos, mientras que 15 (11,11%) manifestaron no tener escasez.

**Gráfica 1. Respuestas a la pregunta ¿Actualmente su institución presenta escasez en medicamentos y/o insumos médicos?**



Fuente: información reportada por instituciones afiliadas a la ACHC.

<sup>1</sup> Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). 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 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 y magíster en Cooperación Internacional al Desarrollo de UNIR; Ana Sofía Zea Ruiz: economista y politóloga por la Pontificia Universidad Javeriana; Fernando Bohórquez Robayo: administrador de empresas y especialista en evaluación de proyectos; Juan Guillermo Cuadros Ruiz: administrador de empresas por la Universidad Nacional de Colombia y MBA por la Universidad Nacional de Colombia.

## Medicamentos

A continuación, se les pidió a aquellas instituciones que manifestaron tener escasez que enlistaran los principales quince medicamentos en los cuales la institución presenta dificultades para su adquisición. Las diferentes respuestas fueron agrupadas en categorías generales; sin embargo, en las notas de pie de página se enuncian las principales referencias que fueron reportadas por las instituciones.

Dentro de los quince medicamentos con una mayor frecuencia de reportes de escasez por parte de las instituciones se encuentran los siguientes: acetaminofén<sup>3</sup>, con el 57,5%; tramadol<sup>4</sup>, con el 33,3%; agua estéril<sup>5</sup>, 25%; dipirona<sup>6</sup>, con el 20,8%; inmunoglobulina humana y vitaminas<sup>7</sup>, con el 15,8% de las instituciones cada una.

<sup>3</sup> Acetaminofén: se incluyen, entre otras referencias, tabletas (150 mg-500 mg), jarabe (150 mg), solución inyectable (150 mg/ 5 mL y 1 g/100 mL).

<sup>4</sup> Tramadol (solución inyectable de 50 mg/mL y 100 mg/mL).

<sup>5</sup> Agua estéril (100 mL y 500 mL).

<sup>6</sup> Dipirona (solución inyectable de 1 g y 2,5 g).

<sup>7</sup> Vitaminas (solución inyectable para adultos y pediátricas).

<sup>8</sup> Dihidrocodeína (jarabe de 2,42 mg/mL y 12,1 mg/5 mL).

<sup>9</sup> Nifedipino (tabletas 10 mg).

Adicionalmente se pidió estimar el tiempo que está garantizada la existencia de reservas de estos medicamentos en la institución y el porcentaje en el que ha aumentado el costo de adquisición, en comparación con el primer semestre del año 2022. A estas preguntas las instituciones señalan que, para medicamentos tales como la dihidrocodeína<sup>8</sup>, amoxicilina y tramadol, las reservas se encuentran en menos de seis días, mientras que el resto de los medicamentos del listado tienen reservas entre once y dieciocho días, entre ellos, el acetaminofén, el agua estéril y nifedipino<sup>9</sup>.

Acerca del costo de adquisición, medicamentos tales como la amoxicilina y la lopermida aumentaron un 5,6% y 2,6%, respectivamente, mientras que el tramadol, el agua estéril, la inmunoglobulina humana y la lidocaína aumentaron en promedio un 33%; a su vez, las vitaminas y el cloruro de potasio registran el mayor porcentaje de aumento con el 75,8% y 64,8%, respectivamente (Tabla 1).

**Tabla 1. Quince medicamentos con mayor reporte de escasez, días promedio de reserva y aumento promedio del costo de adquisición**

No.	Medicamento	% del total que reportaron escasez	Días promedio de reservas de medicamentos	Aumento del costo (Promedio)
1	Acetaminofén	57,5%	11	46,9%
2	Tramadol	33,3%	6	30,3%
3	Agua Estéril	25,0%	12	33,3%
4	Dipirona	20,8%	16	43,9%
5	Inmunoglobulina Humana	15,8%	13	33,2%
6	Vitaminas	15,8%	14	75,8%
7	Carbonato De Calcio + Vitamina D	15,0%	13	46,9%
8	Neostigmina	14,2%	16	56,0%
9	Lidocaina	14,2%	18	35,0%
10	Cloruro De Potasio	13,3%	16	64,8%
11	Dihidrocodeína	11,7%	5	19,1%
12	Nifedipino	11,7%	13	18,5%
13	Amoxicilina	10,8%	6	5,6%
14	lopermida	10,0%	13	2,6%
15	Risperidona	10,0%	15	24,9%

Fuente: información reportada por instituciones afiliadas a la ACHC.

## Insumos médicos y dispositivos

A continuación, se pidió a las instituciones que enlistaran los principales quince insumos médicos y/o dispositivos en los cuales la institución presenta escasez. Al realizar el mismo proceso de categorización que con

los medicamentos, se encontró que dentro de la lista de los quince con una mayor frecuencia de reportes de escasez en las instituciones (tabla 2) se encuentran, en su orden, los siguientes: catéteres<sup>10</sup>, con 70%; agujas<sup>11</sup>, con 35,8%; cánulas<sup>12</sup>, con 25%; tubos endotraqueales<sup>13</sup>, con 25%, entre otros.

**Tabla 2. Quince insumos médicos y/o dispositivos con mayor reporte de escasez, días promedio de reserva y aumento promedio del costo de adquisición**

No.	Medicamento	% del total que reportaron escasez	Días promedio de reservas de medicamentos	Aumento del costo (Promedio)
1	Catéteres	70,0%	11	15,6%
2	Agujas	35,8%	14	8,5%
3	Cánulas	35,0%	9	7,1%
4	Tubos Endotraqueal	25,0%	16	13,4%
5	Equipos Flujo	17,5%	17	14,1%
6	Electrodos	15,0%	16	4,9%
7	Bolsas	14,2%	15	11,7%
8	Jeringas	14,2%	13	3,9%
9	Máscaras	14,2%	12	6,3%
10	Suturas	10,8%	15	24,6%
11	Filtros	10,0%	7	4,4%
12	Sondas	7,5%	9	10,2%
13	Tubos de drenaje	7,5%	2	0,0%
14	Circuitos	6,7%	4	6,0%
15	Campo Quirúrgico	5,8%	16	9,2%

Fuente: información reportada por instituciones afiliadas a la ACHC.

A las preguntas del **tiempo que está garantizada la existencia de reservas y el aumento porcentual de los costos de adquisición**, en comparación con el primer semestre del año 2022 de estos insumos y dispositivos, las instituciones manifestaron que, para insumos como tubos de drenaje, circuitos, suturas<sup>14</sup> y

cánulas se tienen reservas entre dos y nueve días, mientras que para catéteres, máscaras, jeringas<sup>15</sup> y equipos de flujo<sup>16</sup> se tienen reservas de entre 11 y 17 días.

Del mismo modo, el costo de adquisición ha aumentado en promedio menos del 10% para insumos

<sup>10</sup> Catéteres (intravenosos N.º 18, 20, 22, Mahurka, drenaje, diálisis peritoneal, tunelizado palindrome N.º 36, 40 y 48).

<sup>11</sup> Agujas (hipodérmicas N.º 18-24, Spinocan, Surecan).

<sup>12</sup> Cánulas (traqueostomía, registro de CO<sub>2</sub>, raíz aortica, oxígeno).

<sup>13</sup> Tubos endotraqueal (N.º 2,0-7,0).

<sup>14</sup> Suturas (Manuales y mecánicas)

<sup>15</sup> Jeringas (3MI-50MI)

<sup>16</sup> Equipos de flujo (Irrigación, Macrograteo, bombas de infusión)

<sup>17</sup> Filtros (Inspiratorios- Expiratorios, adultos y pediátricos)

tales como las jeringas, filtros<sup>17</sup>, cámulas, electrodos<sup>18</sup> y circuitos, mientras que en relación con las sondas, tubos endotraqueales, catéteres y suturas se registran aumentos entre el 10% y el 24,6%. Se exceptúan los tubos de drenaje en los que no se reporta un aumento en el costo de adquisición.

Acerca de las causas de dicha escasez, las respuestas fueron agrupadas en siete grupos que aparecen en la

tabla 3. La principal razón que aducen los proveedores a las entidades hospitalarias sobre la escasez es una baja oferta producida por una escasez de las materias primas para la fabricación de los medicamentos o insumos médicos, con el 52,5% de las instituciones. A esta causa le siguen los problemas de importación producidos por coyunturas internacionales (como la pandemia o la guerra) con el 35% de las instituciones que le atribuyen dicha escasez.

**Tabla 3. Respuestas a la pregunta**  
*¿Cuáles considera que son las causas de dicha escasez?*

Razón	%
Baja oferta por: escasez de materias primas	52,5%
Problemas en importaciones y nacionalización de los productos (pandemia, guerra)	35,0%
Aumento de precios por: Tasa de cambio/ Costos de transporte (fletes) para la importación de productos/ Mayores tiempos de transporte/ incremento materias primas	19,2%
Otras*	18,3%
Aumento de la demanda	6,7%
Regulación de precios	6,7%
Problemas logísticos	3,3%

Nota: los porcentajes no suman 100%, dado que la respuesta era de opción múltiple.  
Fuente: información reportada por instituciones afiliadas a la ACHC.

En tercer lugar, se encuentra un aumento en los precios por distintas razones como la depreciación del peso frente al dólar o el aumento de los costos de transportes, con el 19,2% de las instituciones que la atribuyen como la causa. El 18,3% de las instituciones dieron "Otra" razón, dentro de las que se encuentra la demora en la renovación de

registros sanitarios y en general en trámites sanitarios; medicamentos e insumos discontinuados, y la no especificación por parte del laboratorio. Por último, el 6,7% atribuyó la escasez a un aumento de la demanda y, en igual porcentaje, a la regulación de precios, mientras que el 3,3% de las instituciones lo atribuyó a problemas logísticos. **II**

<sup>18</sup>Electrodos (Marcapasos, monitoreo y tránsito)

# Instrumentos de pago en Colombia 2022

Los colombianos prefieren realizar sus pagos habituales en efectivo (78,4%) antes que por transferencias electrónicas (12,6%), especialmente por la facilidad y

rapidez para pagar y la posibilidad de reutilizarlo de manera inmediata. Así lo evidencia la más reciente *Encuesta de percepción sobre el uso de los instrumentos para los pagos habituales en Colombia*, realizada por el Banco de la República.

Razones por las cuales usa efectivo en sus pagos mensuales (porcentaje)

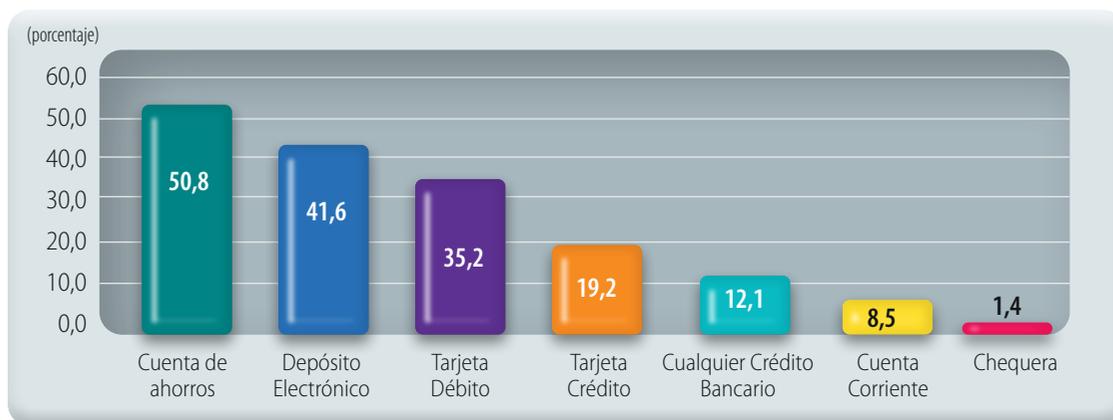
Ciudad	Es más fácil y rápido pagar en efectivo	Reutilizó de manera inmediata los recibidos como cambio	Por costumbre	Mis compras son de bajo monto	Para pagar las compras que hago en la calle	Es más barato comprar en efectivo	No tengo cuenta de ahorros/cuenta corriente o tarjeta crédito	Es menos riesgoso manejar efectivo	No tengo aplicaciones para realizar pagos	Para estar seguro de que el pago fue recibido	Miedo a que clonen mi tarjeta débito o crédito	Para no registrar datos personales
Barranquilla	17,0	21,6	9,8	8,6	5,9	7,8	8,5	7,9	2,6	3,9	5,9	0,7
Bogotá D.C.	14,0	14,8	12,9	11,2	12,1	7,1	5,6	5,4	5,2	5,0	3,0	3,5
Cali	20,4	11,6	14,3	10,0	7,2	5,0	7,7	8,4	7,8	2,8	2,2	2,8
Medellín	12,9	17,5	20,8	8,7	7,4	7,5	4,3	3,7	7,4	5,4	2,5	2,1
<b>Total general</b>	<b>15,3</b>	<b>15,1</b>	<b>14,0</b>	<b>10,6</b>	<b>9,4</b>	<b>7,6</b>	<b>6,2</b>	<b>5,7</b>	<b>5,4</b>	<b>4,9</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>

Fuente: Banco de la República (Epbmip).

Según los resultados de la encuesta de 2022 sobre instrumentos de pago, la mayoría de la población (81,8%) reporta que el monto mensual de sus pagos habituales por bienes y servicios son inferiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), y el 57% de la

población tiene algún producto financiero. De estos, el 50,8% manifiesta tener cuentas de ahorro; el 41,6%, depósitos electrónicos; el 35,2%, tarjeta débito; el 19,2%, tarjeta de crédito; el 12,1%, crédito bancario; el 8,5%, cuenta corriente, y el 1,4% tiene chequera. Asimismo, se estableció que el 43,1% de la población no tiene ningún producto financiero.

Tenencia de medios e instrumentos de pago



Fuente: Banco de la República (Epbmip).

Según la encuesta del Banco de la República, por género, el 50,5% de las mujeres manifes-

taron tener algún producto financiero, mientras que los hombres solo en un 35,6%, es decir, una tercera parte.

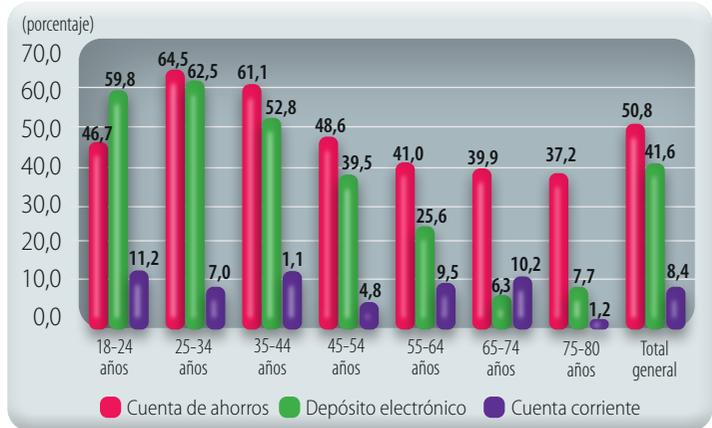
El documento además indica que, entre las capitales que registran los mayores porcentajes de población que cuentan con algún producto financiero,

están Bucaramanga, con el 66,7%; Bogotá, con el 62,9%; Medellín, con el 59,6%; Cali, con el 56,1%, y Barranquilla, con el 51,6%.

**A. Disponibilidad de tarjetas débito y crédito por edad**



**B. Disponibilidad de cuentas de ahorro y corriente y depósitos electrónicos por edad**

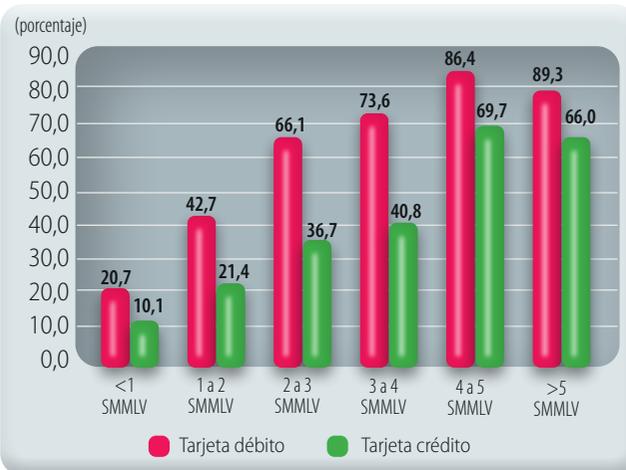


Fuente: Banco de la República (Epbmip).

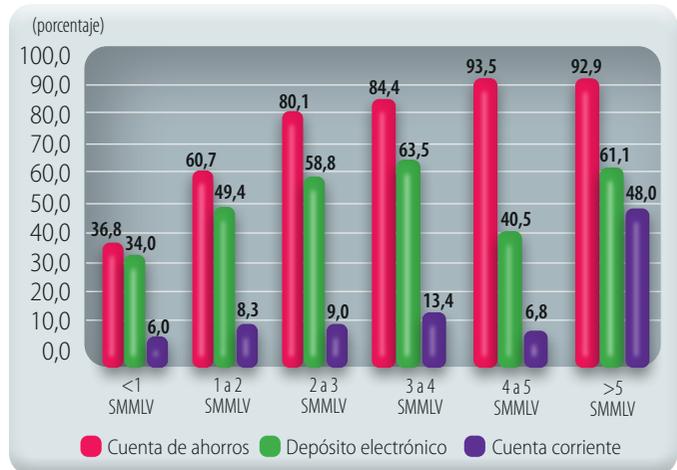
Por grupos de edad, la población con edades entre 35 y 44 años es la que registra el más alto porcentaje de tenencia para tarjeta débito, con el 45,7%, y tarjeta crédito, con

el 24,6%, mientras que el grupo con menor uso de tarjetas de crédito, con el 9,4%, son los jóvenes entre 18 y 24 años, y de tarjetas débito, los adultos entre 75 y 80 años, con el 12,6%.

**A. Disponibilidad de tarjetas débito y crédito por nivel de ingreso**



**B. Disponibilidad de cuentas de ahorro y corriente y depósitos electrónicos por nivel de ingreso**



Fuente: Banco de la República (Epbmip).

La encuesta analiza el uso los medios de pago desde el punto de vista de ingresos y, en esta edición de

2022, se evidencia que, cuanto mayor es el ingreso que recibe la población, mayor es la proporción que

tiene tarjetas débito y crédito: la tarjeta débito registra un uso del 89,3% en la población de mayores ingresos, mientras que para la tarjeta de crédito el mayor porcentaje de participación, que es del 69,7%, se da en individuos con ingresos de entre 4 y 5 SMMLV. Por su parte, la población con ingresos inferiores a un SMMLV es la que presenta las menores participaciones tanto de tarjeta débito, con el 20,7%, como de tarjeta de crédito, con el 10,1%

El banco de la República en su encuesta concluye que, de acuerdo con la disponibilidad de productos financieros, existe una relación clara y directa entre el nivel de ingreso y la disponibilidad de cuentas de ahorro. Mientras que la tenencia de cuentas de ahorro en la población de me-

nores ingresos (hasta un SMMLV) es de 36,8%, en la de mayores ingresos (más de 4 SMMLV) se ubica alrededor del 93%. En el caso de los depósitos electrónicos y las cuentas corrientes, es posible afirmar, para ingresos menores a 4 SMMLV, que, a mayor ingreso, mayor tenencia de estos productos. Para ingresos entre 4 y 5 SMMLV, la fracción de la población que dispone de depósitos electrónicos (40,5%) y de cuentas corrientes (6,8%) es similar a la registrada en la población de menores ingresos.

Finalmente, respecto al valor total de pagos mensuales en alimentos, bebidas, vestuario, transporte, vivienda y servicios públicos, los resultados de la encuesta de 2022 muestran que el 51,6% de la población reporta un valor inferior a un SMMLV. 

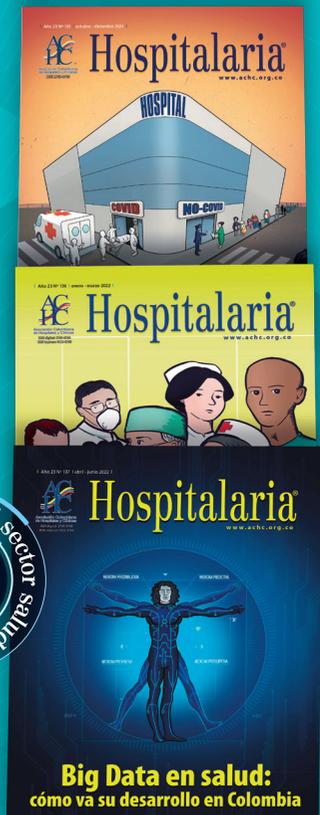


 **Revista Hospitalaria®**  
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)

La revista del sector salud Colombiano

**¡Paute con Nosotros! »»**

**Info:** [comunicaciones@achc.org.co](mailto:comunicaciones@achc.org.co)  
[publicidadhospitalaria@achc.org.co](mailto:publicidadhospitalaria@achc.org.co)  
**Celular:** 310 2616106 – 315 2031887  
**Fijo:** 57-1-3124411



# GLOSARIO NORMATIVO ACHC

\*\*\* Trascendente

\*\*Importante

\*Informativa

## 1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

### \*\*Ley 2253 (14 de julio)

Por medio del cual se crea el Registro Nacional Público Oficial de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas y se dictan otras disposiciones - Ley Jerónimo”.

La presente ley tiene por objeto crear el Registro Nacional Público Oficial de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (RNDCPH) y establecer un marco normativo que regule las actividades relacionadas con la donación y trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), y la creación e implementación de registros de donantes de CPH obtenidas por aspiración de médula ósea, movilización de sangre periférica y de sangre de cordón umbilical u otras médicamente validadas, y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas. También pretende crear una coordinación

nacional de registros y centralización de información a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS).

### \*\*Ley 2244 (11 de julio)

Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, y se dictan otras disposiciones, o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”.

En el marco de lo establecido en la presente Ley, el Estado promoverá la capacitación de las parteras y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales que ya existen a lo largo del territorio nacional, para sentar bases de las políticas públicas de acceso de la mujer y del recién nacido durante la gestación, parto y posparto, al pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, respetando los quehaceres y creencias de las parteras en el territorio nacional, desarrollando estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de



la partería, y en los niveles de comunicación y referencia que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido.

## 2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### \*\*\*Resolución N.º 1719 (20 de septiembre)

**Por la cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar el plazo para registrar el Plan de Visitas de Verificación.**

Con la presente Resolución se modifica el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019, para unificar los tiempos de las visitas de verificación con los tiempos definidos para la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en numeral 26.1 del artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, modificado por las Resoluciones 1317 de 2021 y 1138 de 2022, corregida por la Resolución 1410 de 2022.

Así, las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con una periodicidad anual, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con el objeto de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación. El plan deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y

deberá ser registrado en el REPS hasta el 20 de diciembre del mismo año.

Las secretarías de salud tendrán plazo hasta el 30 de junio de 2023 para registrar en el REPS el plan de visitas de verificación que será ejecutado en el segundo semestre de 2023, iniciando el 1 de julio. Los planes de visitas registrados en el REPS al 31 de agosto de 2022 quedarán sin efecto a partir de la expedición de la presente Resolución, no procediendo visita alguna con respecto a dicha programación.

Una vez se venza el término establecido en el numeral 26.5 del artículo 26 de la presente Resolución y hasta el 1 de julio de 2023, las IPS que solicitan la evaluación del cumplimiento de los estándares para la acreditación ante el ente acreditador podrán presentar, como soporte de visita de verificación ante dicho organismo, la certificación que se le haya expedido en el marco de la Resolución 2003 de 2014 por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Vencido dicho término, deberán presentar la certificación de verificación expedida por la secretaría de salud departamental, distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, correspondiente a la vigencia que determine el organismo acreditador.

### \*\*Resolución N.º 1703 (15 de septiembre)

**Por la cual se modifica la Resolución 1140 de 2022, en relación con la aplicación del segundo refuerzo de vacuna contra la COVID-19 en población entre 18 y 49 años, la vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación, la ampliación del rango de edad para el uso de la vacuna SPIKEVAX COVID-19 VACCINE MODERNA en menores de 6 a 11 años y el desarrollo de espacios de coordinación al interior de las entidades territoriales.**

Mediante la presente Resolución, se autoriza un segundo refuerzo de la vacuna contra COVID-19 a la población de 18 a 49 años sin que para ello sea necesario



una recomendación médica; además, especifica que el Instituto Nacional de Salud (INS) es el responsable de consolidar los casos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV) graves y la información en Vigiflow, e informar esos casos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

Asimismo, establece que las entidades territoriales a través de sus equipos de vigilancia en salud pública, los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del aseguramiento, cuenten con un espacio de coordinación en el que se realice la conciliación de las estrategias que se deben emplear en el Plan Nacional de Vacunación y el seguimiento al registro adecuado de las vacunas aplicadas, por lo cual en desarrollo de tales espacios y en el marco de la estrategia de apertura y cierre de los puntos de vacunación asociados a las sedes de los prestadores, se dispone de un instrumento en el que se diligencia dicha información -modificando los numerales 2.1, 2.4, 6.1, 6.2.2., 8.1 y 14.1 del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1140 de 2022, y sustituyendo sus Anexos Técnicos 2 y 7-.

### **\*\*Circular Externa N.º 38 (9 de septiembre)**

#### **Lineamientos para la preparación y respuesta sectorial frente a los posibles efectos en salud, incluyendo la COVID-19, durante la actual temporada de lluvias y fenómeno de variabilidad climática “La Niña 2022-2023”.**

Con base en esta circular, las IPS, entre otras acciones, deberán: garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contrarreferencia; ceñirse a lo previsto en la Resolución 5596 de 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “TRIAGE”; actualizar, implementar y socializar los planes hospitalarios de emergencia y los planes de contingencia específicos que respondan a los escenarios de riesgo de cada región, planes de evacuación y continuidad de la operación en caso de instituciones de salud localizadas en zonas de

inundación, incluyendo inventarios de insumos necesarios para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población, ante los posibles impactos de la temporada de lluvias y posible fenómeno de “La Niña”. Lo anterior tiene lugar con el propósito de garantizar la atención oportuna de los riesgos descritos, a través de los servicios de consulta externa, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros.

Asimismo, se debe realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las líneas vitales hospitalarias, y monitorear las capacidades de las IPS de las zonas de influencia, principalmente: agua potable, oxígeno y gases medicinales; medicamentos e insumos; energía, alimentación y transporte; disponibilidad de camas para emergencias; expansión hospitalaria y disponibilidad de personal. También se deben intensificar las capacitaciones dirigidas al personal sanitario, sobre los protocolos y guías de atención de las principales patologías y eventos priorizados, de acuerdo con el escenario de riesgo planteado. Asimismo, es preciso realizar auditorías internas periódicas de adherencia a los protocolos, guías y lineamientos para la atención de las principales patologías y eventos priorizados, y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.

Además, es necesario fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas hospitalarias, con el fin de evitar sitios de proliferación de roedores, plagas y otros vectores. En caso de requerirse, se deben realizar acciones de control vectorial en la infraestructura física hospitalaria, evitando de esta forma la transmisión de la enfermedad en los pacientes atendidos (hospitalizados o ambulatorios).

También se deben intensificar las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades. Asimismo, hay que garantizar los insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado, mascarillas quirúrgicas, guantes, entre otros. El punto 4.1.9 indica que se debe proporcionar mascarilla quirúrgica estándar (tapabocas), dando las indicaciones sobre su uso, mientras que el punto 4.1.10 sostiene que es preciso aplicar de manera estricta y rigurosa los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID-19 y cumplir con la notificación de los casos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

#### **\*\*Circular N.º 039 (9 de septiembre)**

##### **Destinación y uso de los recursos de la participación para la salud del Sistema General de Participaciones (SGP).**

A través de la presente Circular, se recuerda a los destinatarios que los recursos de “La Participación Para Salud” —Sistema General de Participaciones (SGP)— deben ser utilizados para los fines previstos en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, y no corresponde a recursos adicionales que puedan tener libre destinación.

#### **\*\*Resolución N.º 1638 (2 de septiembre)**

##### **Por la cual se modifica la Resolución 2077 de 2021, en el sentido de incluir un procedimiento de administración de vacunas.**

Con la presente Resolución, debido al riesgo epidemiológico asociado a la circulación

de virus a nivel mundial, se hace necesario incluir dentro de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) el código 99.3.5.23, VACUNACIÓN CONTRA OTRO VIRUS (ESPECÍFICO), que se encuentre disponible para vacunación de otros virus en caso de requerirse, como medida de contención ante alertas epidemiológicas.

#### **\*\*Resolución N.º 1455 (16 de agosto)**

##### **Por medio de la cual se modifican los artículos 13 y 14 de la Resolución 1545 de 2019, en cuanto al plazo para efectuar aplicaciones, traslados y devoluciones de excedentes conciliados en el procedimiento para el saneamiento de aportes patronales de las vigencias 2012 a 2016, financiados con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).**

Así, efectuada la conciliación y en el evento que se presenten saldos a favor de la entidad empleadora, esta deberá solicitar a la entidad administradora, en caso de presentar deudas por concepto de aportes patronales con otras administradoras, el traslado de dichos recursos hacia estas últimas, incluyendo los destinados hacia las EPS o demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) o a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); o al no presentar deudas por este concepto, solicitará la devolución de los saldos a favor, dentro de los plazos previstos en la normatividad vigente que le aplica a cada sistema, sin que sea superior al 21 de febrero de 2023 para realizar la solicitud por parte de la empleadora, y al 7 de marzo de 2023 para proceder a la devolución o traslado por parte de las administradoras.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), a partir de la finalización de las mesas de saneamiento y hasta el 7 de marzo de 2023, deberán informar a la entidad empleadora en medio físico mediante correo certificado y publicar en su página web, la aplicación detallada de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) por trabajador. Si existieren deudas conciliadas por concepto de cotizaciones de aportes patronales en



salud a favor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y de existir saldo en la cuenta maestra de la EPS y demás EOC correspondientes a recursos de SGP a nombre de la entidad empleadora con la que se realizó la conciliación de las vigencias 2012-2016, la entidad empleadora solicitará al Ministerio de Salud -previa aprobación de la EPS y demás EOC-, la aplicación de dichos saldos, a partir del inicio de las mesas de saneamiento y hasta el 21 de febrero de 2023.

Una vez efectuadas las devoluciones y traslados, y vencido el término otorgado, literal h, del presente artículo, las administradoras deberán confirmar a más tardar el 6 de junio de 2023 la acreditación de los períodos conciliados en el aplicativo de gestión de aportes patronales, publicar en su página web e informar a cada entidad empleadora.

### **\*\*Circular Externa N.º 37 (5 de agosto)**

**Recomendaciones para la no supresión de cargos que se requieran para el ejercicio de las funciones de las Empresas Sociales del Estado (ESE).**

Mediante la presente Circular, se insta a las Empresas Sociales del Estado (ESE) a evitar la supresión de cargos en vacantes definitivas que sean necesarios para el ejercicio de sus funciones, y urge al cumplimiento de su misión institucional con estándares de eficiencia, eficacia y calidad, manteniendo una planta de personal acorde a los servicios ofertados por la Entidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: garantizar la prestación de servicios de salud en los términos previstos en la Ley 1751 de 2015, manteniendo los cargos que se requieran; verificar la pertinencia de los cargos vacantes para el cumplimiento de las funciones propias de la entidad y, por lo tanto, estos no se deben suprimir sin esta revisión.

Lo anterior tiene como fin dar cumplimiento al acuerdo laboral contenido en el "Acta parcial de la negociación colectiva pliego de solicitudes de las organizaciones sindicales de empleados públicos 2021 en materia de salud",

de fecha 23 de julio de 2021, suscrita entre las centrales obreras y el Gobierno Nacional.

### **\*\*\*Decreto N.º 1651 (6 de agosto)**

**Por la cual se expide el reglamento técnico de emergencia para el trámite de Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos de síntesis química y biológica, y se dictan otras disposiciones.**

Teniendo en cuenta las necesidades de contar con un reglamento técnico de emergencia en nuestro país para el trámite de Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos de síntesis química y biológicos, se hace necesario establecer las condiciones para su trámite por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), con el fin de permitir el uso temporal y condicionado de productos que aún no cuentan con toda la información suficiente para adelantar el trámite de registro sanitario, pero que son necesarios a fin de garantizar su disponibilidad en el territorio colombiano, en virtud de que el balance riesgo-beneficio es favorable.

### **\*\*Decreto N.º 1650 (6 de agosto)**

**Por el cual se sustituye el Título 1 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las víctimas del conflicto armado.**

Para armonizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado con las disposiciones estatutarias y legales, se hace necesario sustituir el Título 1 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, con la finalidad de adoptar el

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), definir su estructura y financiación, así como facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para que defina y unifique los lineamientos técnicos de dirección y operación.

**\*\*Decreto N.º 1600 (5 de agosto)**

Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con los procesos de reorganización institucional de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Con el presente Decreto se establecen las condiciones, requisitos y límites al proceso de reorganización institucional de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que les permitan superar las dificultades administrativas, financieras y operativas que puedan atravesar y de esta manera continuar garantizando el aseguramiento a sus afiliados.

**\*\*\*Decreto N.º 1599 (5 de agosto)**

Por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho Decreto.

A través del presente Decreto, se establecen los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), contemplando las áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad

existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano.

**\*\*Decreto N.º 1492 (3 de agosto)**

Por el cual se modifican los artículos 2.1.11.11, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, en relación con el cálculo del Patrimonio Adecuado y se dictan otras disposiciones.

Mediante el presente Decreto, se generan medidas que permitan reducir el impacto en las condiciones financieras por efectos de la asignación de afiliados y del incremento de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) con inclusiones, que permitan modular las condiciones de tiempo y modo en relación con el Patrimonio Adecuado. Asimismo, se establecen los criterios de las condiciones que se deben tener en cuenta por la Superintendencia Nacional de Salud para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia.

**\*\*Decreto N.º 1443 (2 de agosto)**

Por el cual se modifica el artículo 2.7.7 del Decreto 780 de 2016. Novedad de Movilidad.

De esta manera, se establecen condiciones transitorias para la aplicación de la novedad de movilidad con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de la población de que trataba el parágrafo 1 del artículo 15 del Decreto Legislativo 538 de 2020, el cual garantizaba el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Régimen Contributivo que fueran retirados o suspendidos, así como de los beneficiarios del cotizante cuando este falleciere, durante el término de la emergencia sanitaria, registrados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) como "Activos por Emergencia".

Por lo tanto, finalizada la emergencia sanitaria, y con el propósito de mantener la continuidad del aseguramiento en salud de la población en estado Activo por Emergencia, estos podrán continuar cotizando en el Régimen



Contributivo de conformidad con su capacidad de pago, o afiliarse en el Régimen Subsidiado previa aplicación de la encuesta de caracterización socioeconómica del Sisbén.

### **\*\*Resolución N.º 1411 (5 de agosto)**

**Por la cual se adopta la Política de Soberanía en la Producción para la Seguridad Sanitaria, contenida en el Anexo Técnico 1.**

La presente Resolución tiene como objeto adoptar la Política de Soberanía en la Producción para la Seguridad Sanitaria contenida en el Anexo Técnico I, el cual hace parte integral de la presente resolución. La Política de Soberanía en la Producción para la Seguridad Sanitaria establece el conjunto de actividades que permiten desarrollar y robustecer la capacidad del país para producir y satisfacer las necesidades de tecnologías de salud estratégicas, fortaleciendo así las capacidades para hacer frente a situaciones de emergencia e incidentes agudos que vulneren la salud de la población.

### **\*\*Resolución N.º 1409 (5 de agosto)**

**Por la cual se establece la definición y alcance de segundo uso de datos de Salud, para la disponibilidad de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).**

De esta manera, el uso secundario del dato es el tratamiento de la información disponible en los sistemas de salud, de forma agregada y/o anonimizada para mejorar el acceso, la atención, la calidad, la investigación y los resultados en salud, y la utilización de datos e información del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), con fines históricos, estadísticos, científicos, para la formulación e implementación de políticas públicas y para la generación de valor social y económico en el país.

### **\*\*Resolución N.º 1408 (5 de agosto)**

**Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste del Presupuesto Máximo que se debe asignar a las**

**Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Adaptadas, para la vigencia 2021.**

Así, el período sobre el cual se realizará el reconocimiento del ajuste al Presupuesto Máximo de la vigencia 2021, corresponde al comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, teniendo en cuenta el cierre de reporte de información de esa vigencia, es decir, el 31 de marzo de 2022.

### **\*\*\*Resolución N.º 1405 (5 de agosto)**

**Por medio de la cual se estructura e implementa el estándar semántico y la codificación para los dispositivos médicos de uso humano y reactivos de diagnóstico *in vitro*.**

La presente resolución tiene por objeto establecer los atributos del estándar semántico y codificación de los dispositivos médicos de uso humano (DM) y los reactivos de diagnóstico *in vitro* (RDIV) que se comercialicen en el país, definiendo los procedimientos y plazos para su adopción e implementación, como dato único de reporte y trazabilidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a lo descrito en los Anexos Técnicos 1 y 2, que hacen parte integral de este acto.

### **\*\*\*Circular Externa N.º 35 (5 de agosto)**

**Recomendaciones para el fortalecimiento de la inclusión y atención de la población Migrante Venezolana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).**

Dadas las competencias de las entidades territoriales en el sector salud definidas en la Ley 715 de 2001, y en el marco de los principios de coordinación, concurrencia, complementa-

riedad y subsidiariedad, mediante la presente circular se recomienda a los departamentos y distritos la generación de una Hoja de Ruta que considere cinco (5) líneas estratégicas para el fortalecimiento de la inclusión y atención de la población Migrante Venezolana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a saber: inclusión al aseguramiento en salud; fortalecimiento de la oferta y mejoramiento del acceso a los servicios de salud para garantizar la atención de los migrantes; inclusión de la población migrante en las estrategias y programas de salud pública e intervenciones colectivas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031; financiamiento. Se establece una articulación con la Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social de Colombia.

#### **\*\*Circular Externa N.º 36 (5 de agosto)**

**Instrucciones para el reporte de Prescripción en la Herramienta Tecnológica MIPRES de los Procedimientos Odontológicos incluidos en la financiación con recursos de la UPC mediante la Resolución 2292 de 2022.**

En el marco de la presente Circular, corresponde a los prestadores de servicios de salud a partir del 08 de agosto de 2022, prescribir, cuando a ello haya lugar, los procedimientos de odontología listados previamente en esta circular en aplicación de lo previsto en el Título II, Capítulo I, de la Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) registrarán sus relaciones con los prestadores de servicios de salud de conformidad con lo establecido en los acuerdos de voluntades y demás normas que resulten aplicables y, en todo caso, en los procesos de auditoría de cuentas médicas y de reconocimiento y pago, consi-

derarán la prescripción efectuada en el aplicativo como equivalente a la orden o fórmula médica, por lo que no podrán formular glosas por el hecho de haber generado la prescripción a través de tal aplicativo.

En relación con las prescripciones realizadas entre el 1º de enero de 2022 y el 7 de agosto de 2022, los prestadores de servicios de salud efectuarán la transcripción de los procedimientos de odontología listados previamente en esta circular en aplicación de lo previsto en el Título II, Capítulo I, de la Resolución 1885 de 2018, la Resolución 2438 de 2018 y las normas que lo modifiquen o sustituyan, a través de MIPRES. Esta transcripción estará disponible hasta el 30 de septiembre 2022.

#### **\*\*Decreto N.º 1652 (6 de agosto)**

**Por el cual se adiciona el Título 4 a la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).**

Así, se determina el régimen aplicable para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Adaptadas de Salud (EAS) efectúen cobros por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, según corresponda, a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios en el Régimen Contributivo y a los afiliados del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

#### **\*\*\*Decreto N.º 1601 (5 de agosto)**

**Por el cual se sustituye el Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el sistema de presunción de ingresos para los trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios.**

Mediante el presente Decreto, se establece el sistema de presunción de ingresos que servirá como referente



para la presentación de autoliquidaciones y la fiscalización de las bases de cotización de los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contrato diferente a prestación de servicios, así como un indicador que, en cumplimiento del Artículo 33 de la Ley 1438 de 2011, determine la presunción de capacidad de pago para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales.

### **\*\*Resolución N.º 1410 (5 de agosto)**

Por la cual se corrige un yerro en el Artículo 3 de la Resolución 1138 de 2022 y se adiciona la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 en el Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019.

De esta manera se corrige el Artículo 3 de la Resolución 1317 de 2021, en el sentido de modificar los plazos para que los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS actualicen el portafolio de servicios y realicen la autoevaluación correspondiente, y adicionar la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 en el Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019.

Lo anterior tiene lugar teniendo en cuenta que, al momento de digitar el Artículo 3.º de la Resolución 1138 de 2022, que modifica el Artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, se presentó un error de transcripción en el primer párrafo del numeral 26.1, en el cual se establece un plazo máximo doce (12) meses, siendo el plazo correcto dos (2) meses a partir del 1 de septiembre de 2022, y en el numeral 26.5 se fijó un término de un (1) año, siendo el término correcto tres (3) años, tal y como se indicaba en la Resolución 1317 de 2021.

En consecuencia, se hace necesario corregir los numerales 26.1 y el 26.5 del Artículo 26 del citado acto administrativo, en el sentido de cambiar la expresión “doce (12) meses” por la expresión “dos (2) meses” contados a partir del 1º de agosto de 2022, y la expresión “un (1) año”

por la expresión “tres (3) años”, respectivamente. Asimismo, se adiciona la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 “Servicios de Quimioterapia” del Anexo Técnico “Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

### **\*\*Resolución N.º 1412 (5 de agosto)**

Por la cual se establece el reconocimiento y pago de las pruebas diagnósticas y de anticuerpos para SARS-CoV-2 (COVID-19), prestadas a partir del 1º de julio de 2022 con recursos del Sistema de Seguridad General de Seguridad en Salud (SGSSS) a cargo de la ADRES, y se determina su valor y el procedimiento para el pago.

La presente Resolución tiene por objeto establecer la fuente de financiación para el reconocimiento y pago de las pruebas diagnósticas y de anticuerpos para SARS-CoV-2 (COVID-19), así como determinar el valor máximo de reconocimiento y el procedimiento que deben llevar a cabo las Entidades Promotoras de Salud (EAS) y las Entidades Adaptadas de Salud (EAS) para la solicitud de pago de aquellas pruebas realizadas a partir del 1º de julio del presente año.

### **\*\*Decreto N.º 1285 (22 de julio)**

Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo a la Política Social para Habitantes de la Calle 2022- 2031.

El presente capítulo tiene como objeto adoptar la Política Pública Social para Habitantes de la Calle (PPSHC) 2022-2031, contenida en el Anexo Técnico 4 que hace parte integral del presente acto administrativo, y disponer

la formulación del Plan Nacional de Atención Integral a las Personas Habitantes de la Calle (PNAIPHC).

Dicho plan definirá la línea técnica a las entidades territoriales para la formulación y actualización de sus políticas para habitantes de la calle y la prevención de la habitanza en calle, las cuales incluirán los planes, programas, proyectos y servicios de prevención y atención, con fundamento en la Política que aquí se adopta. Igualmente, determinará la línea técnica para la formulación de sus planes de acción territoriales, los cuales deberán incluir metas, acciones, responsables, recursos e indicadores.

#### **\*\*Decreto N.º 1419 (29 de julio)**

**Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.**

Mediante el presente Decreto se establecen los requisitos y procedimientos que deben adelantarse para el reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esto es, licencias de maternidad y paternidad, e incapacidades de origen común, así como facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para que diseñe, desarrolle e implemente un sistema de información de incapacidades y licencias para su gestión, seguimiento, control y trazabilidad.

#### **\*\*Circular N.º 30 (15 de julio)**

**Ampliación del término de la prueba piloto de actualización y ajuste de la herramienta tecnológica MIPRES para el acceso y prescripción de**

**tecnologías y servicios de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).**

Así, a partir del 16 de julio y hasta el 30 de septiembre de 2022 se continuará con la prueba piloto para la prescripción de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en los regímenes Contributivo y Subsidiado, a través del aplicativo dispuesto para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En esta nueva etapa participarán de la prueba piloto las siguientes instituciones prestadoras de servicios de salud, elegidas en función del nivel de complejidad, la representatividad territorial -incluyendo zonas dispersas- y la diversidad de población que atiende: Hospital de Villavicencio, Hospital San Rafael de Pacho, IPS Especializada Cali, Hospital Departamental Manuel Elkin Patarroyo, E.S.E. Vidasinú, Hospital San Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal, ESE Hospital Departamental de San Andrés y Providencia, Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, CPO Bogotá y Clínica Los Nogales.

#### **\*\*\*Circular N.º 31 (15 de julio)**

**Instrucciones para el Reporte de Prescripción de la Herramienta Tecnológica MIPRES de los Procedimientos Odontológicos incluidos en la financiación con recursos de la UPC mediante la Resolución No. 2292 de 2021.**

El reporte de suministros de las prescripciones realizadas entre el 1º de enero de 2022 y el 31 de julio de 2022, deberá ser realizado por la Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado a través del Reporte de Suministros. Las prescripciones realizadas a partir del 1º de agosto de 2022 deberán seguir el procedimiento establecido en el Reporte de Suministros versión 2.0.

El Ministerio de Salud y Protección Social facilitará a los prestadores y EPS de los regímenes contributivo y subsi-



diado, a partir de la expedición de la presente Circular, la disponibilidad, accesibilidad y actualización de la herramienta tecnológica de prescripción y de reporte de suministro, así como la asistencia técnica necesaria.

### **\*\*Resolución N.º 3050 (28 de julio)**

#### **Manual de procedimientos del programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales.**

El presente manual describe las acciones que debe ejecutar cada uno de los actores del Sistema General de Riesgos Laborales, para el logro de los objetivos en salud de un trabajador que haya presentado un accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral que limite su desarrollo ocupacional.

### **\*\*Circular N.º 33 (29 de julio)**

#### **Instrucciones para la reducción del impacto frente a la declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la viruela símica.**

Mediante la presente Circular, con el fin de optimizar los procesos para la gestión de riesgos respecto de la presencia de la viruela símica en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social insta a las IPS a lo siguiente: realizar los ajustes en los procedimientos de atención, cumpliendo las directrices y lineamientos emitidos por este Ministerio y por el Instituto Nacional de Salud (INS); formular, actualizar e implementar planes de contingencia para la atención oportuna y adecuada de los casos, garantizando la infraestructura pertinente, disponibilidad de insumos, equipos médicos y suficiencia de talento humano; actualizar los conocimientos teóricos y prácticos de los trabajadores de la salud sobre el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal, las características clínicas, el tratamiento oportuno, la realización de las pruebas diagnósticas necesarias, entre otros temas de especial interés frente a la viruela símica.

Además, se debe establecer un procedimiento de aislamiento de acuerdo con sus características institucionales, de forma tal que se cumpla con las medidas para reducir el riesgo de transmisión entre personas, identificando la condición de aislamiento en la historia clínica y ubicando rótulos en la puerta, advirtiendo a personal hospitalario, familiares y acompañantes de las medidas de precaución a las que haya lugar; definir la ruta de traslado de los pacientes al interior de la institución para su aislamiento y la ruta sanitaria institucional para la evacuación de residuos de los casos sospechosos y confirmados en aislamiento; aplicar las precauciones estándar y adicionales pertinentes para prevenir la transmisión por contacto y gotas durante el proceso de atención de los pacientes; intensificar medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión, garantizando los insumos para aplicar el lavado de manos con agua y jabón, la higiene de manos y el uso de los Elementos de Protección Personal.

También es necesario restringir las visitas y número de visitantes para casos confirmados o sospechosos. En caso tal, estos deben ser instruidos sobre el uso de batas, lavado de manos con agua y jabón o higienización de manos, y uso de tapabocas para efectos de la entrada y salida de la habitación. Los visitantes deben usar guantes para tocar al paciente o superficies cercanas (por ejemplo, barras de la cama, equipos médicos). Y se deben garantizar los insumos necesarios para la toma, envío y transporte de muestras de acuerdo con las directrices impartidas por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS.

Asimismo, se debe disponer de estrategias de información para la salud a la población,

como líneas de atención, canales virtuales y otros, con el fin de orientar y mejorar el acceso al servicio de salud de los usuarios y sus acompañantes; realizar la respectiva notificación a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, con el fin de movilizar oportunamente los procesos de contención del caso, estudio de riesgo y el aislamiento preventivo; y participar en las unidades de análisis epidemiológico convocadas por las autoridades de salud local, departamental y nacional, y aportar la información requerida.

### **\*\*\*Resolución N.º 1318 (29 de julio)**

**Por la cual se adopta la metodología para definir el Presupuesto Máximo para asignar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidades Adaptadas de Salud (EAS) para la vigencia 2022 y el procedimiento para la revisión pormenorizada.**

Así, la presente Resolución tiene por objeto adoptar la metodología para la definición del Presupuesto Máximo a que se debe asignar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Adaptadas de Salud (EAS) para la vigencia 2022, así como el procedimiento para la revisión pormenorizada, contenidos en los Anexos Técnicos No. 1 y 2, respectivamente, que hacen parte integral de la presente Resolución.

### **\*\*\*Resolución N.º 1258 (26 de julio)**

**Por la cual se modifica la Resolución 2461 de 2020, por la cual se determina el reconocimiento de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS-CoV-2 (COVID-19) realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de**

**2020, y se fija el monto a reconocer por EPS y demás EOC por dicho concepto.**

De esta manera, se fija el monto máximo de reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 (COVID-19) para cada EPS y demás EOC, realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, atendiendo a cada EPS relacionada en la presente Resolución.

En todo caso, el reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS-CoV-2 (COVID-19) se sujetará a la disponibilidad de los recursos. El valor por concepto de movilidad a reconocer a cada entidad se encuentra incluido en el valor asignado al NIT de cada una de estas. Los montos aquí detallados corresponden al desarrollo de la metodología dispuesta en el documento "Estimación del monto a reconocer a las EPS por concepto de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para COVID-19", preparado por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual tiene como referencia la base de datos de SISMUESTRAS con corte al 20 de noviembre, la que será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

### **\*\*Resolución N.º 1266 (26 de julio)**

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

Mediante la presente Resolución, se asignan 1.008.540 dosis de vacunas del Laboratorio Pfizer-BioNTech, 1.002.000 dosis de vacunas del Laboratorio Moderna Switzerland GMBH, 1.000.135 dosis de vacunas del laboratorio Janssen NV Pharmaceutica y 1.001.120 dosis de vacunas del Laboratorio Sinovac Life Sciences Co, a las entidades territoriales señaladas en el presente acto administrativo.



### **\*\* Resolución N.º 1141 (1 julio)**

**Por la cual se define la metodología para establecer la reserva estratégica de vacunas contra el COVID-19.**

La presente Resolución tiene por objeto definir la metodología para establecer la reserva estratégica de vacunas contra el COVID-19 en el Ministerio de Salud y Protección Social, para asegurar la disponibilidad de este biológico en cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación establecido en el Decreto 109 de 2021, descrita en el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución.

### **\*\*Circular Externa N.º 028 (1 de julio)**

**Aplicación de la vacuna contra el COVID-19 en los puntos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).**

Así, tomando en cuenta los avances en las coberturas de vacunación y la gran experiencia y estructura operativa con la que hoy cuenta el PAI, se considera necesario permitir que se aplique la vacuna contra el COVID-19 en los puntos establecidos en dicho Programa o vacunas que oferte el prestador, con el fin de disminuir las oportunidades de pérdidas, captando a las personas susceptibles, a través de estrategias de canalización y demanda inducida.

Así, las IPS deberán aplicar la vacuna contra COVID-19 en todos los servicios de vacunación del programa permanente o en los servicios de vacunación habilitados por los prestadores, para lo cual deberán adecuar, dentro de dichos servicios, un área exclusiva para su aplicación, que corresponderá a un lugar no necesariamente delimitado por una barrera física.

### **\*\*\*Resolución N.º 1140 (1 de julio)**

**Por la cual se adoptan nuevos lineamientos para la aplicación de las vacunas contra el COVID-19**

La presente Resolución tiene por objeto establecer nuevos lineamientos para la vacunación contra el COVID-19 contenidos en los siguientes anexos técnicos, los cuales hacen parte integral de la presente resolución: Anexo 1: Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19; Anexo 2: Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 / COVID-19; Anexo 3: Anexo técnico para la aplicación de la vacuna BNT162b2 Pfizer-BioNTech contra el COVID-19; Anexo 4: Anexo técnico para la aplicación de la vacuna CoronaVac de Sinovac Biotech contra el COVID-19; Anexo 5: Anexo técnico para la aplicación de la vacuna Oxford-AstraZeneca AZD1222 (CHADOX1-S/ NCOV-19) contra el COVID-19; Anexo 6: Anexo técnico para la aplicación de la vacuna AD26.COVS.2 JANSSEN contra el COVID-19; y Anexo 7: Anexo técnico para la aplicación de la vacuna MODERNA RNAM-1273 contra el COVID-19.

## **3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

### **\*\*\*Circular 202215100000052-5 (04 de agosto)**

**Por la cual se modifica parcialmente la Circular 13 de 2020, modificada por la Circular Externa 002 de 2021 y se imparten otras instrucciones relacionadas con las condiciones financieras.**

Con la presente Circular, se establece la manera de aplicar por única vez los porcentajes de disminución en el Margen de Solvencia que trata el parágrafo transitorio del Artículo 1 del Decreto 1492 de 2022, modificadorio del artículo 2.1.11.11 del Decreto 780 de 2016, en consideración del impacto en las condiciones financieras de las asignaciones de usuarios rea-

lizadas durante el período comprendido entre el 01 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2022.

Asimismo, se modifica el párrafo 1 del numeral 2 del Título II Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado del literal B de la circular 13 de 2020; por lo tanto, el descuento del efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, prestados hasta diciembre de 2019, se tendrá en cuenta hasta el 31 de diciembre de 2022.

De igual forma, se modifica el numeral 2 del título III RESERVAS TÉCNICAS del literal B de la Circular 13 de 2020, respecto del monto de constitución de las Reservas para obligaciones pendientes Conocidas y no liquidadas, al establecer que en caso de existir algún tipo de glosa, la entidad podrá reservar la probabilidad de pago de la misma.

#### **4. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

##### **\*\*\*Circular N.º 013 (25 de julio)**

Por la cual se establece el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, se fija el precio máximo de venta y el precio por unidad de regulación de Medicamentos Vitales No Disponibles y se dictan otras disposiciones.

De esta manera, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) podrán ajustar el precio regulado en los artículos 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de la presente Circular, de la siguiente manera: I) Para las presentaciones comer-

ciales con Precio Máximo de Venta menor o igual a \$1.000.000, podrán adicionar un porcentaje de hasta el 7 %. II) Para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta mayor a \$1.000.000, podrán adicionar un porcentaje de hasta el 3,5 %.

Este margen es exclusivamente para reconocer el valor que las IPS agregan a la cadena de distribución de los medicamentos.

##### **\*\*\*Circular N.º 14 (25 de julio)**

Por la cual se establecen disposiciones generales para el seguimiento del comportamiento del mercado de dispositivos médicos, se incorporan y mantienen algunos de estos productos en el Régimen de Libertad Vigilada, se conserva el estent coronario medicado en el Régimen de Control Directo, se estructura el Sistema de Reporte de Información de Precios de Dispositivos Médicos y se dictan otras disposiciones.

Así, la Comisión iniciará la inclusión sistemática de los dispositivos médicos al Régimen de Libertad Vigilada. Adicionalmente y durante la implementación de este régimen, así como para la aplicación del Régimen de Control Directo o de Libertad Regulada, utilizará las fuentes de información disponibles, entre otras. La Comisión preferirá el uso de información pública y siempre revelará la fuente de información. La Comisión hará pública la información utilizada siempre y cuando esta no sea de carácter confidencial en los términos establecidos en la legislación colombiana.

Parágrafo. La Secretaría Técnica de la Comisión podrá solicitar a cualquier miembro de la cadena de distribución, información necesaria para las labores de control y vigilancia de precios de dispositivos médicos. Los datos utilizados serán los contemplados en las fuentes de información, durante el período comprendido entre el 1º de enero al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a la expedición del acto administrativo que regule los precios de los dispositivos médicos.



Todos los dispositivos médicos endovasculares coronarios con registro sanitario otorgado por el Invima que se comercialicen a nivel nacional, se mantienen en el Régimen de Libertad Vigilada. El Precio Máximo de Venta de los estents coronarios medicados es de \$2.858.499,75 COP. Son los países a partir de los cuales la Comisión obtiene la información de los precios de dispositivos médicos: Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Italia, México, Panamá, Perú, Portugal, Reino Unido y Uruguay.

Asimismo, los fabricantes o importadores de los dispositivos médicos con registro sanitario expedido por el Invima e incorporados al Régimen de Libertad Vigilada, Regulada y Control Directo, y las personas naturales o jurídicas que comercialicen o suministren dichos dispositivos, serán responsables de efectuar el reporte de precios a través del Sistema de Información de Precios de Dispositivos Médicos (SISDIS), conforme al Anexo Técnico. Todos los actores obligados a reportar en el marco de la presente Circular, contarán con un período de seis (6) meses de prueba en la plataforma contados a partir del primer día hábil de enero de 2023 y hasta el 30 de junio del año 2023, período en el cual deberán reportar de forma pedagógica el último trimestre del año 2022 y el primer trimestre del año 2023 de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico adoptado mediante este acto y con el acompañamiento de la Secretaría Técnica de la Comisión.

### **5. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)**

#### **\*\*Resolución N.º 51399 (agosto 5)**

Por la cual se definen y adoptan las especificaciones técnicas y operativas, las estructuras de datos y los formularios que soportan el mecanismo de Contribución Solidaria del régimen subsidiado.

Con la presente Resolución, la ADRES, dada la creación de la afiliación al régimen subsidiado a través del mecanismo de Contribución Solidaria, su reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la operación de lo que compete a la ADRES frente a este, resulta necesario definir y adoptar las especificaciones técnicas y operativas, las estructuras de datos y los formularios que soportan el referido mecanismo.

### **6. INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (INVIMA)**

#### **\*\*Circular N.º 5000-001-22 (agosto 2022)**

Por la cual se actualiza la Circular Externa 500-7096-14 en cuanto a la aplicación del Decreto 4725 de 2005, unificación de criterios para los requisitos exigidos en la obtención de registros sanitarios y permisos de comercialización, racionalización del proceso de certificación de fabricantes e importadores de dispositivos médicos, procedimiento y requisitos para la importación de partes, accesorios o repuestos nuevos con más de dos años de fabricación (saldos), usados y repotenciados para equipos biomédicos clase I, IIA, IIB Y III.

De esta manera se aclaran dichos lineamientos, algunos relacionados con el procedimiento para la autorización de partes, accesorios o repuestos de equipos biomédicos, apostille y legalización de los certificados de venta libre, así como algunos aspectos relacionados con la inclusión de referencias, así como de los documentos técnicos exigidos dentro de los trámites de los productos competencia de la Dirección de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías. [\[1\]](#)

# La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:

