



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

ISSN digital: 2745-0740

ISSN impreso: 0123-8760

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos



**Los cimientos técnico-
científicos de la salud en
Colombia: INS, Invima e IETS**

stryker

1688 (AIM) Plataforma 4k

Pantalla 4K quirúrgica 4K de 32"

4 veces la resolución de una imagen de 1080p con una densidad de píxeles de 4K, que ofrece una experiencia visual brillante y colorida.

1688 Camera

Resolución nativa 4K.

Connected OR Hub

Control total del sistema de visualización, fácil y personalizado para un entorno quirúrgico más consistente y eficiente.



SPY-PHI Sistema portátil de imagen

Spy-Phi lector portátil para fluorescencia SPY, permite imágenes en tiempo real de perfusión, flujo sanguíneo, vasos linfáticos y anatomía biliar quirúrgicos.

Insuflador PneumoClear

Evacuación integrada de humos, calefacción y humidificación. Características para una imagen clara y consistente mejorando la recuperación del paciente.

Veá Más Allá

Fuente de luz

Se adapta a múltiples especialidades

PINPOINT VPI

El sistema de imagen endoscópica por fluorescencia PINPOINT brinda a los cirujanos visualización práctica y en tiempo real de la perfusión de tejidos y la anatomía estructural en una variedad de procedimientos quirúrgicos. Esto se consigue gracias a tres modos de visualización por fluorescencia adicionales con una capacidad muy superior a la del vídeo de luz blanca HD por sí solo.

Decisiones Oportunas Salvan Vidas...

Unidad control de cámara 1688 4k

Claridad de imagen perfeccionada, imágenes avanzadas y estandarización en nueve especialidades quirúrgicas. Imagen nativa 4K con Fluorescencia.

Impresora SDP1000

Ajustes específicos de especialidad para la reproducción de imágenes auténticas.

Registro INVIMA:

4KMonitor: 2019DM-0019343
Procesador 4K - Connected OR Hub: 2019DM-0019393
PneumoClear - Insuflador: 2019DM-0019764
Unidad de Cámara - 1688 AIM 4K CCU: 2013DM-0009883
LII - Fuente de Luz: 2016DM-0014894
SPY-PHIyVPI: 2019DM-0019710

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.

Calle 116 No. 7-15 Piso 10. Oficina 1001
Bogotá, Colombia
P +571 743 8200
www.stryker.com

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA 2021 - 2023

PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

VICEPRESIDENTES

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

MIEMBROS PRINCIPALES

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

SUPLENTE

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

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 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

Decisiones y política pública requieren instituciones técnico-científicas fortalecidas

4 De portada

Los cimientos técnico-científicos de la gestión en salud en Colombia: Instituto Nacional de Salud, Invima e IETS

30 Agenda gremial

ACHC: El sistema de salud requiere una reforma que sea justa, adecuada y progresiva

36 Notas del sector

- Hospital San Ignacio abre nueva sede del Centro de Memoria y Cognición Intellectus, para el beneficio de más colombianos
- Fundación Hospital San Pedro celebró 137 años de atención en salud en el suroccidente del país
- 50 hospitales colombianos, en la lista de los mejores del mundo 2023, según informe de *Newsweek*

44 Internacional

Banco Mundial propone cinco inversiones clave para construir sistemas de salud resilientes en América Latina y el Caribe

47 Nos preguntan

¿Se transformará el sistema de salud colombiano?

55 De nuestros patrocinadores

Resistencia antimicrobiana: una amenaza creciente en salud pública

57 De los pacientes

Las enfermedades huérfanas: reconocerlas, identificarlas y tratarlas a tiempo

60 Cifras del sector

Giro Directo del Régimen Subsidiado en descenso por liquidación de EPS

63 Glosario

Decisiones y política pública requieren instituciones técnico-científicas fortalecidas

Los institutos de investigación y tecnología constituyen organizaciones que soportan la toma de decisiones y el desarrollo de políticas públicas para el sector salud. A nivel global se pueden definir tres tipos de acuerdo con sus objetivos y propósitos: uno se orienta hacia la salud pública, la vigilancia epidemiológica y las intervenciones de prevención y contención de problemas de salud; otro realiza evaluación y supervisión de medicamentos y alimentos; otro más hace evaluaciones económicas y de eficacia y efectividad de medicamentos, insumos y procedimientos. Los más característicos a nivel global, en este mismo orden, son los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos: “la agencia de protección de la salud del país, los CDC salvan vidas y protegen a la gente de las amenazas a la salud. Para cumplir con su misión, los CDC hacen investigaciones científicas vitales y proporcionan información de salud que protege a al país de las peligrosas y costosas amenazas a la salud, y responden cuando estas surgen”. (<https://www.cdc.gov/spanish/acercacdc/mision.html>). Por su parte, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) se orientan a “una excelencia científica en la evaluación, supervisión y seguridad de medicamentos, para el beneficio de salud humana y animal (EMA)” (<https://www.ema.europa.eu/en/about-us/what-we-do>).

El otro prototipo de organismo es el National Institute for Health Care and Excellence (NICE), del Reino Unido, cuya misión es “hacer recomendaciones basadas en la evidencia desarrollada por comités independientes, que incluyen profesionales, representantes de la comunidad y son consultados por actores interesados” (<https://www.nice.org.uk/guidance>).

En Colombia tenemos instituciones que hacen las veces del CDC, que corresponde al Instituto Nacional de Salud; de la FDA o EMA, que corresponde al Instituto

de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); o del NICE, cuya institución correspondiente en nuestro país es el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). Estas tres organizaciones se han ganado, por sus méritos técnicos y científicos, un reconocimiento a nivel nacional y, por supuesto, en la región de las Américas y global. Las tres tienen una alta calidad científica, un excelente equipo humano que trabaja con dedicación y compromiso, pero, como sus directivos lo anotan en el artículo central de esta edición de *HOSPITALARIA*, a pesar de los esfuerzos de los años más recientes adolecen por falta de recursos tecnológicos y financieros que limitan su capacidad para atraer y mantener profesionales con niveles de doctorado, que son requeridos para cumplir con la misión que a cada una de ellas se le ha asignado mediante leyes del Congreso de la República.

La excelencia técnico-científica, que es el requisito para estas instituciones, solo se logra mediante la aplicación del método científico para generar conocimiento o validar el producido por otros investigadores, pero que requiere adaptación a nuestra realidad. Esto necesita un talento humano del más alto nivel, con incentivos adecuados para su desempeño, con facilidades de infraestructura, tecnología y recursos financieros para realizar su trabajo, compartir con pares, acceder a las principales fuentes de información y comunicación. Infortunadamente, los profesionales con la más alta preparación permanecen poco tiempo vinculados a estas instituciones, que no tiene la capacidad de mantenerlos y son contratados por el sector privado (universidades o industria) con mejores incentivos que los que estos institutos pueden ofrecer. Es necesaria

una fuerte voluntad política y una clara determinación para fortalecer estas instituciones con lo que requieren para cumplir con sus propósitos y consolidar un talento humano.


Cada una de estas tres organizaciones mostró su capacidad técnico-científica y su compromiso con el país durante la pandemia por COVID-19. El Instituto Nacional de Salud cumplió con creces lo que le correspondía en vigilancia epidemiológica, desarrollo de capacidades diagnósticas, no solo del Instituto, sino de la capacidad de todo el país entrenando y habilitando a más de 200 laboratorios para el diagnóstico molecular; además, mantuvo al país informado, al día, acerca del comportamiento de la pandemia. El Invima, por su parte, desempeñó también con rigor y calidad su obligación de cuidar la salud de los colombianos a través de la prevención, mediante la pronta introducción de vacunas y el tratamiento por la adecuada recomendación de medicamentos, insumos y procedimientos, en particular para los casos más severos. El IETS realizó los estudios técnicos requeridos para vacunas y medicamentos, y participó como asesor en varios escenarios aportando su conocimiento y su capacidad técnico-científica. Las tres instituciones, como se anota en el artículo central de esta edición, están preparadas para la postpandemia y, sin duda, para enfrentar nuevas emergencias en salud pública, dado el aprendizaje que asimilaron durante la pandemia, pero requieren ser fortalecidas, con asignación presupuestal, recursos tecnológicos, capacidad administrativa e infraestructura.

Por ejemplo, se anota, por parte del Gobierno, la necesidad de que el país retome la producción de vacunas que en el pasado hacía el Instituto Nacional de Salud, o que haya producción local de medicamentos de alta calidad con una política farmacéutica orientada a este

propósito, pero se requiere la decisión para fortalecer la capacidad del Instituto. El IETS debe tener una asignación presupuestal que le permita hacer sus evaluaciones con total independencia, sin el perjuicio de que este mismo instituto pueda realizar evaluaciones de tecnologías, procedimientos o medicamentos para el sector privado con clara declaración de conflicto de intereses, si es pertinente.

El desarrollo tecnológico en general y en el sector salud, en particular, marcha muy rápidamente. Las instituciones técnico-científicas que deben apoyar a través de información oportuna, actualizada, y basada en la evidencia la toma de decisiones y la formulación de políticas deben contar con la capacidad de tecnología e información apropiada para cumplir con su misión. Los laboratorios de diagnóstico genómico y molecular, el análisis de *Big Data*, la seguridad de almacenamiento y la utilización de información que estas instituciones requieren deben ser procesos considerados como prioridad para las inversiones y planes de desarrollo en nuestro país.

En este número de *HOSPITALARIA* queremos subrayar la relevancia que nuestra instituciones técnico-científicas, el Instituto Nacional de Salud, el Invima y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) han tenido y continuarán teniendo en Colombia, así como la necesidad de reconocer su labor y fortalecer sus capacidades en talento humano, tecnologías y recursos financieros para que continúen generando información y conocimiento, que permitan una adecuada toma de decisiones en Colombia, teniendo, además, en cuenta los grandes desafíos para la salud pública que hoy se presentan como el cambio climático, los determinantes sociales de la enfermedad, la alteración del medio ambiente por prácticas indebidas como la deforestación o la minería ilegal que conllevan a la potencial aparición de nuevas emergencias en Colombia y en el mundo.

Algunos de los proyectos de reforma al sector salud que se han radicado en el Congreso de la República incluyen el fortalecimiento de estas tres instituciones que constituyen tres pilares no solo para el sistema de salud, sino para otros sectores del desarrollo económico y social del país. 

Los cimientos técnico-científicos de la gestión en salud en Colombia: Instituto Nacional de Salud, Invima e IETS

Colombia ha logrado aportar ciencia y tecnología en salud al país y al mundo gracias a la gestión adelantada por sus organismos técnico-científicos: el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). No nacieron por generación espontánea: si bien el INS tiene 106 años, el Invima 30 años y el IETS 10 años, la creación de estos institutos obedeció a procesos específicos a lo largo del tiempo, para dar respuesta a determinadas problemáticas en el país.

El INS genera conocimiento técnico especializado en salud pública para la formulación, ajuste y evaluación de políticas públicas, ejerce vigilancia en salud pública y produce insumos de interés especial para la salud pública. El Invima protege y promueve la salud de la población, mediante la gestión del riesgo asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria. Asimismo, el IETS fortalece la investigación nacional en evaluación de tecnologías en salud, para contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales mediante el apoyo en la formulación de políticas públicas en salud; contribuir al logro de la calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema de salud; y mejorar el acceso equitativo a servicios y tecnologías de salud.

Durante la pandemia, mientras médicos, enfermeras y personal asistencial luchaban contra la COVID-19 en

los hospitales e instituciones de servicios de salud, el talento humano del INS, del Invima y del IETS cumplía otro rol fundamental con la búsqueda y procesamiento de información de la pandemia en Colombia, para generar el conocimiento necesario que guiara la toma de decisiones informadas y con el suficiente respaldo científico en la respuesta del país a la emergencia sanitaria.

Esta prueba de fuego que visibilizó y repotenció estas entidades técnicas en el país y el mundo, por su aporte en investigación y manejo de información el personal de las tres instituciones técnicas, también constituyó otra de las primeras líneas de atención a la pandemia, procesando cantidades ingentes de datos y registros que se convirtieron en el insumo para el manejo y toma de decisiones de política pública en el abordaje y gestión en salud ante este hecho sobreviniente.

Pero antes de la pandemia, y mucho más ahora de cara a la atención de los desafíos de la postpandemia, estas instituciones han sorteado y se enfrentan a un sinnúmero de dificultades para permanecer, crecer y aportar a la gestión de la salud en Colombia, mediante el cumplimiento de su objetivo de contribuir al cuidado, promoción y protección de la salud con conocimiento científico.



Somos una Cooperativa multiactiva que agrupa a los hospitales públicos de Antioquia.

Escanea el QR y conoce  nuestras líneas de negocio



 Carrera 48 N° 24 - 104
Medellín - Colombia

 (604) 6054949

 +57 310 3623171

www.cohan.org.co

 @CooperativaCOHAN

 @COHAN_med

El Instituto Nacional de Salud, un referente en vigilancia e investigación de salud pública



En la pandemia el país pasó de hacer 2.000 pruebas en el laboratorio del INS, a contar con 221 laboratorios de biología molecular con capacidad de 150.000 PCR diarias en 27 departamentos.

Según el Decreto-Ley 4109 de 2011, en su carácter de autoridad científico-técnica y en concordancia con los objetivos definidos en el Decreto 2774 de 2012, el Instituto Nacional de Salud debe desarrollar y gestionar el conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; promover la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios, de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; adelantar la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia, y la producción de insumos biológicos; y actuar como Laboratorio Nacional de Referencia y coordinador de las redes especiales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

De este manera, debe proponer políticas y normas; promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica, y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

Después de más de 106 años, que iniciaron el 24 de enero de 1917, cuando los doctores Bernardo Samper y Jorge Martínez fundaron el Laboratorio Samper Martínez, que por su proyección pronto se convirtió en un centro de investigación de producción de insumos para la salud pública y donde se produjo vacuna antirrábica y los primeros sueros antidiftéricos del país, son múltiples los logros del instituto y varios cientos de publicaciones que atestiguan la productividad científica del INS, constituido en centro de referencia nacional para muchas enfermedades y mundial para otras.

La historia de sus primeras décadas da cuenta de acciones determinantes para la salud pública del país, como el desarrollo de la Primera Encuesta Nacional de Salud en 1925; la producción de quinina para el trata-



miento de la malaria, el estudio de la viruela y la producción de la vacuna que años más tarde condujo a su erradicación; la producción de vacunas contra la fiebre amarilla y la fiebre tifoidea; la primera vacuna colombiana contra la aftosa; la producción de BCG (vacuna antituberculosa); la elaboración del primer perfil de salud, morbilidad y mortalidad de los colombianos, y los primeros análisis de alimentos, entre otros.

En los años recientes, ha fortalecido su estructura para responder a los diferentes desafíos que la salud pública le ha impuesto en diversos momentos; por ejemplo, con la llegada del dengue a Colombia creó la Red Nacional de Entomología, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), el Observatorio Nacional de Salud (ONS), encargado de generar evidencia para informar la toma de decisiones en política pública, y el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COEESP), entre otros.

Ante la llegada de la pandemia por COVID-19 a Colombia, en 2020 el INS, bajo el liderazgo de Martha Ospina, diseñó una estructura funcional con cinco grandes líneas de trabajo, para dar respuesta a la pandemia, mientras mantenía su operación normal. Parte fundamental de la respuesta fue la vigilancia en salud pública soportada en el Sivigila, que fortaleció el modelamiento matemático para que el país tuviera una aproximación cercana a los escenarios y proyecciones de la pandemia. En cuestión de meses,

Gracias a la capacidad desarrollada, científicos del INS, mediante análisis filogenéticos y evolutivos, detectaron, identificaron, estudiaron y describieron por primera vez en Colombia la variante B.1.621, bautizada “Mu” (μ – letra griega) por la OMS.

el país pasó de hacer 2.000 pruebas en el laboratorio del INS, a contar con 221 laboratorios de biología molecular con capacidad de 150.000 PCR diarias en 27 departamentos, un distrito y 21 laboratorios, incluido el del INS, para la secuenciación genómica del SARS-CoV-2 y de microorganismos emergentes.

Gracias a la capacidad desarrollada, científicos del INS, mediante análisis filogenéticos y evolutivos, detectaron, identificaron, estudiaron y describieron por primera vez en Colombia la variante B.1.621, bautizada “Mu” (μ – letra griega) por la OMS. Ellos lograron su plena caracterización y analizaron su rápida dispersión por el país, al punto que fue responsable del tercer pico de la pandemia con gran número de contagios, muy superior a los anteriores. Luego, la OMS la clasificó como variante de interés mundial.

La pandemia le dio a Colombia la posibilidad de crecer en genómica, diagnóstico, laboratorios e investigación, y esa ampliación de su capacidad de respuesta posibilitará la defensa ante futuras emergencias sanitarias.

Fortalecimiento, reestructuración y desconcentración: los nuevos nortes del Instituto Nacional de Salud



Foto Cortesía INS

▼
Giovanni Rubiano-Director del INS

El fortalecimiento de los Laboratorios Departamentales de Salud Pública y de las Direcciones Técnicas, la vigilancia epidemiológica en tiempo real con participación comunitaria, la desconcentración de la actividad misional y el desarrollo de capacidades en los territorios, la reestructuración organizacional y reclasificación salarial, la producción de vacunas y el fortalecimiento de lazos de cooperación latinoamericanos son las estrategias que orientarán la gestión del Instituto Nacional de Salud (INS) en el mediano plazo.

El actual director Giovanni Rubiano García, explica que el desafío es construir nuevos escenarios para la salud pública en el país, fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional en sus diversos frentes, y desconcentrando el ejercicio de sus funciones para ganar más movilidad y oportunidad en los territorios, especialmente en los más afectados.

Para empezar, el fortalecimiento de los Laboratorios Departamentales de Salud Pública (LDSP), será una prioridad en esta administración, como lo explica Rubiano García: “De 33 Laboratorios Departamentales de Salud Pública, 20 se encuentran muy por debajo de la calificación en el cumplimiento de estándares de calidad, y de estos, seis laboratorios están en cese de operación técnica desde hace más

de ocho años. Esto quiere decir que el 60 % de los LDSP no tienen la capacidad de desarrollar su función técnica operativa, y muchos de esos laboratorios están en zonas donde históricamente se presentan más dificultades y problemáticas en salud pública. Nosotros vamos a trabajar con el compromiso de las entidades territoriales, para asegurar que sus Laboratorios de Salud Pública funcionen cumpliendo estándares de calidad”.

Como operador de la vigilancia en salud pública, el INS vigila brotes y eventos de origen conocido o emergente que pueden causar gran afectación a la población, como las epidemias, por ejemplo. Luego de detectar los casos, procede a diagnosticarlos y formular planes de respuesta para contener la afectación a la comunidad.

Para cumplir esta función, el INS cuenta desde 2007 con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), una herramienta reconocida en el país y de amplio uso por parte de investigadores, medios de comunicación, estudiantes, entidades, y todo tipo de profesionales que estudian e informan sobre salud pública. Señala el director Rubiano que apostarle ahora a la vigilancia epidemiológica en tiempo real “se refiere específicamente a mejorar la oportunidad en la detección de los casos; que no solo se espere a que

EL COMPROMISO SE DEMUESTRA CON EL CORAZÓN

Son **194** historias que nos llevaron
a ser hoy la **IPS en trasplantes**



1 De cada:

- 2** trasplantes de **hígado-riñón**
- 3** trasplantes **Hepáticos**
- 4** trasplantes **de pulmón**
- 6** trasplantes **de corazón**
- 10** trasplantes **de riñón**

**son realizados
en LaCardio**



Para hacer esa vigilancia epidemiológica en tiempo real, es necesario fortalecer capacidades en los territorios y promover la participación activa de la comunidad.

las personas consulten a los servicios de salud, sino que se pueda hacer desde la comunidad”.

Y explica: “Si analizamos, por ejemplo, un evento de interés para el país y de especial importancia en este Gobierno como la desnutrición en menores de cinco años, encontramos que las cifras que reportamos para este evento pueden requerir que los niños y las niñas accedan a los servicios de salud. Perdemos tiempo valioso para la detección oportuna de un caso y su ingreso al sistema de salud local. Mi propósito es que podamos hacer una vigilancia en salud pública, como la hemos venido desarrollando, pero con la participación de la comunidad y el desarrollo de capacidades y presencia permanente del INS en el territorio”.

Para hacer esa vigilancia epidemiológica en tiempo real, es necesario fortalecer capacidades en los territorios y promover la participación activa de la comunidad. Así lo detalla Rubiano García: “He dicho que una de mis estrategias es la desconcentración del INS. No solo entrenaremos en vigilancia comunitaria para la identificación del evento a personal de la región, sino que este personal permanecerá en el tiempo. Pasaremos de esperar un reporte por parte de la institución de salud o la entidad territorial, a desarrollar adicionalmente en el sitio nuestras funciones de vigilancia y otras misionales, de manera muy articulada con la comunidad, los actores del sistema de salud, la academia y las sociedades científicas. Será un verdadero escenario para la salud pública”.

Como parte de este proceso, se fortalecerá la estrategia de capacitación y entrenamiento en el programa de Epidemiólogos de Campo en los territorios, que posibilitarán

una reacción más oportuna y eficiente ante cualquier eventualidad, al trabajar directamente con la comunidad.

Como referente en salud pública, el INS enfatizará su gestión en la desconcentración de sus funciones para ganar más movilidad y oportunidad en territorios visiblemente más afectados y con gran deterioro histórico de la salud pública; así lo indica Rubiano García: “Me estoy refiriendo a La Guajira y al Chocó, por ejemplo, entre otras regiones de la Colombia dispersa y rural. Llegar a esos territorios en zonas alejadas requiere de una gran capacidad del Estado. Ese retorno a la esencia de la salud pública, con una amplia articulación e involucramiento de la comunidad en la solución de sus propios problemas de salud y desde una perspectiva intersectorial, entre otras, conlleva un ejercicio novedoso y arduo que estamos decididos a lograr. Necesita de una amplia convocatoria de actores del sistema y de la sociedad, desde todos los sectores, y de un trabajo articulado y profundo con autoridades sanitarias locales y el Ministerio de Salud”.

Fortalecimiento institucional

Rubiano García sostiene que el Instituto, como cabeza técnica de las redes de laboratorios en salud pública, de la vigilancia epidemiológica, de la Red Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos, de la Red Nacional de Bancos de Sangre, debe fortalecerse institucionalmente para optimizar el cumplimiento de sus funciones misionales.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) está conformado por ocho grupos de laboratorios: Entomología, Genética, Micobacterias, Microbiología, Parasitología, Patología, Virología, y Química y Toxicología. Estos laboratorios hacen diagnóstico, confirmación e investigación de

patologías de origen bacteriano, parasitológico, viral, fúngico, enfermedades de transmisión vectorial, transmisión sexual, zoonosis, respiratorias, entre otras.

El LNR hace parte fundamental de programas de erradicación, eliminación y control de enfermedades como poliomielitis, sarampión, rubéola, malaria, dengue, fiebre amarilla, rabia, sífilis gestacional y congénita, así como de enfermedades de alto impacto en salud pública como el dengue, VIH/SIDA, hepatitis, encefalitis, influenza y otras enfermedades emergentes.

También hace vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en el Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua Potable (Sivicap). Y apoya los grupos funcionales de la Subdirección de Vigilancia y Control para el estudio de brotes o epidemias, y al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Además, cuenta con dos grupos que hacen coordinación nacional de redes: la Red de Trasplantes de Órganos y Tejidos, y la Red de Sangre.

Explica el director del INS que, para garantizar la continuidad en el cumplimiento de funciones misionales, hay que trabajar en varios frentes: “Será prioridad el fortalecimiento de los ocho laboratorios institucionales de referencia en lo relacionado con el recurso humano, tecnología, procesos estructurales y sistemas de información, de manera que puedan gestionarse cumpliendo altos estándares de calidad. Se deben mantener y renovar los procesos de acreditación de los ensayos de los laboratorios nacionales de referencia, así como fortalecer la vigilancia por laboratorio de los eventos de interés en salud pública; además, continuar las alianzas estratégicas para desarrollar los estudios y encuestas nacionales, que dan información oficial al país para tomar las decisiones sobre sus diferentes estrategias de intervención”.



Asimismo, indica Rubiano García que se debe trabajar en el fortalecimiento de la entidad, muy limitada en su funcionamiento estructural, por lo que es necesario formular un proceso de reestructuración organizacional y reclasificación salarial: “Tenemos científicos que, lamentablemente, no cuentan con una remuneración justa y acorde con sus aportes a la ciencia, la tecnología y el desarrollo del país”.

Ese reforzamiento institucional pasa por el fortalecimiento de las Direcciones Técnicas del INS: la Dirección de Redes en Salud Pública, la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, la Dirección de Investigación en Salud Pública y la Dirección de Producción, lo mismo que el Observatorio Nacional de Salud encargado de generar evidencia para informar la toma de decisiones y guiar la formulación de políticas en salud del país.

Otros desafíos a mediano plazo

El director del INS recalca que el Instituto se está concentrando en la formulación y desarrollo de proyectos de investigación con impacto comunitario y poblacional, así como en la implementación y traducción del conocimiento para que este sea usado en las comunidades.

También se revisará la gestión en materia de trasplantes en Colombia, indicó el directivo: “El INS tiene una tasa

El INS goza de gran posicionamiento internacional en el contexto regional e, incluso, mundial, siendo referente en distintos frentes, se buscará estrechar lazos de cooperación en Latinoamérica

de donación de 6,4 donantes por millón de habitantes y una tasa efectiva de trasplantes de 23,2 trasplantes por millón de personas. Entonces, llegar a modelos como el español, que tiene tasas de donación y trasplantes mucho más altas, exige revisar incluso cómo funcionan esos modelos en otros países y qué podemos implementar en el país. Y se hará una revisión de la enfermedad renal, porque tenemos una progresión de esta enfermedad a estadios 4 y 5 en una porción de casi 100.000 colombianos, y revisar qué pasa con tejidos como el de córnea. Ambos concentran una lista de espera de alrededor de 4.300 personas”.

Otro frente importante de acción será la producción de vacunas en el país, reiteró Rubiano García: “Tenemos la responsabilidad técnica de avanzar conjuntamente con el Ministerio de

Salud en el proyecto de producción nacional de vacunas. Recordemos que el INS fue pionero y productor por muchos años de vacunas virales, vacunas bacterianas, sueros hiperinmunes, pruebas diagnósticas, farmacéuticos y medios de cultivo, que se dejaron de producir en 1999”.

Asimismo, agregó que se busca la mejor alternativa: “La figura bajo la cual desarrollaremos la producción de vacunas, que tiene todo que ver con el ejercicio de la soberanía sanitaria, será uno muy parecido al de Brasil y México, que hacen una parte del proceso de producción en el territorio. Este tema está avanzando. Llevamos poco más de tres meses, en donde hemos orientado el esfuerzo para lograr otro de los propósitos del Gobierno del presidente Gustavo Petro”.

Y partiendo de reconocer que el INS goza de gran posicionamiento internacional en el contexto regional e, incluso, mundial, siendo referente en distintos frentes, se buscará estrechar lazos de cooperación en Latinoamérica, como lo indicó el director: “El INS tiene aliados naturales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Centros para el Control y Prevención y de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, con los que tenemos lazos de cooperación técnica de más de 20 años. Ahora estamos dando un giro para fortalecer nuestros lazos con Brasil, México y otros pares en la región, para profundizar y retomar nuestras relaciones en áreas como la investigación. Como países de un mismo continente, sabemos



que compartimos muchos problemas de salud pública similares y con grandes retos en la salud de nuestras poblaciones”.

Pero además de contar con los recursos que atrae el INS mediante la figura de cooperación internacional, también debe asegurar recursos para su funcionamiento, concluyó Rubiano

García: “Siendo una entidad con la importancia que tiene para la vigilancia y respuesta a amenazas como virus emergentes y reemergentes, para el control y seguimiento a 107 eventos de interés en salud pública, para la coordinación técnica de distintas redes en salud pública, debe contar con recursos suficientes desde el Plan Nacional de Desarrollo para cumplir su actividad misional y para funcionamiento”.

Sivigila, un Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública robusto y confiable

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), del Instituto Nacional de Salud, es reconocido en Latinoamérica como uno de los sistemas de información más robustos por la calidad y confiabilidad de sus datos: desde 2007 colecta datos de 106 enfermedades o eventos de interés en salud pública (y, desde el 2020, también de COVID-19), suministrados por más de 11.000 instituciones de salud de todo el país.

Sivigila realiza la provisión sistemática de información sobre la dinámica de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana, para orientar políticas y planificación en salud pública; tomar decisiones para prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de intervenciones; y racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

En Sivigila se recolectan los datos sociodemográficos nominales de las personas identificadas en esos 107 eventos en un solo sistema, a diferencia de otros países que reportan número de casos y no casos específicos. Con la información de Sivigila, las entidades territoriales departamentales, municipales y distritales realizan acciones de control en su jurisdicción.

Sivigila se adaptó a nuevas necesidades por eventos emergentes, como influenza AH1N1, Chikungunya, Zika y COVID-19: al adicionar datos de este último, pasó de captar más de un millón y medio de datos de 106 enfermedades, a captar 20 millones anuales de datos.

Esos 20 millones de nuevos registros se refieren solo a la Data estructurada de la notificación de datos de COVID, pero se integró información de otras fuentes durante la pandemia. Esta integración generó información diaria y datos abiertos de COVID desde el 6 de marzo de 2020 hasta el 1 de mayo de 2022, fecha a partir de la cual se convirtió en reporte semanal como se mantiene hasta hoy en 2023.

A la fuente del Sivigila se integró la Red Nacional de Laboratorios a través de SisMuestras COVID-19, repositorio al cual llegan todos los resultados de PCR o pruebas de antígenos; se integró información de SegCovid19, plataforma del Ministerio de Salud para seguimiento de pacientes; y del RUAF (Registro Único de Afiliados), para incluir diariamente los datos de fallecidos por COVID-19 según los certificados de defunción.

En el solo Sivigila se pasó de unos 2 millones a casi 20 millones de registros en un año; en SisMuestras, desde 2020 hasta julio de 2021, cerca de 14 millones de registros. Desde 2020 y hasta julio de 2021, se procesaron cerca de 15.000 registros de SisMuestras diarios; en SegCovid19, un promedio de casi 3.000 ingresos diarios y 67.000 egresos diarios; y en RUAF, en 2021 se procesaron 230.000 registros todos los días.

También se crearon unos *dashboard* (tablero o cuadro de mandos) por eventos, con información desde 2007 hasta 2021, con detalle de IPS, EPS, desagregación por sexo y municipio, información para uso del Instituto y de todos los niveles del sistema de salud.

Invima, la garantía de salud pública en medicamentos y alimentos

El Ministerio de Salud, dentro de su Plan de Acción 1991-1994, recomienda crear un sistema de control de calidad para los medicamentos e insumos de salud, alimentos y demás productos industriales que puedan ocasionar riesgos, de tal manera que se garantice su eficacia y baja toxicidad. De 1991 a 1994 el INS, que venía desarrollando algunas de las tareas de vigilancia en esos aspectos, estudia y proyecta la nueva institución, creada por el Congreso de la República, conforme al artículo 45 de la Ley 100 de 1993: en ejecución de ese mandato, se expidió el Decreto 1290 de 1994, por medio del cual se precisaron las funciones del Invima y se estableció su organización básica.

Para apoyar el diseño y la puesta en marcha del Invima, se buscó apoyo de instituciones de orden mundial como la Organización Panamericana de la Salud, el Departamento de Salud y Servicios de Salud (HHS) y la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de los Estados Unidos, entre otras que participaron con sus conocimientos y experiencias.

El Invima inicia operaciones el 1 de febrero de 1995 en Bogotá, con 123 funcionarios. En 2007 la Ley 1122 otorgó al Invima las funciones de inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio animal, de los centros de acopio y plantas de procesamiento de leche y sus derivados, así como del transporte asociado a estas actividades. En consecuencia, el Invima puso al servicio desde agosto de 2007, ocho oficinas de los Grupos de Trabajo Territorial (GTT) en Barranquilla, Montería, Bucaramanga, Neiva, Medellín, Cali, Villavicencio y Bogotá, y desde 2010 una más para el Eje Cafetero en Armenia.

En 2009 el Invima recibió el reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como Autoridad Nacional Reguladora de Medicamentos en América Latina y en 2010 la certificación Icontec bajo la norma NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

Colombia así respondió a la necesidad de contar con una institución de carácter técnico-científico que trabajara para proteger la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de normas y políticas sanitarias asociadas al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos de vigilancia sanitaria.

Para tal efecto, desempeña funciones como inspeccionar, vigilar y controlar a los establecimientos productores y comercializadores de estos productos, y certifica sus Buenas Prácticas y condiciones sanitarias mediante la expedición de registros sanitarios, los cuales también renueva, amplía, modifica o cancela, de acuerdo con la reglamentación del Gobierno nacional.

Las empresas o laboratorios que buscan comercializar en el país alguno de los productos mencionados deben solicitar al Invima la expedición de registros y certificaciones para la fabricación, preservación, manipulación y distribución de productos de consumo humano, protegiendo a la población del riesgo de sufrir enfermedades y/o de padecer efectos secundarios de todo tipo, causados por productos de calidad deficiente

En Instituto se ha ido forjando y consolidando en su misión sanitaria en un proceso paulatino, procurando fortalecer su presencia en todo el territorio nacional, modernizando su estructura organizacional, y aumentar el reconocimiento internacional como referente técnico y científico en los asuntos de su competencia. Además, cumple una función fundamental para el país al hacer farmacovigilancia, con actividades de detección, evaluación,

comprensión y prevención de las reacciones adversas u otro problema de salud relacionado con medicamentos o vacunas.

Hoy día, el Invima busca ser reconocido como una agencia sanitaria ágil, eficiente y transparente; accesible al empresario y al emprendedor; y comprometida con la salud pública y el estatus sanitario del país.

“Reestructurar el Invima y crear agencia regulatoria latinoamericana”



Foto tomada redes sociales Invima

Francisco Rossi,
Ex Director (e) Invima

Adelantar la reestructuración del Invima, con cambios que constituyan un modelo para otros países en una agencia regulatoria latinoamericana, es la propuesta central de Francisco Rossi Buenaventura, director encargado del Invima entre el 21 de septiembre de 2022 y el 21 de marzo de 2023, y quién seguirá acompañando estos procesos desde el Ministerio de Salud.

“El Invima cuenta con muy buena imagen institucional a nivel internacional, gracias a los procesos regulatorios de calidad; sin embargo, a nivel nacional se necesita adaptar los procedimientos a las necesidades locales”, afirmó Rossi, quien presentó los elementos centrales del proceso.

Elementos para la reestructuración del Invima

1. Reducción del peso relativo de los registros sanitarios. Énfasis en la vigilancia en el comercio.
2. Simplificación, agilización y modernización del registro, incluyendo su supresión en algunos productos como alimentos de bajo riesgo.
3. Regulaciones sanitarias orientadas a las necesidades locales sin imposición internacional de estándares.
4. Sistema de información amigable, interoperable y articulado a los sistemas de información del sector.
5. Planta de personal: carrera administrativa, salarios competitivos, meritocracia.

Para Rossi Buenaventura, las funciones que cumple el Instituto deben considerarse en dos frentes, la tarea sanitaria y la garantía de formalidad de productos de consumo: “Invima hace inspección, vigilancia y control por distintos mecanismos que apuntan a asegurarle al ciudadano que productos de consumo de producción industrial, como medicamentos, alimentos, dispositivos médicos, licores y algunos productos adicionales, cumplan requisitos de calidad para ser seguros, eficaces o inocuos en el caso de los alimentos, que no causen daño. Esa es la tarea sanitaria. Pero en la otra cara de la moneda, Invima tiene una función económica, comercial: cumple funciones de darle estabilidad al comercio formal; para que los jugadores en el mercado cumplan requisitos de formalidad, es el garante de la formalidad de los mercados de los productos de consumo”.

Si bien en Colombia y en el ámbito internacional se reconoce la importancia y trascendencia de la gestión del Invima y su invaluable apoyo en la respuesta a la pandemia, también hay consenso en que el Instituto enfrenta grandes dificultades y que necesita fortalecerse.

Así lo señala Rossi: “El problema del Invima es que por razones de las normas, de las costumbres a lo largo de los años, tiene un represamiento especialmente en el cumplimiento de las funciones de registros sanitarios. La gran mayoría son registros de medicamentos: si alguien quiere



El registro sanitario como instrumento para garantizarle a la gente la calidad, inocuidad, seguridad, eficacia de los productos, es muy limitado, y se puede demorar un buen tiempo en obtenerlo.

producir un medicamento, primero tiene que solicitar un registro sanitario, y si es un producto nuevo, no se debería demorar más de entre seis y nueve meses; y si es un producto conocido o un genérico de un producto del cual hay suficiente conocimiento, no debería demorar más de tres meses. Pero tenemos procesos que toman entre uno a tres años, y algunos represados de cinco años y más”.

En esto influyen varias cosas; agrega Rossi: “Una, se fue generando una cultura en la que quienes hacen la evaluación, asumen la postura de que tienen que hacer una revisión muy juiciosa y detallada, porque tenemos que ‘tapar los goles’, estar absolutamente seguros de que no nos están dando información incompleta o falsa, o no están mostrando toda la realidad y nos quieren esconder algo. Eso hace que las revisiones sean demasiado exhaustivas y detalladas, que se tomen tiempo, y se busca tener garantías que de vez en cuando se vuelven un poco irracionales”.

En esa línea, la reestructuración propone cambiar el esquema de relación con los productores vigilados, como explica Rossi: “Colombia tiene una industria con una madurez importante y vale la pena que el esquema de relación entre el regulador, que es el Invima, y la industria sea de mucho más respeto; confiamos en que la gente quiere hacer las cosas bien, está para hacer las cosas bien, y no es nuestra tarea hurgar a ver qué encontramos. Nuestra tarea es que las cosas se hagan como deben hacerse y que nos pongamos de acuerdo en cuál es la información realmente necesaria, y que estos trámites no se demoren

demasiado. Esto implica cambios de cultura institucional, de esquemas de relacionamiento; ya vamos por esa vía”.

Lo segundo es enfatizar la vigilancia en el comercio. Agrega Rossi: “El registro sanitario como instrumento para garantizarle a la gente la calidad, inocuidad, seguridad, eficacia de los productos, es muy limitado, y se puede demorar un buen tiempo en obtenerlo. Pero no sabemos qué pasa en la calle, en los supermercados, en las tiendas, en los sitios donde venden estos productos; no sabemos si por el transporte u otras condiciones, cuando el consumidor tiene el producto o lo consume, esté cumpliendo los requisitos que defendimos tanto tiempo, que son nuestra razón de ser. Queremos ir un poco más a la calle y un poco menos quedarnos revisando documentos, pasar del registro a la vigilancia en la calle. Esa es una segunda ruta en el proceso de repensar el Invima”.

Y una tercera línea es fortalecer la función de acompañamiento, más allá de la vigilancia. Así lo explica Rossi: “El Invima es una ‘policía sanitaria’, una institución que vigila y detecta problemas, que debe resolverlos y sancionar al que infrinja las normas. Es una manera de entender el trabajo de una agencia de esta naturaleza, pero también hay otra manera de entenderlo, en nuestro interés de que los productos lleguen bien al consumidor, con calidad y las demás características; eso puede hacerse no tanto con la función de ‘policía’, sino más bien con la función de acompañamiento. Esto lo discutimos a propósito del papel del Invima en el registro y vigilancia de alimentos, porque hay empresas muy grandes y tenemos suficiente tranquilidad de que sus procesos de producción industrial son muy seguros, bien estandarizados, y no tenemos mayor problema con ellos, pero tenemos muchas pequeñas empresas, campesinas, de mermeladas

y este tipo de cosas, que tienen dificultades para obtener el registro sanitario y cumplir requisitos”.

En ese sentido, la propuesta es simplificar, agilizar y modernizar el registro sanitario, y eliminarlo en algunos productos como alimentos de bajo riesgo, como lo explica el directivo: “Lo que el Invima podría hacer en vez de convertirse en un obstáculo al trabajo —reclamo que nos hacen desde el Ministerio de Comercio y el de Agricultura, desde Presidencia de la República—, que en vez de obstaculizarlo con el registro, simplifiquemos el registro, incluso el de consumo; o sea, eliminar el registro sanitario para alimentos y que más bien el Invima asuma una función de acompañar, de informar al productor de los procedimientos para garantizar la calidad y la inocuidad, proceder más con esa perspectiva que con la del policía que vigila, del ‘policía malo’. Es otra transformación de cultura institucional que promovemos y que se inició hace un par de años, porque estos procesos vienen de tiempo atrás”.

El Invima debe volcarse a atender más al ciudadano. Complementa Rossi: “Probablemente por las tarifas y los trámites, el cliente al que más atiende el Invima es al industrial, y realmente a quien le deberíamos responder, nuestro cliente fundamental, tendría que ser el ciudadano; tendríamos que atender mucho más las necesidades y quejas de los ciudadanos, que las preocupaciones de los industriales con retrasos en sus trámites; volcarnos a que nuestra función sea más la garantía de la salud, la seguridad, la eficacia, la calidad de los productos, y menos los trámites. Nuestro lema ahora es ser cada vez menos una institución de trámites, una institución que sea vista más como la defensora de los productos y necesidades de los ciudadanos, la institución que acompañe”.

Y en su planta de personal, deben resolverse problemas estructurales. Así lo recalcó Rossi: “El Invima tiene un equipo grande, gente que trabaja mucho. Lo que se hace en Invima no se aprende en ninguna universidad, en ningún diplomado. La gente aquí tiene que hacer una curva de aprendizaje importante, pero los niveles de salarios no son buenos ni competitivos, y nos pasa con mucha frecuencia que viene la gente, trabaja un par de años, le hacen muy buenas ofertas afuera, y el Invima juega el papel de formar gente para el sector privado, porque no puede retenerla. No se puede pretender que una persona con doctorado y un salario de cinco o seis millones o menos, se quede mucho tiempo; a veces el Invima apoya financieramente a la gente que hace este tipo de estudios y al regresar cumplen el tiempo que deben cumplir y se van. Es algo que tenemos que cambiar; es urgente, porque tenemos gente excelente. Pero si no resolvemos las condiciones de estabilidad laboral y salarios, la gente se nos va. Es un cambio que tenemos que hacer rápido y

La falta de integralidad, puede afectar también a la mejor Contabilidad.



Control total
360°
365/24/7

Contabilidad Xoma ERP.
Especializada en SALUD.

www.xomaonline.com

Llame ya:
Daniel Hernández Báez (+57) 314 410 4360

ORACLE | Partner

Iris Soluciones 

Xoma[®]
La solución en salud que vive... y deja vivir.



que forma parte de la reestructuración o reingeniería del Invima, porque es un problema estructural”.

Rossi también advierte que debe fortalecerse la tecnología: “Sobre todo en sistemas de información, hemos tenido mucho problema. Ese tema en instituciones públicas funciona bastante mal; es la experiencia en todas partes. Además, cuando se trata de manejo de mucha información confidencial, delicada, lo que debe tener en sistemas es imprescindible y no hemos estado a la altura. Y está el problema de seguridad. Invima ya tuvo dos ataques cibernéticos; aprendimos que en ciberseguridad las instituciones estamos en situación muy difícil, muy expuestas; si uno tiene un ciberataque, tiene que salir a correr a buscar herramientas que tienen costo, tecnologías que protegen... tiene que hacer contratación y estudios, pero con las medidas de Ley 80 y otras tenemos una capacidad de reacción muy limitada por las normas de contratación estatal”.

Regulación sanitaria debe apoyar la reindustrialización y agencia regional

Una propuesta del Gobierno nacional es fortalecer la capacidad industrial de producción de medicamentos, alimentos y productos de consumo. Explica Rossi que la distribución internacional del trabajo y la especialización, el neoliberalismo y otras teorías económicas han significado para muchos países, y para Colombia en particular, una desindustrialización en distintos sectores y muy especialmente en el de medicamentos, dispositivos e insumos para salud.

“Por ello —dice Rossi— se propone tener una regulación más adaptada a la necesidad de fortalecer la industria nacional, que a seguir estándares internacionales y ponernos a tono con las prácticas más exigentes a nivel global, cambiar un poco esa lógica y movernos más hacia una regulación que obedezca a esos propósitos de industrialización. Es una característica en conversaciones con el Ministerio de Comercio que tiene una política de reindustrialización, pues una contribución que se pide al Invima es ajustar la regulación a esa política industrial,

una política de gobierno más macro, de desarrollo social, económico, humano. Es un compromiso de largo plazo bien importante”.

Señala Rossi que, en temas de calidad y comercio internacional, la tendencia es mirar lo que hacen las agencias regulatorias de alta exigencia en Estados Unidos, la Unión Europea, Japón. Y explica: “Se generó una escala: unas de alto nivel, otras un poquito más abajo y otras bastante más abajo, donde la tarea de las agencias es seguir el ejemplo de las de más desarrollo. Nuestra impresión es que ser de mayor desarrollo es terminar siendo instrumentos de un esquema global, nos imponen una lógica de la regulación, unos estándares que no necesariamente son los que se necesitan para la salud ni para cerrar brechas tecnológicas, ni lo que se necesita para una mayor equidad en la distribución del bienestar y el desarrollo. Ahí, una agencia regional que tenga como foco y perspectiva las necesidades de los países en desarrollo tendrá mejor orientación y mucha más independencia para salir de ese esquema, y generar la regulación que necesitamos”.

Por esto, surge la idea de la agencia regulatoria latinoamericana: “La propuesta la empezamos a discutir en Colombia, pero tiene mucha acogida entre nuestros países hermanos latinoamericanos y del Caribe. Ya México, Cuba y Colombia empezaron la discusión. Tenemos una reunión en abril en México, en mayo en Bogotá o Cartagena, y en junio en Cuba, para dar pasos en la creación de esta agencia”.

Que Invima no se financie con tarifas de trámites

Otra preocupación es la financiación del Invima con tarifas, explica Rossi: “Tenemos la impresión de que las tarifas fueron una buena

idea en el lanzamiento del Invima con la Ley 100, pero no nos ayuda a cumplir lo que quisiéramos hacer con el Invima nuevo y lo que hemos debido hacer, porque con las tarifas el cliente es quién paga; a nosotros nos exigen cumplir tiempos y trámites, porque están pagando la tarifa. Eso amarra muchas cosas de nuestro trabajo. Y en segundo lugar, al final nosotros sí somos 'policía sanitaria', sí cumplimos funciones de policía, de inspección, vigilancia y control, no debiera financiarse por tarifas. Cobrar tarifas por funciones de policía no parece lo más apropiado, cuando normalmente la gente paga impuestos para la vigilancia y los industriales pagan tarifas que trasladan al final al consumidor.”

Y complementa: “Nuestras tarifas se fundamentan en recuperar los costos del trabajo al hacer inspección, registros sanitarios o visitas, al cumplir nuestras tareas; eso termina siendo terriblemente inequitativo, porque una pyme paga la misma tarifa que una gran empresa. La tarifa es igual porque es por tipo de producto y por tipo de registro, lo que deja en muchísima desventaja a pequeñas empresas porque para ellas estos costos son realmente importantes. La forma de financiación para el Invima debería ser Presupuesto Nacional: para eso se pagan impuestos, para las funciones de inspección, vigilancia y control, seguridad, policía”.

Concluye Rossi que el Invima tendrá nuevo equipo de dirección, pero que él continuará trabajando con el Ministerio de Salud, acompañando los procesos de reestructuración que deben iniciarse este año: “Ya empezamos a percibir algunos cambios en la cultura institucional, en la evacuación de trámites, en los enfoques, pero son procesos que hay que ir acompasando y que toman su tiempo, esperamos que continúen y que ojalá este año tengamos una nueva cara del Invima”.

“Para avanzar, Invima tiene retos en presupuesto, recurso humano y transformación digital”



Julio César Aldana,
exdirector Invima

Para fortalecer su misión de dar garantías en salud pública sobre el universo de productos que son objeto de su competencia, el Invima debe afrontar importantes retos en materia de presupuestos, capacitación del recurso humano y transformación digital.

Así lo afirmó Julio César Aldana, dos veces director del Invima, y quien parte de reiterar que la principal función del Instituto, es garantizar a los colombianos que todos esos productos que usen o consuman tengan garantías en materia de salud pública, no solamente otorgándoles el registro sanitario respectivo, sino también con las labores de inspección, vigilancia y control.

En primera instancia, advierte que al analizar presupuestos de entidades homólogas, como la FDA (*Food and Drug Administration* - Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), evidencia que los presupuestos del Invima son ínfimos comparados con los de estas entidades. Además, en Colombia, por cuenta de la Ley de Descentralización, Invima comparte algunas funciones y competencias con los entes territoriales, por lo que debería contar con un presupuesto mucho más robusto.

La gestión del Invima en la pandemia por COVID-19 se centró en el desarrollo acelerado de un marco normativo a tono con otras agencias homólogas del mundo (sobre todo aquellas de referencia como la FDA y la EMA)

En segundo lugar, recuerda que como director entre 2002 y 2007, y entre 2018 y 2022, nunca era suficiente el número de empleados para cumplir las funciones del Instituto: “En 2007 éramos 500 personas y no alcanzábamos, en 2018 eran 1500 personas y tampoco alcanzábamos”.

Sin embargo, advierte que la suficiencia no puede descargarse solo en la contratación de más personas, sino que debe soportarse en un apalancamiento sobre una base de tecnología, la implementación digital de procesos: “Esa transformación digital lleva implícitos temas presupuestales de racionalidad en la contratación pública; pero no podemos tener unas entidades más eficientes, si no consideramos esa necesidad de transformarlas digitalmente para que además sean mucho más amables con el ciudadano. No hay derecho de que un ciudadano en Corozal (Sucre) o en Pitalito (Huila) tenga que desplazarse hasta Bogotá para tramitar un registro sanitario, a la luz de lo que es el estado del arte hoy con las tecnologías. Hay que avanzar presupuestalmente, avanzar con la contratación y capacitación del recurso humano, pero también tener como apalancamiento, como eje transversal conector, la transformación digital de la entidad”.

Aldana destacó que la transformación digital que aumenta la eficiencia del Invima también lleva a la transparencia, porque en la medida en que en los procesos haya menos contacto del servidor público con el interesado, será mucho mejor y mucho más transparente el proceso.

La gestión de Invima en pandemia

La gestión del Invima en la pandemia por COVID-19 se centró en el desarrollo acelerado de un marco normativo a tono con otras agencias homólogas del mundo (sobre todo aquellas de referencia como la FDA y la EMA), para permitir la entrada a Colombia de las vacunas mediante la figura de Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE): “Así fue como rápidamente llegaron las vacunas de Janssen, Astrazeneca, Pfizer, Moderna y Sinovac, y rápidamente se diseñó el Plan Nacional de Vacunación que fue exitoso; el país fue completamente exitoso en la compra y aplicación de las vacunas que salvaron vidas”, destaca Aldana.

El Decreto 1787 de 2020 estableció condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la ASUE a medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la COVID-19; además, permitió el uso de emergencia de algunas sustancias en fase de experimentación, como estas vacunas.

La otra respuesta importante de Invima ante la pandemia fue la creación de la Red Nacional de Farmacovigilancia de los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV) contra COVID-19 en Colombia, integrada por Secretarías de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), titulares de registro sanitario, agrupaciones de usuarios y población general.

Señaló Aldana que estas vacunas fueron vigiladas de manera estricta por todos los actores del sistema de salud: “Diseñamos una estrategia de farmacovigilancia del comportamiento



HEALTH TECH LATAM
Innova
GRD

27-28 ABRIL BOGOTÁ

Transformación Digital para una Salud 5.0

“El rol de los GRD en analítica avanzada de datos y pago por resultado”.



Organizan e invitan:

AVEDIAN

Processum

innovagr.com



Hotel Casa Dann Carlton,
Cl. 93b #19-44, Bogotá

Uno de los retos más importantes de Invima en su proyección al futuro es avanzar en la transformación digital que traerá muchas soluciones a pequeños emprendedores, a medianos empresarios, a grandes empresarios

del uso masivo de esas vacunas en Colombia, que afortunadamente, como lo evidenció la OMS en todo el mundo con reportes en la plataforma digital VigiFlow en Uppsala (Países Bajos), permitieron que los efectos adversos de esas vacunas nunca alteraran la ecuación, es decir, los beneficios fueron de lejos muchísimo mayores que los eventuales efectos adversos”.

Agrega el exdirector que la Comisión de Expertos que opera en el Invima en la Comisión Revisora actualizó la norma para permitir la entrada a Colombia de Elementos de Protección Personal (EPP) e insumos médicos como reactivos de diagnóstico, hipnóticos, anestésicos, relajantes musculares, entre otros, para que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) no estuvieran desabastecidas.

“La pandemia trajo un problema de logística, de disponibilidad de materias primas en un mundo de escasez, y tuvimos que movernos en la actualización de la norma que permitiera la entrada, por ejemplo, para EPP y elementos básicos de atención para las UCI, que de nada servían sin esos elementos. Ahí hubo una respuesta

también rapidísima muy eficiente del Invima”, dijo Aldana.

Proyección del Invima

“La visibilidad de los productos colombianos en el mercado internacional depende de la confianza que generemos como agencia sanitaria; hay que dar garantías al ciudadano y a las agencias homólogas de los países donde puedan llegar estos productos; es decir, primero la garantía de salud pública para los ciudadanos y, paralelamente, generar garantías y confianza en sus agencias regulatorias, para que los mercados internacionales tengan confianza en lo que hace el Invima y abran puertas a productos de nuestros campesinos, emprendedores, comerciantes, empresarios”, enfatizó el exdirector.

Por eso, uno de los retos más importantes de Invima en su proyección al futuro es avanzar en la transformación digital que traerá muchas soluciones a pequeños emprendedores, a medianos empresarios, a grandes empresarios, indicó Aldana: “Debe avanzar en transformación digital para que avance en tres direcciones importantes: eficiencia, transparencia y estatus sanitario. Con los registros sanitarios aumentan ventas de la industria y con las ventas aumentan indicadores y cumplen metas. El Invima no puede ser un obstáculo al comercio ni al desarrollo empresarial, pero siempre los intereses en salud pública están por encima de cualquiera otro alrededor”.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS): respaldo científico para la toma de decisiones en el sistema de salud

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), creado en septiembre de 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de un mandato de la Ley 1438 de 2011, y en diez años de operación, se ha consolidado como un organismo que aporta respaldo científico para la toma de decisiones en el sistema de salud.

Para tal efecto, el IETS parte de articular las necesidades de la población del país y la evolución del sistema de salud; posibilita el diálogo entre la evidencia científica y la toma de decisiones en políticas de salud, y evalúa rigurosamente, desde lo científico, lo económico y lo social, las tecnologías sanitarias (cualquier intervención usada para promover la salud, para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, para rehabilitar o atender) en los diferentes puntos de su ciclo de vida, con el fin de determinar si esa tecnología sanitaria es efectiva, costo-efectiva y segura.

Adriana María Robayo García, directora ejecutiva del IETS, explica que el Instituto cumple dos grandes funciones de ley desde su creación: hacer la evaluación de tecnologías en salud basada en evidencia científica y elaborar guías, protocolos, lineamientos y demás instrumentos para orientar la práctica clínica y el

uso de esas tecnologías en salud. Dichas funciones fueron delegadas en el artículo 92 de la Ley 1438 de 2011, para ser desarrolladas de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios en Salud, de forma tal que sus orientaciones fueran “un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico-Científica, y para los prestadores de los servicios de salud”.

Por su parte, los objetivos específicos del IETS son los siguientes: evaluar las tecnologías en salud, considerando los aspectos de seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico; consultar evaluaciones de tecnologías con centros de evaluación acreditados nacional e internacionalmente que se subcontrataren para la evaluación de tecnologías médicas; articular con instancias u organismos afines la evaluación de tecnologías en salud en todas sus fases, teniendo en cuenta su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país, y en el presupuesto asignado para la adopción de estas; diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud; y difundir las metodologías empleadas y la información producida.



Cortesía IETS

Adriana María Robayo-
Directora ejecutiva del IETS



Robayo García indica que luego vinieron otras normas que le asignaron nuevas funciones al IETS, como el Decreto 2562 de 2012, que lo convirtió en miembro de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. La Ley 1753 de 2015, que expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, estableció que el IETS debía hacer la evaluación técnica para la puerta de entrada: en su artículo 72 señala que “la evaluación que realice el IETS a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Invima”.

Luego para dar cumplimiento a la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud, se determinó que el IETS se encargaría de la Fase 2 o evaluación técnica de las exclusiones del Plan de Beneficios en Salud (PBS), que fuesen nominadas como tales. La Resolución 205 de 2019 le asignó al IETS la evaluación de aquellos servicios y tecnologías en salud que se van a financiar por Presupuestos Máximos. El Decreto 811 de 2021, en el parágrafo 3 de su artículo 2.8.11.5.3, determinó que el IETS, de acuerdo con sus funciones y competencias, establecerá las guías y protocolos de atención a pacientes con productos terminados de cannabis medicinal con fines médicos.

Durante la pandemia, en la Ley 2064 de 2020 se creó como parte del IETS el Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna contra la COVID-19, para las vacunas suministradas por el Estado colombiano. Dicho Consejo evalúa la existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento adverso sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna. El Consejo tiene al menos cinco consejeros expertos, quienes cuentan con el apoyo técnico de un grupo científico dedicado por el IETS para la evaluación de esos eventos adversos.

En el Decreto 1099 de 2022 se establece que el IETS es invitado permanente en la Comisión Intersectorial para el desarrollo y producción de tecnologías estratégicas

en salud en Colombia. Y el IETS adelanta otras evaluaciones y acciones, en especial para el Ministerio de Salud, Secretarías de Salud y cooperación internacional que presta beneficio en Colombia, como lo manifiesta García Robayo.

Una década en continuo desarrollo de capacidades

En 2022, la directora afirmó que el IETS cumplía “diez años de promoción al acceso equitativo, eficiente y sostenible a las tecnologías sanitarias en Colombia, Latinoamérica y El Caribe”; además, especificó: “Han sido diez años de aprendizaje continuo para adaptar y desarrollar métodos científicos que ayudan a definir planes de beneficios y uso de tecnologías. Diez años generando conocimiento con más de 1.000 productos desde la síntesis de evidencia, la economía, la analítica, la actuaría, los métodos cualitativos y la investigación social en salud. Diez años facilitando oportunidades para el ecosistema de salud y forjando redes nacionales e internacionales”.

Señaló además que en 2022, un año caracterizado por grandes retos para el sector salud, en un contexto de incertidumbre y reformas, el IETS permaneció a la vanguardia “brindando información técnica, rigurosa y transparente, y articulando a los diversos actores para responder a las necesidades de los colombianos y colombianas. Desarrollamos la metodología para la clasificación de valor o beneficio terapéutico de nuevos medicamentos que ingresarán al sistema de salud colombiano; construimos herramientas técnicas para mejorar el tratamiento de las enfermedades priorizadas en el país; presentamos la propuesta de cálculo actuarial de la UPC para el régimen subsidiado; formamos pacientes y profesionales de la salud en evaluación de tecnologías sanitarias; desarrollamos el estudio sobre la seguridad y

efectividad para el uso médico del cannabis y sus derivados, entre otras acciones que impactaron positivamente al país y la región”.

García Robayo sostiene que el cumplimiento de la misión del IETS, en sus diez años de actividades, “le ha permitido al sistema de salud colombiano ser sostenible, a las autoridades sanitarias tomar decisiones basadas en la mejor evidencia científica, a los profesionales de la salud mejorar la atención que prestan a sus pacientes con la estandarización de la práctica clínica, y a la población favorecer el autocuidado, prevenir y entender sus diagnósticos y tratamientos”.

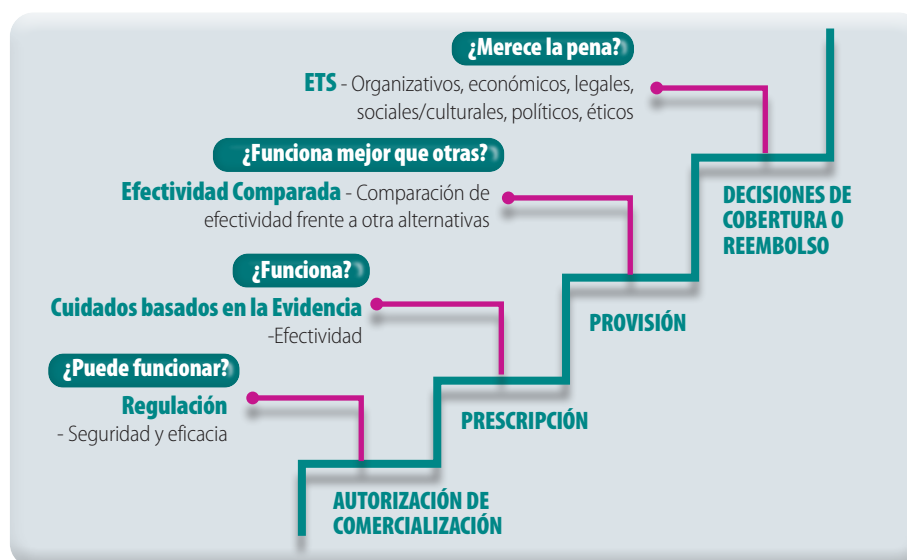
La esencia del trabajo del IETS

Desde el Instituto se advierte que para plantear innovaciones o mejoras en salud, lo primero es reconocer la persona en su individualidad y la forma como participa en su

entorno. Por ello, en estos diez años, “el IETS ha implementado una estrategia exploradora en la búsqueda, valoración y generación de recomendaciones de la evidencia a partir de los aspectos sociales, ambientales, financieros y clínicos de las poblaciones, permitiéndose ampliar las alternativas para la mejora de la experiencia del paciente con las tecnologías sanitarias en contextos determinados” (1).

En el Anuario 2022 del IETS, se explica que “la evaluación de tecnologías sanitarias (ETES, también llamada ETESA) es un proceso multidisciplinar que usa métodos explícitos para determinar el valor de una tecnología sanitaria, en los diferentes puntos de su ciclo de vida, con el propósito de incidir en los procesos de toma de decisiones informadas y así promover un sistema sanitario equitativo, eficiente y de alta calidad. Las ETES pueden aplicarse en diferentes puntos del ciclo de vida de una tecnología sanitaria, es decir, antes de la comercialización, durante la aprobación del mercado, posterior a la comercialización, hasta la desinversión de la tecnología, como muestra el gráfico 1”.

Gráfico 1. Ciclo de vida de las tecnologías sanitarias

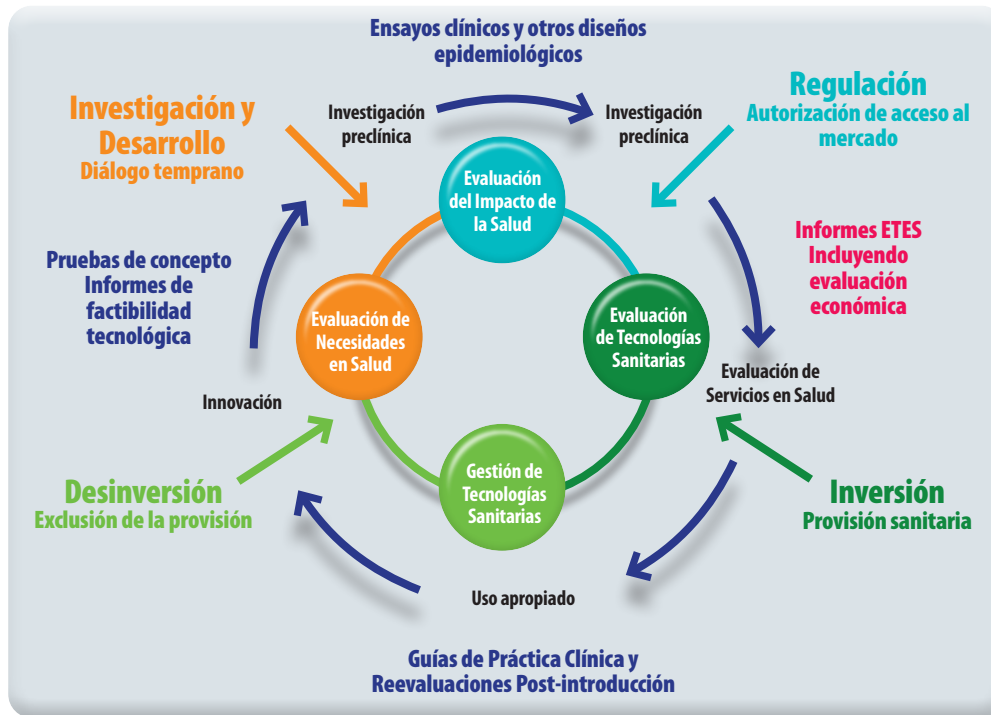


Fuente: Gutiérrez-Ibarluzea I (2022). Modelando los planes de beneficios. Obsolescencia, desinversión y escaneo del horizonte.

En el Anuario 2022 se explica que, “desde su creación, el IETS ha buscado ser referente en la respuesta integral a las necesidades evalua-

tivas relacionadas con la salud de la población (como se muestra en el gráfico 2) y contribuir a la eficiencia, equidad y cohesión del SGSSS”.

Gráfico 2. Ciclo de vida de la información basada en la evidencia



Fuente: Gutiérrez-Ibarluzea I, Chiumente M, Dauben HP. (2017). *The Life Cycle of Health Technologies. Challenges and Ways Forward. Front Pharmacol.*

Alta calidad en la investigación y liderazgo en Latinoamérica

El IETS es experto en el desarrollo de investigaciones con calidad reconocida: en diez años ha desarrollado más de 900 productos, como 204 espacios participativos con expertos, pacientes y tomadores de decisión; 202 estudios de efectividad y seguridad de tecnologías sanitarias; 183 análisis de impacto presupuestal; 55 revisiones sistemáticas de literatura; 32 evaluaciones de tecnologías sanitarias y 30 evaluaciones económicas en salud.

La directora del Instituto señala: “Somos un Grupo de Investigación ‘A’ de Minciencias, somos uno de los 20 o 21 institutos públicos de investigación en el país de todas las áreas de conocimiento, o sea, nacionales; publicamos artículos científicos; estamos a la vanguardia en métodos; tenemos intercambio con toda la región y somos de los grupos líderes en la región en evaluación de tecnologías, en la práctica los que vamos más adelante y, en forma institucional, somos Brasil y nosotros por Colombia; nos hemos constituido en referentes de Latinoamérica”.

García Robayo indica que “los métodos de investigación del IETS se adaptan y se realizan para Colombia, pero siguen las mejores prácticas del mundo en estos temas, tanto en innovación de tecnologías como en epidemiología y en economía de la salud. Además, tenemos un grupo que trabaja temas de participación, de investigación cualitativa y salud pública, que nos permite con los otros dos grupos (de evidencia y de economía de la salud y analítica), entregar respuestas muy bien hechas sobre medida para los requerimientos que tiene tanto el Ministerio como los otros contratantes. Y tenemos unas funciones sociales, funciones públicas múltiples, y tratamos de hacer lo mejor para el país, y obviamente podemos estar muy involucrados con lo que venga en APS (Atención Primaria en Salud), tanto evaluando equipos como realizando guías, y podemos seguir trabajando también con la gente de los hospitales y las clínicas en un momento dado”.

La directiva agrega que actualmente el IETS trabaja con sociedades científicas, con pacientes, y trabaja muy de la mano con los tomadores de decisiones en el sistema de salud, especialmente el Ministerio del ramo, Secretarías de Salud y entidades de cooperación internacional. Asimismo, advierte que, por ser el IETS una corporación mixta, el Instituto se cuida mucho de evitar conflictos de interés y no contrata donde potencialmente puedan surgir esos conflictos.

Para el desarrollo de los estudios, el IETS cuenta con tres jefaturas técnicas: i) Síntesis de Evidencia y Gestión de Tecnologías Sanitarias, ii) Estudios Analíticos, Económicos y Actuariales en Salud, iii) Métodos Cualitativos e Investigación Social.

Relacionamiento estratégico y participación del IETS en redes internacionales

Desde el IETS se han generado y fortalecido relaciones con diecisiete países de América, Europa y Asia, que permitieron desarrollar proyectos y actividades académicas de generación de conocimiento. También se fortaleció el relacionamiento con organizaciones internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Mundial contra el VIH y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros.

La directora del IETS señala que el referente mundial en evaluación de tecnologías sanitarias y elaboración de guías clínicas basadas en evidencia, es el NICE (*National Institute for Health and Care Excellence* - Instituto Nacional para la Calidad de la Salud y de la Asistencia), organismo del Reino Unido, el más grande del mundo de su tipo. Además, las agencias de evaluación de tecnologías en salud oficiales y que trabajan con los gobiernos están agrupadas en INAHTA.

Entendiendo que la conformación de redes tiene como objetivo compartir y aprender de las experiencias e incrementar elementos que aporten en la construcción de evidencia (científica y del mundo real) de manera bilateral, multilateral, generando puntos de encuentro y de oportunidades para investigadores, profesionales de la salud, centros de investigación académicos y todos los participantes del ecosistema de salud, el IETS participa en escenarios de la red internacional, regional y está en proceso de consolidar la red nacional y regional para Colombia en esta materia.

Desde 2019, el IETS es miembro activo y representante de Colombia en las siguientes redes internacionales: INAHTA (Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*), RedETSA (Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas), EVIPNet (Red de Políticas Informadas por la Evidencia, red patrocinada por la OMS), *Policy Forum Latinoamerican – HTAI* (Foro de Políticas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - *Policy Forum* - es una actividad organizada por HTAI), HTAi (Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - *Health Technology Assessment International*), y *Share-Net International* (Plataforma de Conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos).

El apoyo del IETS a la atención de la pandemia en Colombia

La directora del IETS destaca que, durante la pandemia por COVID-19, el Instituto asumió muchas tareas en varios frentes de acción para soportar la toma de decisiones a nivel nacional y territorial. Se trabajó desde la búsqueda y análisis de evidencia científica que estandarizara la práctica clínica en atención, diagnóstico y manejo de la infección por COVID-19, hasta el asesoramiento externo y orientación a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y a profesionales de la salud.

Se trabajó en cada etapa de la pandemia en el país, consiguiendo desarrollar en tiempo récord diferentes



La directora del IETS afirma que el desafío más importante del Instituto actualmente, de cara a la postpandemia, es continuar el trabajo de evaluación de las tecnologías de innovación en salud que entran al país

productos clave para el tratamiento, consultas e identificación de datos clave sobre la enfermedad. Se desarrolló el Geovisor de vulnerabilidad de la COVID-19 en Colombia, con el cual se pudo visualizar gráfica y dinámicamente capas de información geográfica relacionados con la pandemia. También se hizo la revisión rápida de vacunas y el Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud, contribuyendo así a la toma de decisiones de salud en el país.

En 2020, el IETS elaboró un modelo econométrico, reproduciendo el modelo de Michael Kremer (Premio Nobel de Economía de 2019), para tratar de establecer el tamaño óptimo del portafolio de vacunas que Colombia debía comprar y el momento de comprarlas. Y en el Plan Nacional de Vacunación, el IETS operó como un ente asesor con el suministro de estudios técnicos y revisiones sistemáticas de la literatura acerca de la efectividad y seguridad de las vacunas, previos a la decisión de los tipos de vacunas que debían comprarse.

La Resolución 2272 de 2020 determinó que el IETS hiciera parte de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19 y la directora del IETS asistió como invitada al Comité Asesor de Vacunas, creado por la Resolución 1270 de 2020, para evaluar la parte epidemiológica de la COVID-19.

Asimismo, el Instituto también fue Asesor Metodológico del Consenso Colombiano SARS-CoV-2/COVID-19,

en el cual participaron más de 100 entidades, entre hospitales, universidades, sociedades científicas, en un esfuerzo colaborativo para el manejo clínico de los pacientes.

En postpandemia: seguir evaluando innovación y garantizar flujo de recursos para investigación

La directora del IETS afirma que el desafío más importante del Instituto actualmente, de cara a la postpandemia, es continuar el trabajo de evaluación de las tecnologías de innovación en salud que entran al país: “El desafío es tener más posibilidades de evaluación: seguir evaluando todo lo que entra por innovación al país, para tratar de determinar si se debe pagar o no con recursos públicos de forma más amplia y generalizada. Otro reto grande es seguir haciendo guías, protocolos y lineamientos, y actualizar la guía de guías, tema que le sirva a los diferentes prestadores, hospitales y clínicas y, de alguna forma, poder dar método para todo lo que hay que evaluar en innovación: está llegando tecnología digital, pruebas genéticas, medicina personalizada, y aún en el mundo, no solo en Colombia, hay mucha duda acerca de cómo se debe evaluar; entonces, tenemos que seguir desarrollando métodos para evaluar esa tecnología que está llegando al país”.

Y en el propósito de fortalecer su misión en el sistema de salud, García Robayo señala que la necesidad más urgente para sostener un flujo permanente de trabajo es disponer de recursos suficientes para cumplir las funciones del Instituto: “Tenemos gente muy buena, pero para funcionar todavía dependemos de las fechas en que se definen los contratos con el Ministerio de Salud. Lo que queremos y lo que está propuesto por el mismo Ministerio y Planeación Nacional es que se cambie un

poco o se ajuste la naturaleza jurídica del IETS, para que se denomine adscrito o vinculado o como se quiera, pero que al final haya un flujo de recursos y un trabajo permanente del IETS, sin depender tanto de la contratación. Que estemos desarrollando nuestra labor durante todo el año, en forma permanente y no episódica según contratos. Eso sería fundamental”.

El futuro: ampliar grupos de trabajo que desarrollen más metodologías de evaluación en salud


La visión del IETS apunta a ser reconocido en el país como el referente técnico y líder de la Red de ETES (Evaluación de Tecnologías en Salud) en Colombia, facilitando la articulación armónica y efectiva para la generación de evidencia robusta y confiable, que contribuya en el impacto social y la sostenibilidad financiera del sector salud, con un talento humano ético altamente calificado, satisfecho y comprometido.

Precisamente, para fortalecer la misión del Instituto en el mediano y en el largo plazo, la directora recomienda seguir ampliando el grupo de trabajo con profesionales muy capacitados, “para seguir desarrollando métodos de evaluación de tecnologías sanitarias convenientes para el país, sean tecnologías de hospitales de cuarto nivel o metodologías para evaluar tecnologías en la Atención Primaria que quiere reforzar el país. En la medida en que tengamos gente que desarrolle métodos para evaluar tecnología, el país puede estar seguro de que lo que se decida incluir, lo que se decida pagar, realmente vale la pena y que se tomó la mejor decisión, que no había una mejor alternativa. Entonces seguir teniendo un grupo dedicado porque esto no lo hacen máquinas, sino seres humanos que son técnicos

y estamos muy dedicados a esto, con un flujo de trabajo permanente, con recursos suficientes para hacer este tipo de estudios y desarrollar metodología”.

Por último, García Robayo concluye que el trabajo del IETS debería servir para todos los actores del sector salud: “A un nivel macro, como el caso del Ministerio de Salud y otros ministerios, y cooperación internacional; a un nivel meso, a hospitales públicos o privados, asociaciones y gremios de médicos y otros profesionales de la salud; y a nivel micro, cuando se habla de un paciente individual o un médico individual. De alguna forma, el Instituto está al servicio de todos los actores, en los diferentes niveles macro, micro y meso en salud en el país. O sea, el Instituto tiene que tener los mismos métodos sin importar quién contrate ni de dónde vengan los fondos, porque lo que hacemos es robusto, es sistemático, es reproducible, es trazable, y el resultado siempre tendría que dar lo mismo sin importar quién encarga el estudio; no es que el Instituto sea un árbitro. Pero sí un agente neutro que entrega resultados técnicos, y esos resultados técnicos a la luz, ¿de quién sea el revisor se tienen que interpretar para tomar la mejor decisión con la evidencia que brindemos”.

Bibliografía

- López A, Ramírez G e Iglesias A. (2004). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos: una muerte anunciada. NOVA, vol.2 No. 2 Enero- diciembre de 2004:1-108 DOI: <https://doi.org/10.22490/24629448.11>
- Gutiérrez-Ibarluzea I (2022). Modelando los planes de beneficios. Obsolescencia, desinversión y escaneo del horizonte. [Diapositiva de PowerPoint]. I Simposio Internacional de Evaluación de Tecnologías en Salud: 10 años del IETS. 2022, Oct 27.
- Gutiérrez-Ibarluzea I, Chiumente M, Dauben HP. (2017) *The Life Cycle of Health Technologies. Challenges and Ways Forward*. *Front Pharmacol*. 2017 Jan 24; 8:14. doi: 10.3389/fphar.2017.00014.
- Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud – IETS (2023). Anuario 2022. 10 años: Una década en continuo desarrollo de capacidades incrementando la participación, inclusión y sostenibilidad en favor de la salud de los colombianos. 

ACHC: El sistema de salud requiere una reforma que sea justa, adecuada y progresiva



La ACHC le ha propuesto al sector y al país hacer un ejercicio de la doble aceptación, lo que significa aceptar que el actual sistema de salud tiene grandes avances, pero también tiene grandes problemáticas y temas pendientes por resolver

En el marco del proceso de reforma al sistema de salud que se adelanta actualmente en Colombia con la radicación de cinco proyectos de ley, uno de ellos de iniciativa del actual Gobierno nacional y cuatro de los partidos políticos, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) ha sido invitada a presentar su visión, propuestas y opiniones, en diferentes espacios de conversación y debate.

En lo que va corrido del 2023, la ACHC ha participado en foros y audiencias organizadas por entidades como la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, el Partido Liberal y los medios de

comunicación, además de las audiencias públicas convocadas por el Congreso de la República y las comisiones constitucionales donde cursa el trámite legislativo de los proyectos.

Teniendo en cuenta los problemas reiterados del actual sistema de salud, que por años la ACHC ha denunciado y advertido, en estos espacios el director general de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, ha reafirmado la necesidad de gestionar un proceso de ajustes al actual sistema que promueva una mejor administración de los recursos, una lucha contra la desigualdad, una implantación de la Atención Primaria en Salud, acciones para lograr que la cobertura nominal se convierta en efectiva y que lo que está rezagado se pueda adelantar para conseguir mejores resultados.

Las ideas centrales de la visión del gremio se resumen a continuación.

1. ¿Se necesita una reforma?

Los sistemas de salud son organismos vivos que tienen ciclos vitales: se idean, se crean, se expanden, llegan a su máxima potencialidad, entran en crisis y se deben reformar. Por lo tanto, el proceso de reforma es uno de los momentos naturales

de cualquier sistema de salud, y no es que sea deseable, es inevitable y se tiene que enfrentar y pilotear.

Por otra parte, en Colombia se debe entender que la reforma no es solo una ley; hay procesos inclusive de cambio cultural o procesos administrativos que van modelando los sistemas de salud, y van poco a poco haciendo la reforma.

2. La reforma debe partir de un diagnóstico justo

Una reforma justa debe partir de un diagnóstico que sea integral y reconozca todas las aristas del problema. Desde hace mucho tiempo, la ACHC le ha propuesto al sector y al país hacer un ejercicio de la doble aceptación, lo que significa aceptar que el actual sistema de salud tiene grandes avances, pero también tiene grandes problemáticas y temas pendientes por resolver; desde allí se podrán definir los aspectos sobre los cuales debe generarse la reforma. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- **La cobertura.** Alcanzar el 99,6 % en cobertura es positivo y un gran avance social del país, pero hay que aceptar que esa cobertura no es efectiva y que, cuando se observan los índices de evaluación de la cobertura a nivel Internacional, apenas es del 74%. Eso significa que los temas de acceso, continuidad y coordinación son asignaturas pendientes que se deben resolver con la reforma.
- **El gasto.** Colombia gasta en salud 7,7 puntos del producto interno bruto (PIB), pero simultáneamente se encuentran deudas de cifras billonarias que superan en algunos casos las 23 billones de pesos, y las cuentas por cobrar están por encima de los 40 billones de pesos. Esto denota que, si bien hay una

bolsa grande de recursos, hay problemas en el flujo de estos y no hay una administración limpia de los recursos de la salud.

- **Resultados sanitarios.** Al observar los agregados nacionales, se evidencian curvas decrecientes. Pero cuando se mira por género, por región, por ingreso o por nivel de pobreza, se encuentra una enfermedad generalizada que es la desigualdad y eso debe abordar desde una reforma.
- **Las métricas.** A diario se presentan conteos de número de atenciones, intervenciones, cirugías y procedimientos que se hacen en el sistema de salud colombiano, pero poco se menciona la agregación de valor que cada uno de esos servicios le hace a la vida, a la salud y al bienestar del paciente y su familia. En ese aspecto, hay una asignatura pendiente sobre el impacto en valor.
- **Signos y síntomas sociales.** Desde la percepción de la población, los resultados son disímiles; algunas encuestas indican que hay niveles altos de aceptación sobre el sistema de salud actual. Pero también se observan unos síntomas importantes en las redes sociales y en los observatorios de las entidades que hacen la vigilancia y control. El número de tutelas en los últimos 21 años es de 2.425.000, muchas de ellas que tienen que ver con contenidos que están en el plan de beneficios y según la Superintendencia Nacional de Salud en el último año ha recibido más de 1.400.000 peticiones, quejas y reclamos por dificultades en el acceso a los servicios de salud.

El anterior es un contraste que permite un diagnóstico justo, porque define en qué ha avanzado este sistema y en qué aspectos se tienen dificultades, así como cuáles son los temas pendientes que se deberían resolver con una reforma.

3. Avanzar de manera inteligente

La ACHC ha propuesto un método para hacer la reforma, denominado *“Ruta lógica hacia una salud progresiva”*,



La ACHC considera que la capacidad instalada que ya existe se tiene que aprovechar para seguir en la lógica de construir sobre lo construido, pero no se debe permitir crear más integración vertical.

que invita a hacer una formulación inteligente, definir las fronteras de los fundamentales del sistema, hacer transformación de los roles y generar cambios en la relación de poder.

- **Formulación Inteligente (estratégico).** Estratégicamente, un nuevo sistema se debe construir sobre lo construido; los aspectos que funcionan bien hay que fomentarlos y, sobre las cosas que no marchan bien o que definitivamente no han funcionado en el sistema, se deben focalizar las acciones de reforma.

El gremio advierte que se deben conservar aspectos estructurales como el aseguramiento, la operación público-privada y la financiación con una mezcla de impuestos generales con impuestos a la nómina o aportes de la población.

- **Definición de fronteras (táctico).** Se pueden tomar diferentes binomios que existen en un sistema de salud, por ejemplo, lo incluido y lo excluido en un plan de beneficios;

si el sistema se va a financiar con impuestos generales o con impuestos a la nómina; si habrá una mezcla o se van a incluir nuevas fuentes de financiación; entre lo preventivo y lo asistencial, lo general y lo especializado y lo nacional y lo territorial, entre otros. En cada una de esas fronteras se deben tomar decisiones para moverse hacia un lado o hacia otro, y cada movimiento implica tomar decisiones de carácter presupuestal.

En esa definición de fronteras, lo público y lo privado se debe mantener; es necesario robustecer y crecer lo público, pero lo privado se tiene que mantener y sobre eso se tiene que construir. De igual forma, hay que saber cómo fomentar las fronteras de la atención, lo domiciliario, lo ambulatorio y la telemedicina.

- **Cambio de los roles (operacional).** Entendiendo que, si todos los agentes del sistema de salud continúan haciendo lo mismo no se van a conseguir mejores resultados, es necesario que se den cambios en el rol de cada uno. Por ejemplo, la ADRES debe evolucionar y expandir su capacidad; las EPS deben evolucionar hacia un administrador regulado o un articulador sin manejar toda la masa monetaria del sistema de salud; las IPS deben evolucionar hacia un trabajo de agregación de valor y trabajo en red; las Entidades Territoriales tienen que fortalecer su gestión en la Atención Primaria y autoridad sanitaria; y la Superintendencia Nacional de Salud tiene

que ser la cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control.

- **Cambios en las relaciones de poder de los agentes del sistema.** Cada uno de los agentes del sistema debe tener las funciones claras; no puede haber zonas grises y que se traslapen las competencias.

Actualmente, se pierde mucho tiempo en labores administrativas desgastantes. La tecnología tiene que resolver eso para permitir que cada agente se concentre en su misión institucional. Hay inteligencia artificial, *big data*, *blockchain*, sistemas de información ampliamente conocidos y bien difundidos, etc.; ese es el tejido conectivo de esa parte del cambio en los procesos administrativos.

Por otro lado, *¿qué se debe hacer con la integración vertical hoy?* La capacidad instalada que ya existe se tiene que aprovechar para seguir en la lógica de construir sobre lo construido, pero no se debe permitir crear más integración vertical. Se tiene que promover la transparencia y la trazabilidad de los recursos; que el sistema realmente tenga pesos y contrapesos; que haya independencia en la toma de decisiones, y que se consigan mejores resultados sanitarios. En definitiva, la integración vertical en salud no ha demostrado que sea el remedio para conseguir todas esas cosas.

4. ¿Qué opina la ACHC sobre el proyecto de ley 339?

Aspectos destacados del proyecto de ley

- La revolución que se propone hacer en Atención Primaria en Salud, acercando la institucionalidad a la gente a través de los Centro

de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (Capirs), con la búsqueda activa de personas, los hospitales itinerantes y el aumento de la capacidad resolutiva de la base.

- El capítulo sobre determinantes sociales de la salud que establece la corresponsabilidad de otros sectores para conseguir mejores resultados sanitarios.
- El fomento de la figura del hospital público, que es la cara de la soberanía sanitaria en muchos municipios de este país; que se contemple el mejoramiento de la infraestructura y del talento humano; que se garantice la financiación y que, inclusive, se hable de subsidio a la oferta es un avance hacia que esa institucionalidad sea más competente.
- La automatización de procesos, especialmente el giro directo; los recursos de la salud necesitan más ojos, pero menos manos que lo estén tocando. Los recursos de la salud tienen que servir para darle poder a la ciudadanía, no para darle poder a un solo agente.
- El fortalecimiento de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Asuntos que se deben ajustar en el proyecto de ley e ideas para mejorar

- La conformación del **Consejo Nacional de Salud**. Es bueno retomar esta idea que viene desde la Ley 100 conformando una instancia con autonomía decisoria y que las decisiones ojalá sean vinculantes. Preocupa el número de integrantes —40 miembros más dos invitados—, pues esa masiva conformación no es funcional y puede dar al traste con esa buena intención.
- El capítulo de **Talento humano en salud**. Es justo que haya un trabajo digno en el sistema de salud, pero es indispensable que sectores como hacienda y trabajo definan cómo se va a financiar y cómo se garantiza el flujo de recursos en el sistema para convertir la propuesta en realidad.



El punto de análisis de un tarifario debe partir de los costos reales de prestación. Debe sufragar los costos y asumir las variaciones que se tienen.

- Es importante que en el proyecto se reconozca el papel de esa **mezcla institucional público-privada** en el sistema de salud, pero no puede quedarse solo en una enunciación; es necesario que haya un apoyo decidido a la red que ya existe.
- La **adscripción de las entidades privadas** a las redes no debería ser voluntaria, si no que para todos los que hacen parte del sistema de salud debería ser automática.
- La **descentralización de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)**, pues es una entidad que se debe fortalecer; en pandemia, demostró todas sus capacidades, pero no puede tener funciones detallistas de auditoría o verificaciones, porque podría afectar su función principal: ser la urna maestra de información, de riesgos, de conocimiento y de dinero dentro del sistema de salud. No debe ser territorial; debe ser una banca sanitaria central. Preocupa la interface que se propone con tantas cuentas, con fondos locales y territoriales.
- Se sobreestiman **las capacidades de muchas entidades territoriales.**

Debería haber un esquema de acreditación o habilitación para permitirles a las entidades territoriales el manejo de los recursos.

Las preocupaciones frente a lo que está en el texto o a lo que no está

- **El equilibrio financiero.** No son claros los cálculos; no se menciona ninguna fuente nueva de financiación para el sistema de salud. Hay unas aspiraciones ambiciosas en el proyecto que no se ven correlacionadas con nuevas fuentes de financiación. Esa correlación entre fuentes y usos tiene que ser bien descrita en el texto.
- **Manual Tarifario.** El punto de análisis de un tarifario debe partir de los costos reales de prestación. Debe sufragar los costos y asumir las variaciones que se tienen. Se debe incluir el concepto de piso tarifario que permita crear una serie de diferenciaciones o ponderaciones por tecnología, por talento humano, por capacidad instalada, por resultados que se consigan en salud y por adherencia a algunos de los grupos que ya tienen niveles superiores de calidad probada, como los esquemas de acreditación de calidad dentro y fuera del país.
- **Competencias cruzadas entre instancias.** Se encuentran funciones cruzadas entre el Ministerio, los consejos, los consejos de administración, los fondos regionales y los

fondos territoriales, por ejemplo. Esto puede crear nuevas zonas grises en la administración del sistema, haciéndolo aún más complejo.

- **Plan de Beneficios en Salud.** Es gran faltante del proyecto y este aspecto debe quedar explícito, porque la progresividad se va a medir con los contenidos que hay dentro del plan.
- **Talento humano en salud.** En este aspecto no se debe centrar el debate en la remuneración y formalización; se tiene que incluir la disponibilidad del talento humano y las competencias. Se requiere involucrar a los sectores de empleo y educación. Este es un tema que no se resuelve con una reforma al sistema de salud, pero sí puede impactar poderosamente el éxito o fracaso de esta.
- **Unidad de materia.** Incursiona en asuntos disciplinarios y de otra índole, que harían perder la unidad de materia del proyecto.

5. ¿Cuál es la transición ideal?

La transición, en caso de reformar el actual sistema de salud, debe tener practicidad, que es no iniciar de cero ni despreciar los aprendizajes, ya que, si se aprovecha lo positivo del actual sistema, la transición va a ser más práctica y fácil. Para hacer más práctica y viable la transición, se deben conservar los siguientes aspectos del actual sistema:

- La protección financiera con todas las fuentes de financiación que aportan los ciudadanos y el Estado.
- El sector prestador público, privado y mixto es la base del sistema y se tiene que preservar.
- Lo que están haciendo las EPS respecto a auditorías, verificaciones y coordinación.
- El aseguramiento se debe mantener, pero no hay que hacer la reducción de que aseguramiento es igual a EPS: el aseguramiento es el concepto macro; es la suma de las fuentes de financiación, del cálculo actuarial, de la UPC, del plan de beneficios, de la Red Integrada de Servicios. Todo eso hace parte de la gestión de riesgo, que al final da una resultante denominada *aseguramiento*. El cambio de uno de esos eslabones o una modificación no tiene por qué deteriorar o destruir el sistema.

Además, la transición debe contemplar qué va a pasar con las deudas que tienen actualmente las EPS con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En caso de que haya un cambio de rol de la EPS y se conviertan en gestores, administradores o articuladores, se tiene que acudir a un proceso y concepto básico de la administración: el paz y salvo. No se puede pasar de una manera sana a un nuevo sistema de salud avanzando sobre una base deleznable, que son todas las cuentas que están pendientes. **ii**



DROGUERÍAS
Cruz Verde

**LO QUE NECESITAS
PARA TU SALUD Y BIENESTAR**

**+ MIÉRCOLES
MEDICAMENTOS**



20%
Dto.

En productos relacionados con la categoría:

MEDICAMENTOS

*Aplica para compras mínimas de \$35.000

Válido para los días miércoles 5, 12, 19 y 26 de abril de 2023

Descuentos no acumulables entre sí o con otras promociones.
Aplica para referencias seleccionadas. Und. disp. 2.061.944.

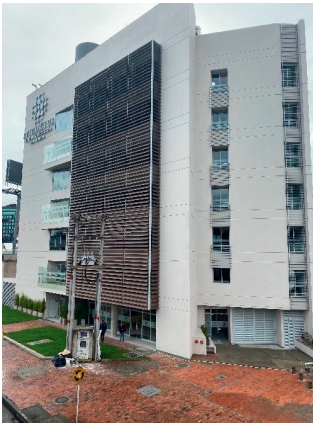
*Algunos de los productos de estas categorías son medicamentos, homeopáticos o fitoterapéuticos, no exceder su consumo, leer indicaciones y contraindicaciones, si los síntomas persisten, consulte con su médico. Las categorías no definen indicaciones terapéuticas de los productos que la componen

Aplica en referencias seleccionadas. Consulta productos, TyC en www.cruzverde.com



(601) 486 5000

Hospital San Ignacio abre nueva sede del Centro de Memoria y Cognición Intellectus, para el beneficio de más colombianos¹



Cortesía HUSI

La nueva sede del Centro de Memoria y Cognición Intellectus del HUSI se encuentra ubicada en Bogotá, en la Diagonal 92 (Avenida NQS) # 15-39

El Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio, que actualmente atiende a 1.950 pacientes y realiza 3.700 atenciones en promedio al mes, ofrece atención integral, humana, segura y eficiente a personas con problemas cognoscitivos del comportamiento y deterioro funcional, al mismo tiempo que evalúa, entrena y asesora a familiares y cuidadores para el manejo del paciente en casa y su permanencia activa en la sociedad.

De acuerdo con el doctor José Manuel Santacruz, director de Intellectus, “en el Centro se trabaja en asistencia, docencia e investigación de las alteraciones cognoscitivas a lo largo de todo el curso de vida, atendiendo las patologías más frecuentes en niños, adultos y personas mayores; por ejemplo, en niños los trastornos de neurodesarrollo, aprendizaje, déficit de atención; en adultos, daño cerebral adquirido, trauma cráneoencefálico, enfermedad vascular cerebral; y en personas mayores, trastornos neurocognoscitivos de diversas etiologías”.

Intellectus, vinculado con el Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y con otras unidades académicas, como el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, tiene una historia muy importante en el país y, por supuesto, en el Hospital, desde la década de los 90.

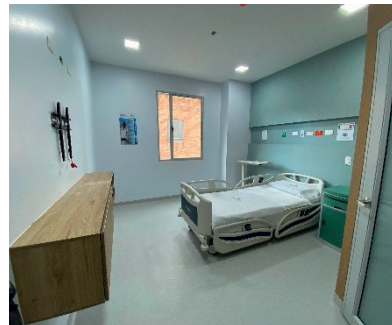
Debido al crecimiento exponencial que ha tenido el trabajo realizado, la gran demanda de servicios y el interés en brindar intervenciones apropiadas para cada caso, surge el proyecto de crear un espacio con más niveles asistenciales en geriatría y psicogeriatría, el primero en Colombia, basado en un modelo de experiencias exitosas de atención en salud en otros lugares del mundo y adaptado a la realidad del país.

Con la entrada en operación de la nueva sede en este 2023, se continuará ofreciendo un servicio holístico a través de varios niveles asistenciales como las unidades de diagnóstico interdisciplinario, consulta externa, atención domiciliaria, Unidad de Rehabilitación Funcional y Hospital Día. Como innovación en la atención, se

¹ Oficina de Comunicaciones Hospital San Ignacio

ofrecerá la Unidad de Media Estancia, un espacio para aquellas personas que requieran manejo hospitalario con el objetivo de recuperar su funcionalidad; además, con la Unidad de Larga Estancia, servicio para aquellos que requieran cuidados a largo plazo y decidan residir allí, ofreciendo condiciones de vivienda dignas y de alta calidad, acompañados siempre por el equipo interdisciplinario del Centro.

La nueva sede, que se ha construido en un área de 4.500 m², se encuentra ubicada en Bogotá, en la Diagonal 92 (Avenida NQS) # 15-39. Cuenta con 19 consultorios, 30 camas en la Unidad de Media Estancia, 19 camas en la Unidad de Larga Estancia, un gimnasio y una sala de fisioterapia.



Cortesía HUSI

La nueva sede cuenta con 19 consultorios, 49 camas para las unidades de media y larga estancia, 1 gimnasio y 1 sala de fisioterapia.

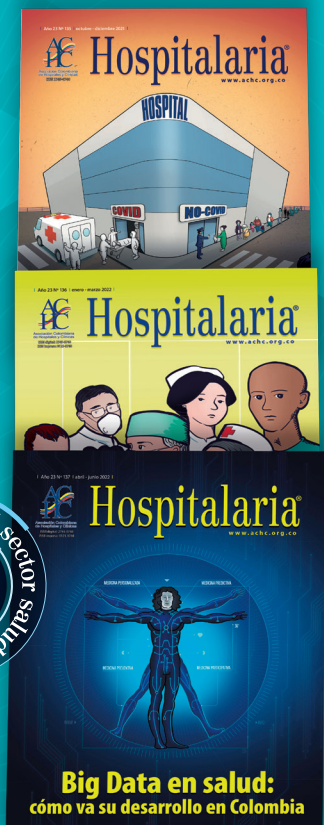


Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas **Revista Hospitalaria®**
www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano

¡Paute con Nosotros! >>>

Info: comunicaciones@achc.org.co
publicidadhospitalaria@achc.org.co
Celular: 310 2616106 – 315 2031887
Fijo: 601-3124411



Fundación Hospital San Pedro celebró 137 años de atención en salud en el suroccidente del país

La Fundación Hospital San Pedro de Pasto, acaba de cumplir 137 años de trabajo continuo por la salud de los colombianos, siempre esforzándose por brindar servicios a la población con los más altos estándares de calidad y humanización.

Para conmemorar un año más de vida institucional, la Gerencia y el proceso de Gestión Documental del Hospital San Pedro programaron un acto muy significativo en el cual se develaron o descubrieron los óleos de Don Pedro Vela y Figueroa (fundador y mayor benefactor) y del Sr. José

Francisco Zarama Delgado (su albacea), quienes con su buena voluntad y amor por el prójimo, y en especial por los enfermos, dieron vida a una institución que nació como una respuesta a las personas más necesitadas de la época, legado que hoy se mantiene intacto como un hospital que crece sin distinción alguna hacia toda la población no solo del departamento de Nariño, sino también del suroccidente colombiano.

En su testamento, Don Pedro Vela dejó por sentado que el obispo de la Diócesis de Pasto sería a perpetuidad el patrono del hospital, con el objetivo de velar por el buen manejo y destinación de los recursos en beneficio de los enfermos. La historia cuenta que un 15 de febrero de 1886, bajo escritura pública N.º 33, se funda en la ciudad de Pasto el Hospital San Pedro, el cual inicialmente recibió los nombres de "Hospital de Caridad" y "Dulce Nombre de Jesús", pero que en definitiva la gratitud ciudadana decidió que llevara el nombre de su fundador.

Como parte de su compromiso con los pacientes y el sistema de salud, con una inversión cercana a los 12.000 millones de pesos, recientemente



El Gerente del hospital, Dr. Óscar Mosquera Daza, fue el encargado de dar lectura a la Res. 05, por medio de la cual se develaron los óleos, los cuales reposarán, a partir de la fecha, en la sala principal del bloque administrativo para que sean apreciados por los visitantes.



Al acto asistieron el monseñor Juan Carlos Cárdenas Toro, patrono de la Fundación Hospital San Pedro, miembros de la Junta Directiva, trabajadores e invitados especiales.

el Hospital San Pedro puso en funcionamiento una nueva Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, la más avanzada de la región. Construida en un área de 1.730 m², con una inversión aproximada en tecnología y equipos biomédicos de 5.000 millones de pesos, esta unidad cuenta con 27 camas, de las cuales 19 corresponden a cuidados intensivos y ocho, a cuidados intermedios.

Esta nueva unidad, a diferencia de las UCI convencionales, permite el acompañamiento al paciente de un familiar las 24 horas del día, con un espacio exclusivo para descanso y área para trabajar, musicoterapia, soporte de comunicación con cámaras para mantener contacto del paciente con sus familiares. Estos diseños se basan en conceptos de neuroarquitectura con entornos de impacto beneficiosos sobre la salud humana; ambientes controlados para evitar en lo posible la migración de enfermedades, o el cruce de estas; acceso a luz natural para los pacientes, además de iluminación cálida (para que el paciente no pierda su ciclo circadiano) e iluminación blanca (para procedimiento médicos); sala de espera activa con un ambiente acogedor para familiares y visitantes; colores cálidos con predominio de verdes y azules para un entorno natural bajo el concepto de biofilia, entre otros aspectos.

Compromiso con la calidad y el medio ambiente

Creada en 1886, la Fundación Hospital San Pedro es una institución diocesana acreditada en salud por Icontec, que trabaja con los más altos estándares de calidad para brindar a los usuarios y a sus familias una atención humanizada e integral.

Desde su fundación, el Hospital ha protegido al binomio madre e hijo como eje fundamental de la sociedad; es por ello que en la actualidad se encuentra reacreditada como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMII) y recertificada por el Invima en buenas prácticas de elaboración y manufactura en servicio farmacéutico, lo que garantiza la calidad y la seguridad en sus procesos.

Además, por el compromiso con el medio ambiente, el hospital obtuvo el primer puesto en los premios “Menos Huella, más Salud”, de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, por su liderazgo en la reducción de la huella de carbono; así mismo, fue distinguido con el premio a la resiliencia climática y exaltado por su liderazgo en la reducción de la huella ambiental en agua, en residuos y en energía.

De igual manera, ha recibido en dos oportunidades el Galardón Nacional Hospital Seguro, que otorga la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y que exalta a las entidades que brindan servicios de salud con altos estándares de seguridad del paciente y calidad de la atención.

50 hospitales colombianos, en la lista de los mejores del mundo 2023, según informe de *Newsweek*



La Fundación Valle del Lili, la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital Pablo Tobón Uribe, el Hospital Universitario San Vicente Fundación y el Hospital Universitario San Ignacio encabezan el listado de los 50 hospitales colombianos incluidos en el *ranking* de los mejores hospitales del mundo en 2023, publicado por *Newsweek* y la firma global de datos Statista.

En esta quinta edición del *ranking* fueron evaluadas 2.300 instituciones hospitalarias de 28 países, y el *ranking* global de los primeros 250 es encabezado por Mayo Clinic – Rochester, Cleveland Clinic, Massachusetts General Hospital, The Johns Hopkins

Hospital y Toronto General - University Health Network, los primeros cuatro de Estados Unidos y el quinto de Canadá. Por parte de Colombia, en este grupo se destaca la Fundación Valle del Lili, que se ubicó en el puesto 162 en la clasificación global.

De las 50 entidades hospitalarias colombianas que hacen parte del *ranking* de los mejores del mundo, 47 hacen parte del *ranking* general y tres forman parte de las clasificaciones de las mejores entidades especializadas, que este año incluyeron la evaluación de once especialidades: cardiología, cirugía cardíaca, oncología, endocrinología, neurología, neurocirugía, ortopedia, gastroenterología, neumología, pediatría y urología.

RANKING	NOMBRE ENTIDAD	PUNTAJE	CIUDAD
1	Fundación Valle Del Lili	96.10%	Cali
2	Fundación Santa Fe de Bogotá	92.42%	Bogotá
3	Hospital Pablo Tobón Uribe	92.35%	Medellín
4	Hospital Universitario San Vicente Fundación	85.94%	Medellín
5	Hospital Universitario San Ignacio	85.57%	Bogotá
6	Clínica Del Country	82.44%	Bogotá
7	Centro Médico Imbanaco De Cali	81.02%	Cali
8	Clínica De Marly	77.91%	Bogotá
9	Administradora Clínica La Colina	77.38%	Bogotá
10	Clínica Del Occidente	71.76%	Cali
11	Clínica Medellín	71.66%	Medellín

Continúa en la siguiente página →

RANKING	NOMBRE ENTIDAD	PUNTAJE	CIUDAD
12	Hospital General De Medellin Luz Castro De Gutierrez E.S.E	71.51%	Medellín
13	Fundación Hospital San Vicente De Paul Rionegro	71.45%	Rionegro
14	ESE Hospital Universitario De La Samaritana	70.73%	Bogotá
15	Servicios Especiales de Salud Hospital Universitario de Caldas	69.58%	Manizales
16	Clínica Universitaria Colombia	69.00%	Bogotá
17	Fundación Cardiovascular De Colombia	68.73%	Piedecuesta
18	Clínica Las Americas	68.02%	Medellín
19	Hospital Internacional de Colombia	67.65%	Bucaramanga
20	Clínica Foscal	67.58%	Bucaramanga
21	E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz	67.54%	Cúcuta
22	Clínica Reina Sofia	67.53%	Bogotá
23	Clínica Portoazul	67.14%	Puerto Colombia
24	E.S.E. Hospital Universitario Departamental De Nariño	67.08%	Pasto
25	Los Cobos Medical Center	67.06%	Bogotá
26	Clínica Del Prado	66.92%	Medellín
27	Hospital Universitario Clínica San Rafael	66.91%	Bogotá
28	Hospital Universitario Mayor Méderi	66.90%	Bogotá
29	Centro Hospitalario Serena Del Mar	66.86%	Cartagena
30	Clínica Los Nogales	66.44%	Bogotá
31	Clínica Del Caribe	65.19%	Barranquilla
32	E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira	65.17%	Pereira
33	Clínica De Alta Complejidad Santa Bárbara	64.98%	Cali
34	Hospital Universitario San Jose E.S.E.	64.85%	Popayán
35	Clínica Farallones	64.67%	Cali
36	Clínica Zayma	64.58%	Montería
37	Clínica CES	64.54%	Medellin
38	Clínica General Del Norte	64.50%	Barranquilla
39	Hospital Alma Máter de Antioquia	64.47%	Medellín
40	Clínica Nueva El Lago	64.43%	Bogotá
41	Hospital Manuel Uribe Ángel E.S.E.	64.42%	Envigado
42	Sociedad Medica Clínica Maicao	64.39%	Maicao
43	Clínica Iberoamérica	64.37%	Barranquilla
44	Hospital Universitario Del Valle Evaristo Garcia E.S.E.	64.36%	Cali
45	Hospital Departamental Universitario Santa Sofia De Caldas E.S.E	64.28%	Manizales
46	E.S.E Hospital Departamental Universitario Del Quindío San Juan de Dios	64.24%	Armenia
47	Clínica Universidad De La Sabana	64.00%	Chia - Cundinamarca
48	Fundación Cardio Infantil Instituto De Cardiología - Cardiology & Pediatrics		Bogotá
49	Fundación Clínica Shaio - Cardiology & Neurology		Bogotá
50	Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia - Pediatrics		Bogotá

Entre los factores que promueven una mejor reputación en los hospitales universitarios, se encuentra la adopción de tecnologías y tratamientos de última generación para el tratamiento de las enfermedades.

Según Nancy Cooper, editora global de *Newsweek*, en la presentación de esta edición del *ranking* señala que, *“entre los sellos distintivos de los grandes hospitales, no se encuentran solo la atención de primera clase, la investigación de primera clase y la innovación de primera clase. Las mejores instituciones también comparten otra cualidad: la consistencia. Los mejores hospitales del mundo atraen constantemente a las mejores personas y brindan los mejores resultados para los pacientes, así como las nuevas terapias e investigaciones más importantes”*.

Y agrega que el objetivo de este estudio es proporcionar una comparación basada en datos de la reputación y el rendimiento de los hospitales entre países, que permita a los pacientes y las familias buscar la mejor atención para ellos y a los hospitales compararse con sus pares nacionales e internacionales.

Según la metodología del estudio, para generar el *ranking* se tuvieron en cuenta cuatro fuentes de datos: las recomendaciones de expertos médicos (participaron más de 80.000 expertos de 28 países), datos existentes de satisfacción del paciente, métricas de calidad hospitalaria y encuesta de implementación de PROM (cuestionarios estandarizados diligenciados por los pacientes para medir su percepción de su bienestar funcional y su calidad de vida); este último se incluyó por primera vez en la medición.


En esta edición del *ranking* se incluyeron hospitales de los siguientes países: Estados Unidos, Alemania, Japón, Corea del Sur, Francia, Italia, Reino Unido, España, Brasil, Canadá,

India, Australia, México, Países Bajos, Austria, Tailandia, Suiza, Suecia, Bélgica, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Israel, Singapur, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Colombia y Taiwán.

En el *ranking* de los mejores Centros Médicos Académicos del mundo

Recientemente, el informe Brand Finance AMC Hospitals 250-2023 publicó el *ranking* global de los Centros Médicos de Investigación con mayor reputación en el mundo, en el cual dos entidades hospitalarias colombianas ingresaron en el top 100: la Fundación Valle del Lili, en el puesto 32, y la Fundación Santa Fe de Bogotá, en el lugar 74 de este *ranking*. En el grupo de 101 a 250, por Colombia también fue reconocido el Instituto Nacional de Cancerología.

Según la David Haigh, CEO de Brand Finance, el estudio liderado a nivel global por la Clínica Mayo de Estados Unidos se hizo con el objetivo de comprender las razones que llevan a algunos Centros Médicos Académicos a ser líderes en su campo, para lo cual tuvieron en cuenta tres aspectos principales: inversión (25%), equidad (50%) y rendimiento (25%), los cuales fueron medidos a través de una encuesta de percepción a más de 2.500 profesionales de la salud de 47 países.

Esta primera edición del *ranking* indica que, entre los factores que promueven una mejor reputación en los hospitales universitarios, se encuentra la adopción de tecnologías y tratamientos de última generación para el tratamiento de las enfermedades; aplica de manera ágil la investigación en los tratamientos; es una entidad bien administrada; contribuye con investigación clínica a la comunidad médica, y ofrece una buena experiencia al paciente, entre otros. 



SOBREPESO Y OBESIDAD MÁS ALLÁ DE LO ESTÉTICO: MITOS Y VERDADES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

- Según ACOCIB, en Colombia se realizan aproximadamente 17.000 cirugías bariátricas al año, entre las cuales se encuentran procedimientos como la manga gástrica y el bypass gástrico.
- Johnson & Johnson MedTech junto a ACOCIB, adelantan acciones para sensibilizar frente a los riesgos para la salud que acarrea esta condición.



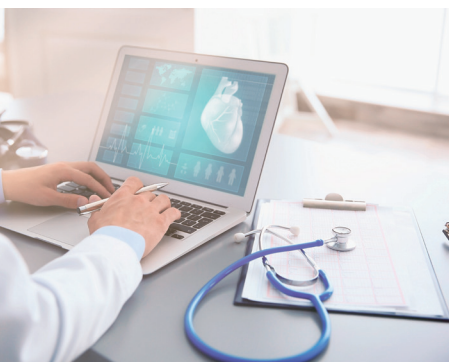
La obesidad es una enfermedad que cobra la vida de 2,8 millones de personas alrededor del mundo. Los pacientes con esta condición buscan alternativas efectivas para llegar a un peso saludable, siendo la Cirugía Bariátrica una de las soluciones que cada día coge más peso. Sin embargo, antes de considerarla, es importante informarse y tomar una decisión responsable en compañía de un especialista.

Johnson & Johnson MedTech, pionera en el campo de dispositivos médicos, promueve la campaña **Mi Salud Pesa**, que busca sensibilizar acerca de los riesgos que acarrea la obesidad en la salud y educar frente a este procedimiento que, en las manos de un experto y junto al compromiso del paciente con su cambio de hábitos, puede llegar a salvar vidas.

Para aclarar algunos mitos y verdades que pueden generar confusión frente a este procedimiento, el **Dr. Luis Ernesto López, presidente de la Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica**, resuelve algunos de los más frecuentes:

- **Mito #1:** La cirugía bariátrica es un procedimiento altamente riesgoso y puede presentar varias complicaciones en su proceso: Claro que No. Es un procedimiento muy seguro. Todos los pacientes son rigurosamente evaluados por un grupo de múltiples especialidades. En este momento la cirugía bariátrica presenta uno de los índices de complicaciones más bajos de todas las especialidades de la cirugía general.
- **Mito #2:** La cirugía bariátrica es un procedimiento estético: No, no es estético. Puede en muchos casos mejorar la figura corporal, pero en esencia es un procedimiento encaminado a recuperar la salud perdida como consecuencia del sobrepeso. Presenta excelentes resultados en el tratamiento de la diabetes tipo II, en problemas de hipertensión arterial y colesterol, hígado graso, ovario poliquístico y apnea de sueño.
- **Mito #3:** Esta cirugía se la puede realizar cualquier persona con sobrepeso, y puede ser ordenada por cualquier tipo de médico: No, existen unas indicaciones específicas en cuanto a peso y enfermedades asociadas. Las indicaciones adecuadas para los procedimientos quirúrgicos son conocidas por los especialistas en cirugía bariátrica y por las especialidades directamente implicadas en el tratamiento de enfermos con este problema. Medicina interna, endocrinología, cardiología y otras especialidades relacionadas.
- **Mito #4:** Solo se necesita de la cirugía para perder peso, no es necesario adoptar una dieta en específico o realizar ejercicio: Falso. La cirugía implica el inicio de un cambio en el estilo de vida. Cambio radical en la forma de alimentarse y de auto cuidarse.
- **Mito #5:** Tras la cirugía el paciente vuelve a subir de peso: Cierto. Es normal reganar hasta el 10 % del exceso de peso perdido. Esto se presenta después del primer año de la cirugía y es un proceso normal y natural de ajuste del cuerpo a la nueva condición de vida. Pero si no hacen cambios en su estilo de vida, va a tener una ganancia de peso mayor incluso llegando a los niveles previos a la cirugía.
- **Mito #6:** Luego de la cirugía, la pérdida de peso se da en poco tiempo: Si, el mejor tiempo para perder peso son los primeros tres meses del post operatorio. En este momento puede perder hasta el 40% del exceso de peso. Posteriormente la pérdida de peso es más lenta, pudiendo llegar así hasta el final del primer año. Igualmente, la mejoría de las afecciones metabólicas como problemas de colesterol, diabetes y otros problemas metabólicos se dan de forma muy temprana.
- **Mito #7:** La cirugía bariátrica no la cubre el sistema de salud o la EPS: Falso. El sistema POS en Colombia sí cubre este tipo de procedimientos. Colombia y su actual sistema de salud es uno de los pocos países que en Latinoamérica cubre el tratamiento quirúrgico de la obesidad y enfermedades metabólicas asociadas.
- **Mito #8:** Es un procedimiento doloroso y la recuperación es lenta y difícil: No. Suele doler lo que usualmente duele una cirugía recién operada. Algo en las primeras 12 horas después de la cirugía, situación que se controla mediante la administración de medicamentos inyectables. La gran mayoría de centros hospitalarios bariátricos dan de alta en las primeras 24 horas post operatorias recibiendo analgesia convencional tomada, sin ningún problema de dolor o limitaciones funcionales.

Banco Mundial propone cinco inversiones clave para construir sistemas de salud resilientes en América Latina y el Caribe¹



Fortalecer los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (en adelante, ALC) tras la pandemia por COVID-19 debe ser prioridad. Así concluye el Banco Mundial en su publicación *Construyendo sistemas de salud resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19*, presentada recientemente en Santiago de Chile, con la presencia de los ministros de salud y finanzas de la región, altos funcionarios y representantes de organismos internacionales.

Tras una revisión e investigación del impacto que tuvo la pandemia en las sociedades, en las personas y en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, que evidencian que la COVID-19 desató una crisis socioeconómica y de salud sin precedentes y devastó las comunidades en toda la región, el organismo advierte en su informe que se deben iniciar cambios fundamentales para fortalecer los sistemas de salud, para recuperar el terreno perdido y evitar pérdidas similares en el futuro: “Una mejor recuperación es imperativa, pero va a ser desafiante y requerirá innovación para prepararse mejor para futuras crisis, implementando una cobertura

universal en salud efectiva y mejorando los resultados del capital humano”.

Se indicó que la subinversión en salud pública antes de la pandemia dejó a los sistemas de salud en ALC mal preparados: “Aunque alberga solo el 8,5 % de la población mundial, la región representó el 13 % de todos los casos de COVID-19 a julio de 2022. La contracción económica que ocurrió en el momento de la pandemia fue la más larga en los últimos 100 años y la peor a nivel mundial: el PIB para la región se contrajo en 7 % en 2020. Y los 170 millones de niños y jóvenes en la región vivieron uno de los cierres escolares más largos en el mundo durante la pandemia”.

Las lecciones aprendidas de la pandemia pueden servir como catalizadores para una serie de reformas más amplias en el sector salud, como lo señala el Banco Mundial. A pesar de las mejoras en atención de la salud de los últimos 30 años, la pandemia encontró una región que enfrentaba una multiplicidad de desafíos sistémicos. La mayor parte de los sistemas de salud en ALC tienen un desempeño más bajo que el promedio para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): “La

¹ Con información del informe del Banco Mundial “Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19. 2022”.

fragmentación de la atención de la salud es una de las principales causas de malgasto en la región, derivando en duplicación de tareas, reduciendo de forma significativa la eficiencia del sistema y exacerbando las desigualdades. En promedio, el gasto en salud, si bien creció en los últimos años, es de apenas el 25 % del gasto per cápita de los países de la OCDE, ajustado por poder adquisitivo”, indica el organismo internacional.

La escasa capacidad de los sistemas de salud perjudicó la respuesta de los países para enfrentar los *shocks* y picos de demanda, en tanto la inversión insuficiente en salud pública antes de la pandemia dejó a los sistemas de salud de ALC con un muy bajo nivel de preparación.

El Banco Mundial propone cinco enfoques estratégicos sobre los que se deberían fijar las inversiones que fortalecer los sistemas de salud, así:

1. Lograr una Cobertura Universal en Salud

Mejorar el acceso efectivo a la atención en salud, especialmente para los más vulnerables, y brindar una cobertura universal en salud de calidad basada en una atención primaria en salud de alto desempeño y sistemas de salud resilientes.

2. Asegurar que los sistemas de salud estén listos para emergencias

Invertir en una mejor prevención, preparación y respuesta ante emergencias de salud pública, y garantizar una colaboración eficaz frente a las amenazas para la salud pública

3. Movilizar financiación adecuada para la resiliencia del sector salud

Implementar reformas de financiación de la salud que impulsen una mejor salud de la población y protección financiera, reduciendo

el malgasto y las ineficiencias, y asegurando la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

4. Tomar un enfoque de curso de vida hacia las inversiones que mejoren resultados en el capital humano

Implementar intervenciones de desarrollo humano altamente efectivas a lo largo de la vida, especialmente en la primera infancia.

5. Construir sistemas de salud resilientes a las consecuencias del cambio climático y climáticamente inteligentes

Fortalecer la adaptación de los sistemas de salud al cambio climático para proteger la salud y el bienestar a mediano y largo plazo.

El organismo advierte que, si bien una gobernanza sólida del sector salud es fundamental, los líderes del sector no pueden construir solos sistemas de salud resilientes: “El éxito requiere la coordinación entre múltiples sectores gubernamentales, incluidas las finanzas y otros aspectos del desarrollo humano. Los gobiernos también deben trabajar con el sector privado y la sociedad civil para generar confianza en las instituciones y desarrollar la capacidad de responder de manera efectiva a futuras crisis de salud”, puntualiza.

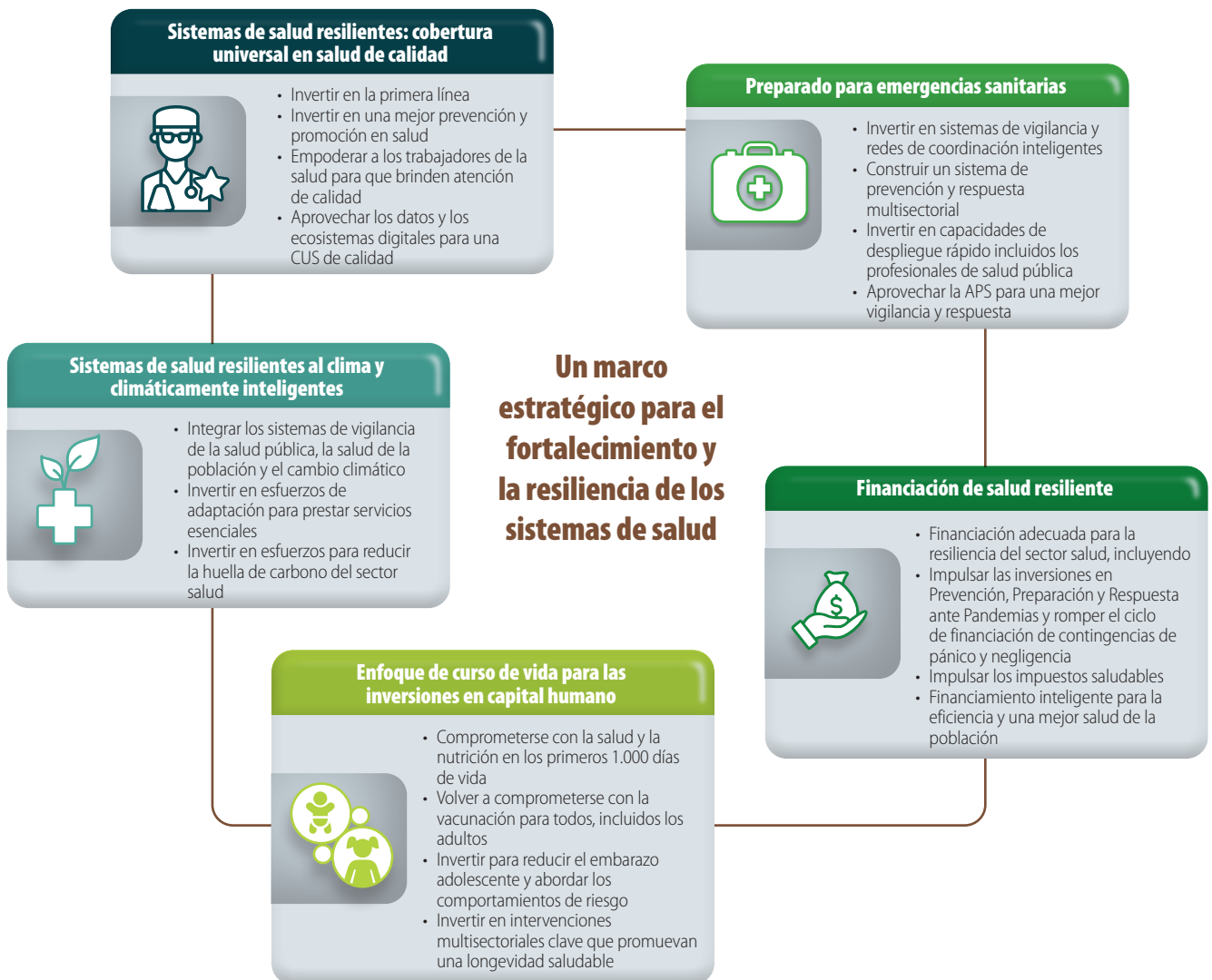
En este informe también se aborda la crisis de salud mental que dejó la pandemia, la cual se ha hecho evidente con el aumento significativo de enfermedades mentales. La Organización Mundial de la Salud estima que la pandemia llevó al aumento de al menos 25 % en afecciones ya muy prevalentes como depresión y trastornos de ansiedad, afectando desproporcionadamente a las mujeres y reflejado en altas tasas de suicidio en jóvenes. Además, tuvo gran impacto en la salud mental y bienestar de los profesionales de la salud en toda la región.

En la Declaración Ministerial, que se anunció en el marco de la presentación del estudio, los ministros de salud alertaron sobre la necesidad de implementar acciones dirigidas y urgentes para atender la crisis mundial de salud mental: “Esto incluye cambiar mentalidades para

abordar los trastornos mentales con la misma destreza, compasión y urgencia que los demás trastornos de salud; invertir en mejores resultados en salud mental para las personas y priorizar programas efectivos e integrales, intervenciones equitativas; y reconocer que la salud mental es un imperativo de la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad”, sostuvo el informe.

“Los líderes nacionales de América Latina y el Caribe, con el apoyo de socios nacionales e internacionales, hacemos un llamado a los ministros de salud y de finanzas de América Latina y el Caribe para hacer nuevas inversiones en

intervenciones costo-efectivas para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud y mejorar los resultados en salud mental, y reportar dentro de un año para discutir acerca del progreso y planes para seguir avanzando en esta agenda. Otros países pueden unirse a este esfuerzo y compartir iniciativas e innovaciones para asegurar que nuestros sistemas de salud sean resilientes, equitativos, financieramente sostenibles, y entreguen mejores resultados en la salud de la población y confianza en los sistemas sanitarios para todos y todas”, concluye la declaración.



Fuente: Tomado de *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19* (Banco Mundial, 2022).

¿Se transformará el sistema de salud colombiano?

La salud en Colombia es un servicio público a cargo del Estado bajo la idea del constituyente del 91⁴ y un derecho fundamental plasmado en una Ley Estatutaria del 2015. Nuestro sistema de salud es tal vez una de las temáticas más legisladas en el país; en efecto, es abundante la normatividad expedida por el Gobierno Nacional desde el Sistema que creó en 1993. Las reformas que se han hecho al SGSSS y las diversas medidas que se han intentado, no han logrado un estado óptimo de operación y, por el contrario, siguen existiendo problemas sin resolver, que validan la afirmación de que el Sistema de Salud Colombiano, pese a sus bondades, requiere ajustes.

Una deuda hospitalaria con cifras que sobrepasan maniobras financieras posibles - con el consecuente deterioro en la relación de sus agentes debido a esa situación-, un incumplimiento deliberado de las obligaciones de algunos de sus agentes, una entidad de vigilancia y control que no ha podido -por diversas razones-, ejercer su función adecuadamente, acciones jurídicas de coerción que no pueden ejercerse por las especiales características del Sistema; de las más de 190 EPS que se crearon en los años 90, hoy existen 30 activas, de las cuales, el 25% tienen algún tipo de

medida de intervención o vigilancia especial, debido al incumplimiento de sus indicadores de permanencia y en especial por el incumplimiento de sus deberes con los usuarios.

Entre las reformas al sistema de salud se destacan, las hechas en 2007 (Ley 1122) y 2011 (Ley 1438), cuyos contenidos se cumplieron parcialmente, en algunos aspectos por falta de reglamentación y en otros por una desobediencia normativa que se volvió costumbre y que no se castiga. Una emergencia social fracasada, justamente porque se concluyó que los problemas del sistema no eran sobrevivientes sino crónicos; un pronunciamiento de la Corte Constitucional - en 2008 - que terminó legislando y emitiendo órdenes frente a aquellos aspectos que vía legislativa o gubernamental no se hicieron, una ley que buscó mejorar el flujo de recursos y una propuesta de reforma en curso que se ha anunciado como un cambio estructural.

Dentro de las propuestas de cambio del Gobierno electo en agosto de 2022, se encuentra la reforma al sistema de salud, cuya propuesta ha generado diversas y complejas posturas; al cierre de esta edición, está próxima a iniciarse la discusión de un texto de ponencia que acumuló 5 proyectos de Ley que proponen

Elaborado por:

Fabiola Alba Muñoz¹

Liliana Claudia Delgado²

Ana Sofia Zea Ruiz³

¹ Jefe Jurídica, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC

² Liliana Claudia Delgado - Coordinadora grupo de investigaciones ACHC.

³ Ana Sofia Zea Ruiz - Investigador junior ACHC.

⁴ Artículo 48 de la constitución



Nos preguntan

ajustes o reformas al Sistema de Salud colombiano, radicados por diferentes partidos políticos ante la Comisión Séptima de Cámara de Representantes. En la Comisión Primera del Senado se radicó una propuesta de reforma para que curse como Ley Estatutaria por parte del partido Cambio Radical.

El Gobierno Nacional radicó su proyecto de reforma el 13 de febrero de 2023, posteriormente se radicaron los siguientes: Proyecto de Ley 340 presentado por el Centro Democrático, PL 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia con el aval de congresistas, PL 344 presentado por el Centro Democrático y Cambio radical, PL 346 presentado por Cambio Radical y por parte de los partidos de la U, Partido Conservador y Partido Liberal, se presentó una propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 del Gobierno. Esta propuesta aspiraba a que producto de conversaciones y trabajo conjunto con el Gobierno Nacional, se generara un texto que lograra aglutinar el interés mayoritario y se transaran los asuntos que generan mayor dificultad u oposición. Este ejercicio se truncó y derivó en el retiro de este apoyo a la iniciativa gubernamental.

El 31 de marzo se radicó, la ponencia que acumula los 5 proyectos en esta célula legislativa. Aunque la propuesta modificatoria de los partidos U, Conservador y Liberales, no constituye un proyecto como tal, se preserva en el análisis, ya que vía proposiciones modificatorias seguramente se mantendrán dichas iniciativas.






El 12 de abril se radicó una ponencia de archivo por parte de un Representante del partido Centro Democrático y una Representante del partido Cambio Radical y hay un centenar de proposiciones para discusión. Antes de la discusión del articulado y las proposiciones, deben discutirse y votarse: la ponencia - positiva -que acumula los textos y la ponencia de archivo – negativa -, lo cual, según anuncios, se hará en la tercera semana del mes de abril.

Con el ánimo de contribuir en el análisis y revisión de estos proyectos, compartimos en el presente artículo, un cuadro descriptivo y comparativo de las siguientes características:

Se han establecido 12 dimensiones:

1. Objeto
2. Rectoría
3. Flujo de recursos y sostenibilidad
4. Aseguramiento
5. Prestación servicios de salud
6. Modelo de atención y enfoque
7. Sistema de calidad
8. Talento humano
9. Política farmacéutica e innovación
10. Sistema de información
11. Participación social
12. Inspección, vigilancia y control

Estas dimensiones se han seleccionado teniendo en cuenta lo que en teoría conforma un Sistema de Salud y permite una lectura comparativa entre los distintos proyectos por temática. La señalización por colores pretende evidenciar el grado de coincidencia respecto de un concepto o propuesta general, sin entrar en las particularidades de su contenido.

	Alta coincidencia
	Parcial coincidencia
	Baja coincidencia
	Sin coincidencia
	No se hace mención al tema en el respectivo proyecto

- **El color verde oscuro** señala que el tema es común en la propuesta y tiene alta coincidencia
- **El color verde claro**, señala que el tema es común, pero con diferencias en el detalle para el desarrollo
- **El color rosado** señala que el tema es común, pero tiene baja coincidencia entre las propuestas
- **El color naranja** significa que no hay coincidencia y la propuesta es diferente a las demás
- **El color blanco**, significa que no se hace mención del tema en el respectivo proyecto.

CUADRO COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY, AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

COLOR	GRADO
	Alta coincidencia
	Parcial coincidencia
	Baja coincidencia
	Sin coincidencia
	No se hace mención al tema en el respectivo proyecto

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate- proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
OBJETO		Fortalecimiento	Fortalecimiento	Fortalecimiento	Ajustar	Fortalecimiento	Reestructurar	Reestructurar
RECTORIA	Rectoría y Dirección del Sistema	Ministerio de salud	Ministerio de salud	Ministerio de salud	Ministerio de salud	Ministerio de salud	Ministerio de salud y Fondos Territoriales de Salud	Ministerio de salud y Autoridades territoriales
	Organismos	CNSS - Seguimiento y evaluación. Consejos Regionales de Salud	CNSSS-Dirección. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud	CNSS Asesor Consultivo	CNSS- Adopción e implementación	CNSS -Asesor +Consejos Territoriales de Salud	CNSSS -Asesor + Consejos Territoriales de Salud	CNSSS -Asesor + Consejos Territoriales de Salud
FLUJO DE RECURSOS Y SOSTENIBILIDAD	Aportes	Según capacidad	Según capacidad				Según capacidad	Según capacidad
	Regímenes	Contributivo -Subsidiado			Contributivo -Subsidiado	Unificado	Unificado	Unificado
	Administración de recursos	ADRES	ADRES/Gestor		ADRES	ADRES	ADRES- Fondos Regionales	ADRES- Fondos Regionales
	Giro directo	Giro con reglas % cartera	Giro Directo	Giro Directo 80%	Giro Directo 90%	Giro Directo 80%	Giro Directo 80%	Giro Directo 80%
	Régimen de insolvencia	Insolvencia empresarial IPS y EPS, ley 1116 de 2006		Insolvencia a reglamentar	Insolvencia empresarial IPS y EPS, ley 1116 de 2006	Insolvencia empresarial IPS y reorganización de EPS, ley 1116 de 2006	Insolvencia empresarial IPS y EPS, ley 1116 de 2006	Insolvencia empresarial IPS y EPS, ley 1116 de 2006
	Fondo de garantías	Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud- EPS		Fondo financiero de Garantía de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (FOGAIPS)- por reglamentar	Fondo de Garantías del Sector Salud- Obligatorio EPS y voluntario IPS	Fondo de Garantías del Sector Salud- Obligatorio EPS y voluntario IPS		

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

CUADRO COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY DE AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate- proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
ASEGURAMIENTO	Administración	EPS y ente territorial en zona apartada	Transformación agentes gestores (Ambigüedad manejo de recursos)	EPS	EPS con enfoque territorial	Transformación Entidades Gestoras de Salud y Vida - EPS gestión individual y coordinación con las ET de la gestión colectiva	Público (Privado-Capirs)	Entidades Gestoras de Salud y Vida y ADRES
	Gestión del riesgo Financiero	EPS asume efectos + y -	Agentes gestores	EPS Administra el riesgo	EPS responsable	Gestoras Responsables (estado en caso de catástrofe)	ADRES	ADRES
	Gestión del riesgo en salud	Compartido entre los actores	Agente gestores	EPS Administra el riesgo	Compartido entre los actores	Compartido entre los actores	Compartido entre los actores	Agente público, privado o mixto - CAPS
	UPC	Ajustador de riesgo al cálculo	Ajuste riesgo al cálculo	Ajuste riesgo al cálculo	UPC, componente fijo y uno variable	UPC, componente fijo y uno variable (incentivo)	Prestación primaria por oferta y per cápita servicios de mediana y alta complejidad	Prestación primaria por oferta y per cápita servicios de mediana y alta complejidad
	Plan de beneficios	Se mantiene el PBS	Paquete único de servicios y tecnologías en salud, acorde con ley 1751			Paquete único de servicios y tecnologías en salud acorde con ley 1751		
	Planes voluntarios	Podrán continuar pero sin prelación frente a usuarios del sistema					Podrán continuar pero sin prelación frente a usuarios del sistema	Podrán continuar pero sin prelación frente a usuarios del sistema

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

CUADRO COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY DE AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate- proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Territorio	Regiones organizadas por el Ministerio con base en condiciones socio-económicas, cercanía y capacidades	Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS)	Organización regional-Minsalud y DNP definen parámetros	Territorialización, espacios geográficos y determinantes	Estructura funcional basada en lo geográfico y capacidades	Regiones según regalías- unidades zonales	Territorios en salud definidos por Minsalud
	Urgencias					Atención urgencias en CAP- Consulta médica de urgencias	Atención prehospitalario y urgencias	Libre elección en la red de urgencias - Red de urgencias y emergencias atención prehospitalaria y extrahospitalaria
	Redes integradas e integrales	EPS Contratan y conforman las redes	Gestores conforman las redes		EPS Conforman y gestionan las redes	Gestoras en coordinación con entidades territoriales	Ministerio y entes territoriales	Organización y autorización del Ministerio, apoyo de entes territoriales y colaboración de las Gestoras
	Relacionamiento entre agentes	EPS y proveedores por regiones-acuerdo de voluntades	PETIS y la red-acuerdo de voluntades	Equilibrio contractual EPS /IPS		Para las ISE - contratos derecho privado, y para las IPS privadas sin referencia directa al tema	Subrogación contractual Adres, fondos y CAPIRS y prestadores	Instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesiones independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades.
	Tarifas		Tarifarios para SOAT	Tarifas uniformes para red propia y externa			Tarifario Único	Régimen de tarifas - Tarifario con piso y techo
	Instituciones Públicas	Fortalecimiento red pública APP	Fortalecimiento red pública-Plan maestro de inversiones	Asistencia técnica y apadrinamiento-Incentivo acompañamiento acreditación	Integración estructural de ESES	Transformación de ESE a ISE regionales-empresa industrial y comercial del estado- Opción de subsidio a la oferta	Transformación de ESE a ISE - Opción de subsidio a la oferta	Transformación de ESE a ISE - Tributariamente establecimiento Público - Opción de subsidio a la oferta
	Prestación de servicios en zonas apartadas	Modelo diferencial -Aseguramiento Entidades Territoriales	Fondo para para la atención en salud	Modelo de aseguramiento en territorios dispersos. En los territorios que tengan menos de 20.000 habitantes, no podrá haber más de 2 EPS	Podrá ser administrado por una única EPS, la cual recibirá una Unidad de Pago Por capitación UPC territorial riesgo	A cargo de la entidad de Salud: "hospital Itinerante"	A cargo de la entidad de Salud: "hospital Itinerante"	A cargo de la entidad de Salud: "hospital Itinerante"
	Enfermedades raras	Nación a cargo y deberá establecer una fuente de financiación	Creación de Sub-Fondo, presupuesto general y entidades especializadas				A través de Instituciones o centros especializados	Red de instituciones o centros especializados en enfermedades raras
	Sistema de incentivos	Reconocimiento a EPS, centros de atención y Talento humano	Incentivos basados en resultados en salud, Agentes gestores E IPS	Creación de incentivos para los actores	Incentivo para EPS por resultado	Incentivos por resultados y calidad	Incentivos metas globales de las redes y para trabajadores de zonas dispersas	Incentivos metas globales de las redes y para trabajadores de zonas dispersas
	Libre elección	Libre elección de EPS	Libre elección de gestores y la red	De IPS dentro de la red	Libre elección del CAP	Libre elección gestora, red, CAP y del médico	Adscritos en función del lugar de residencia-Movilidad temporal	Libre elección del profesional de salud que atiende en los centros de atención primaria CAPS y de entidades de salud dentro de la oferta disponible y en la Red de urgencias
Eliminación Integración vertical	Permitida en primer nivel-CAP	No permitida			No permitida en mediana y alta, permitida en el CAP		No permitida	

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

CUADRO COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY DE AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate-proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
MODELO DE ATENCIÓN Y ENFOQUE	Determinantes sociales	Coordinación -Comisión Intersectorial de Salud Pública	Política de determinantes sociales en salud y gestión intersectorial	Comisión Intersectorial Permanente para la Gestión de la Salud	Comisión Intersectorial de Salud Pública	Comisión Nacional Intersectorial - en función del Plan de salud pública	La comisión Nacional de los Determinantes, + Comisión regionales	Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública + Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.
	Modelo de atención	Articulado y coordinado por las Entidades Territoriales-redes integradas +modelo diferencial zonas apartadas	Modelo de Salud y Vida en los ámbitos colectivo e individual, curso vida		Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria	APS Resolutiva, Redes y Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS)	Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) + preventivo y predictivo	Atención Primaria Integral en Salud (APIS) + preventivo y predictivo
	Salud Pública	Con apoyo Comisión Intersectorial de Salud Pública-Determinantes sociales	Metas territoriales del salud pública	Fortalecimiento de la salud pública territorial - Política Nacional de autocuidado	Fortalecimiento capacidades	Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, fortalecimiento capacidades	Plan de salud integrado con salud pública	Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado y se crean los Laboratorios de Salud Pública
	Atención primaria	A cargo de los equipos básicos y los CAP	Desarrollo del enfoque		Estrategia transversal, Gestión del riesgo articulado	CAP y EPAS	Modelo APIRS	Modelo APIS
	Prevención y promoción		P y P como gestión integral del riesgo-UPC adicional		Función esencial de la política, inicio gestión general del riesgo	CAP y promotor de salud	CAPIRS	CAPS
SISTEMA DE CALIDAD		Criterios de calidad para definir capacidad de IPS	Reemplaza el SOGCS con un Sistema Integral para la Calidad en Salud	Política Nacional de Calidad en la Atención en Salud, Incentivos para acreditación		Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), indicadores, monitoreo y evaluación	Fondos regionales contarán con oficinas de calidad	Reemplaza el SOGCS con el Sistema Integral de Calidad en Salud

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

CUADRO COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY DE AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate-proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
TALENTO HUMANO	Formación y Educación Superior en Salud	Estímulos académicos para zonas alejadas	Formación dual en salud (experiencia + formación)	Política de Talento Humano en Salud, Priorizará la formación en las especialidades, Orientadas en riesgo en salud	Incentivos Sistema de residentes	Política Nacional de Talento Humano en salud, fortalecimiento de perfiles asistenciales en los territorios. Ajuste de oferta	Política de Formación y Educación Superior en Salud, prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas	Política de Formación y Educación Superior en Salud, Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.
	Autonomía		Esquema de autorregulación, según ley estatutaria				Autorregulación médica, juntas medicas asesoras	Autonomía médica, Acto médico, Autorregulación médica, Comité de autorregulación médica
	Régimen Laboral	Dignificación, prohibición de tercerización. Pago oportuno a especialistas dentro de 10 días de presentación de la factura	Dignificación	Estudio de cargas laborales, formalización de plantas de personal	No tercerización, personal asistencial con contrato laboral	Formalización, prohibición figuras que afectan derechos laborales	Régimen especial	Régimen especial - Cuando las necesidades del servicio lo exijan las instituciones podrán contratar a través de las distintas modalidades permitidas por el ordenamiento jurídico
POLITICA FARMACÉUTICA E INNOVACIÓN	Medicamentos e Insumos	Gestores Farmacéuticos como parte de la red y Opciones para Operadores Logísticos de Servicios y Tecnologías de Salud	Propone mantener control de precios, compras y negociaciones centralizadas	Seguridad sanitaria y favorecimiento a la producción local de tecnologías en salud, soberanía sanitaria		Crea el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD), investigación y desarrollo-IETS Independiente con estado cubriendo gastos de funcionamiento	Formulación de Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud (cada 4 años) - Estrategia de compras conjuntas	Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud, Regulación de Precios de Medicamentos y monitoreo desabastecimiento
	Innovación		Innovación social de la salud, mejorar la efectividad de sus intervenciones, la eficiencia en el uso de los recursos			Capacidades científicas, Generación de redes de conocimiento, Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología	Política de Ciencia y Tecnología en Salud, priorizadas territorializadas	Política de Ciencia y Tecnología en Salud, formulada cada 10 años

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

COMPARATIVO PROYECTOS DE LEY DE AJUSTES AL SISTEMA DE SALUD 2023

Dimensiones	Temas	Proyecto de ley 340 presentado por el Centro Democrático	Proyecto de ley 341 presentado por Asociación Pacientes Colombia	Proyecto 344 presentado por Centro Democrático y Cambio radical	Proyecto de ley 346 presentado por Cambio Radical	Propuesta modificatoria al proyecto de ley 339 presentado por Partido de U, partido conservador y partido Liberal	Proyecto Ley 339 presentado por el actual Gobierno	Ponencia para primer debate- proyectos acumulados Comisión 7 Cámara
SISTEMA DE INFORMACIÓN		Módulo de cuentas en el Sector Salud, detalles cuentas entre agentes	Sistema de información para la trazabilidad de las prescripciones en salud, interoperabilidad	Torre de Control digital de Información en Salud, transparencia y toma de decisiones, telemedicina	Sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud	Sistema Unificado e Interoperable De Información En Salud (SUIS), “información para la acción”, analítica e inteligencia	Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS), blockchain, IA	Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS), con un nivel operativo y otro estratégico
PARTICIPACIÓN SOCIAL			Control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema			Contextos comunitarios y territoriales, en las políticas públicas de salud. Consulta previa	Intervención consciente, activa y vinculante de las personas	Intervención consciente, activa y vinculante de las personas
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL		La Superintendencia Financiera de Colombia - inspección, vigilancia y control de la ADRES. Conglomerados empresariales	La Superintendencia Nacional de Salud seguirá siendo el ente rector del Sistema Integrado de IVC fortalecido	Énfasis territorial, sanciones al incumplimiento de los planes territoriales de salud	Regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings, reducir riesgo endógeno- Super salud y superintendencias concurrentes	Cumplimiento de indicadores de resultados en salud y de gestión operativa, acciones administrativas de corrección- Superfinanciera a cargo de condiciones empresariales e indicadores financieros y vigilancia del programa de crédito para la transición	Autorregulación y solución alternativa de conflictos, Función jurisdiccional de la Superintendencia (Facultades propias de un juez)	Autorregulación y solución alternativa de conflictos, Función jurisdiccional de la Superintendencia (Facultades propias de un juez)

FUENTE: Elaboración ACHC con base en los articulados de los proyectos y propuestas evaluados

Resistencia antimicrobiana: una amenaza creciente en salud pública

La resistencia antimicrobiana (en adelante, RAM) es una situación en la que algunos microorganismos adquieren la capacidad de eludir, evitar o rechazar el tratamiento a los agentes con los que usualmente son combatidos.

Esta problemática ha propiciado una creciente preocupación alrededor del mundo, dado que cada vez habrá una menor disponibilidad de antibióticos, lo que traerá como consecuencia que incluso algunas infecciones consideradas leves sean intratables.

De continuar el avance de la RAM, sus consecuencias en términos de mortalidad podrían ser más devastadoras que las causadas por el coronavirus. Las proyecciones sugieren que la RAM podría provocar millones de decesos, superando incluso los fallecimientos atribuidos a enfermedades como el cáncer o la diabetes.

Adicionalmente, la RAM alerta con la intensificación del gasto en los sistemas de salud amenazando el acceso y la sostenibilidad financiera. De allí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considere la resisten-

cia antimicrobiana como una de las diez principales amenazas de salud pública a nivel mundial.

La RAM no solo pone en peligro la disponibilidad de tratamientos para enfermedades comunes como infecciones urinarias o infecciones respiratorias agudas, sino también la continuidad de los sistemas de salud.

Cabe mencionar que los microorganismos resistentes pueden estar en las personas, los animales y los vegetales, y transmitirse entre sí; por ejemplo: el consumo de carne animal —con algún tipo de infección— podría transmitir una bacteria resistente a los seres humanos, representando un reto para la contención de su propagación y la atención clínica.

Más aún, a medida que los microbios se vuelven resistentes a los medicamentos utilizados para su tratamiento, algunos de los procedimientos



Por: Rogerio Sperb,
Director General de BD¹
para Colombia.

¹ **Acerca de BD Colombia:** BD es una empresa internacional de tecnología médica que impulsa el mundo de la salud para mejorar los descubrimientos médicos, los sistemas de diagnósticos y los servicios de salud. BD es líder en el cuidado de la salud de los pacientes, así como de las tecnologías que facilitan las investigaciones médicas y los laboratorios clínicos. La empresa ofrece soluciones innovadoras que ayudan a impulsar el desarrollo de las investigaciones médicas y genómicas; optimiza el diagnóstico de enfermedades infecciosas y cáncer; mejora la administración de medicamentos; promueve la prevención de infecciones, y provee procedimientos de intervención quirúrgicos.



De nuestros Patrocinadores

médicos más habituales como, por ejemplo, las cirugías aumentarán los riesgos por posibles infecciones asociadas al procedimiento. El aumento en el impacto de enfermedades infecciosas ya se evidenció en 2020 cuando estas pasaron de ser la sexta causa de mortalidad en Colombia, a ser la segunda con alrededor de 73.000 eventos atribuibles —además se debe tener en cuenta el efecto de la COVID-19—, siendo superada únicamente por enfermedades del sistema circulatorio con cerca de 81.000 casos².

Colombia es uno de los líderes latinoamericanos comprometidos en la lucha contra la resistencia antimicrobiana que hace parte del proyecto “Trabajando juntos para combatir la resistencia a los antimicrobianos”. De cara a ello, se reconocen los múltiples esfuerzos desde el sector privado, que en articulación con los desafíos en salud pública han encaminado el

desarrollo tecnológico, la mitigación y el control de la RAM.

Con base en lo anterior, BD, compañía líder en tecnología médica, hace un llamado a la acción: “es prioritario que el marco político del país abra caminos que modifiquen el curso de la gestión antibiótica y diagnóstica desde el nivel prestacional, de tal manera que se delimiten rutas efectivas conducentes a la moderación de la RAM”.

La OMS ha asegurado que enfrentamos una pandemia silenciosa derivada de un problema de salud pública que va en aumento, y a la que se asocian cerca de 1,27 millones de muertes al año³. En este sentido, es clave tomar conciencia al respecto y seguir el llamado de la OMS a trabajar en equipo. Según la entidad, detener y revertir los procesos de RAM resultan en un desafío de grandes proporciones que requiere la articulación de recursos y esfuerzos tanto del sector público como del privado, a través de un esfuerzo colectivo y con una agenda común, que integre además el estricto cumplimiento de las regulaciones existentes y la educación de los pacientes frente al tema. **■**

² Cubo SQL Estadísticas Vitales DANE, MinSalud, SISPRO, consultado el 7 de octubre de 2021. Se omitió el capítulo “todas las demás enfermedades”; variables empleadas: causas agrupadas por OPS 667, número de fallecimientos, año de defunción.

³ Institute Health of Metrics, Global Burden of Disease, Microbe, consultado 5 de diciembre de 2022 URL: <https://www.healthdata.org/data-visualization/microbe>



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

www.achc.org.co



Las enfermedades huérfanas: reconocerlas, identificarlas y tratarlas a tiempo

Las enfermedades raras son aquellas que afectan a un número delimitado de personas, en comparación con la población general, y que son potencialmente mortales, debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alto nivel de complejidad. En la actualidad, se estima que existen entre 5.000 y 7.000 enfermedades raras distintas y más del 70 % de ellas son genéticas¹.

En nuestro país, se define como una enfermedad huérfana o poco frecuente, una condición que prevalece en menos de 1 por cada 5.000 habitantes, y que se caracteriza por ser crónicamente debilitante y que amenaza la vida². En Colombia, actualmente están listadas 2.247 patologías según la Resolución 023 del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social. En relación con ellas, algunos de los principales retos a los que se enfrentan los pacientes y sus familias es la desinformación y falta de conocimiento de su condición, su diagnóstico y el tratamiento correspondiente.

La Ley de Enfermedades Huérfanas en Colombia (Ley 1392 de 2010) las reconoce como asunto de interés para garantizar el acceso a los servicios de



salud, tratamientos y rehabilitación pertinentes. Sin embargo, obtener un diagnóstico es una tarea que puede incluso tomar años, retrasando consigo la posibilidad misma de obtener un tratamiento oportuno.

De acuerdo con el SIMIGILA, la mayor proporción de enfermedades huérfanas reportadas en Colombia corresponde a las del sistema nervioso central, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades de la sangre, enfermedades del sistema osteomuscular, y enfermedades en-

¹ Medicina de precisión de Enfermedades Raras. (2022). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864022000323?token=EF226F967B0D98547E74F46ACFAC37E920328C9837C4C57DC800A5A43172AD032118FD0230E0D52B2CAFC82CAA99CBCC&originRegion=us-east-1&originCreation=20230208184457>

² <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-huerfanas.aspx>

Un diagnóstico oportuno y el inicio de intervenciones terapéuticas tempranas de las enfermedades raras evita complicaciones, lo cual se refleja en un mejor pronóstico para los pacientes, ya que es posible modificar el curso natural de la enfermedad.

docrinas, nutricionales y metabólicas. Además, la mayoría de los casos en el país se registran en Antioquia, Bogotá y el Valle del Cauca, con el 62,5 % del total de pacientes reportados.

"Haciendo visible lo invisible es una de las frases que representa una manera de concientizar la existencia de estas enfermedades a profesionales de la salud y a la sociedad en general. El 65 % de las enfermedades raras conllevan déficit motor, sensorial o intelectual y una de cada tres personas con estas enfermedades tienen un grado de dependencia funcional, lo cual impacta negativamente en su calidad de vida y la de sus familiares. Las barreras arquitectónicas, administrativas, comunicativas, actitudinales, etc., a las que se enfrentan las personas con enfermedades raras, provocan mayor impacto emocional y detrimento de su calidad de vida", afirma la Dra. Sandra Milena Castellar, médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional de Colombia.

"Las enfermedades huérfanas afectan aproximadamente al 7 % de la

población mundial y entre el 70 % y 80 % de ellas manifiestan signos durante la primera infancia; por esto, es importante educar frente a su existencia, pero también hacia las rutas de atención y diagnóstico en caso de sospecha. Desde la Fundación, nuestra principal función es mejorar la calidad y cantidad de vida de las familias con estas enfermedades, sensibilizando, educando y acompañando", afirma Martha Herrera, presidente ejecutiva de la Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas (FUNCOLEHF).

La importancia del diagnóstico oportuno

En la actualidad, los pacientes con enfermedades huérfanas se enfrentan a barreras como la falta de un diagnóstico oportuno y adecuado; la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento por parte del paciente, cuidadores y familiares; la atención descentralizada; la falta de continuidad en los tratamientos; la escasez de recursos; las largas listas y tiempos de espera, y las demoras en las autorizaciones y entregas de medicamentos.

Los expertos advierten que un diagnóstico oportuno y el inicio de intervenciones terapéuticas tempranas de las enfermedades raras evita complicaciones, lo cual se refleja en un mejor pronóstico para los pacientes, ya que es posible modificar el curso natural de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad

de Fabry, el inicio temprano de la Terapia de Reemplazo Enzimático facilita la estabilización de la patología y, en muchas ocasiones, reduce considerablemente el riesgo de eventos clínicos que lleven a cardiomiopatía o muerte súbita, o alguna intervención cardíaca como cateterismo, implantación de marcapasos o trasplante de corazón, o intervención renal como diálisis y trasplante.

Ahora bien, las complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío dependen de la enfermedad como tal; en el caso de Gaucher, el riesgo para los niños es la talla baja, el retardo puberal, fracturas por poca densidad mineral, lesiones articulares irreversibles, infartos, entre otras. Por otro lado, los pacientes de Fabry que no son tratados a tiempo pueden llegar a necesitar diálisis, un trasplante renal e, incluso, tener episodios de muerte súbita. Mientras tanto, para los pacientes con Pompe de Inicio Infantil (IOPD), la falta de un diagnóstico oportuno puede conducir a una muerte prematura en los primeros meses de vida y, para quienes padecen Pompe de Aparición Tardía (LOPD), esta situación puede conllevar que requieran silla de ruedas y soporte ventilatorio. Asimismo, la esclerosis múltiple es una enfermedad que usualmente evoluciona en forma de brotes y se debe asumir que, cuantos menos episodios neurológicos tenga el paciente, menos secuelas de tipo neurológico va a presentar, por lo que es muy importante el diagnóstico precoz.

Proyecto de Colaboración 'Ruta de Enfermedades Huérfanas en Colombia'

En Colombia no se cuenta con modelos integrales de atención en salud para estas enfermedades. Es por ello que el grupo de actores del sector salud definió seis acciones clave para avanzar en una atención adecuada de estos pacientes: i) proporcionar un abordaje integral basado en los principios básicos de la calidad en salud; ii) trabajar en factores relacionados con la poliformulación, sin un control integral de lo planteado por diferentes profesionales; iii) establecer Centros de Atención Especializada; iv) vigilar los efectos sobre la salud del paciente y realizar un seguimiento por parte de un químico farmacéutico; v) establecer un enfoque diferencial para estos pacientes; y vi) estandarizar unos lineamientos de atención para guiar al paciente por cada paso en la prestación del servicio.

Recientemente, en el marco de la conmemoración del Día Mundial de las Enfermedades Raras, diversos actores del sistema de salud en Colombia dieron inicio a la segunda fase del Proyecto de Colaboración de la 'Ruta para la Atención de Enfermedades Huérfanas en Colombia', un instrumento construido desde una mirada multi-sectorial, con el objetivo de establecer unos lineamientos que permitan mejorar la atención en salud de pacientes que sufren estas patologías en el país y quienes, a menudo, deben enfrentarse a diversas situaciones que entorpecen su proceso terapéutico. **III**



Giro Directo del Régimen Subsidiado en descenso por liquidación de EPS

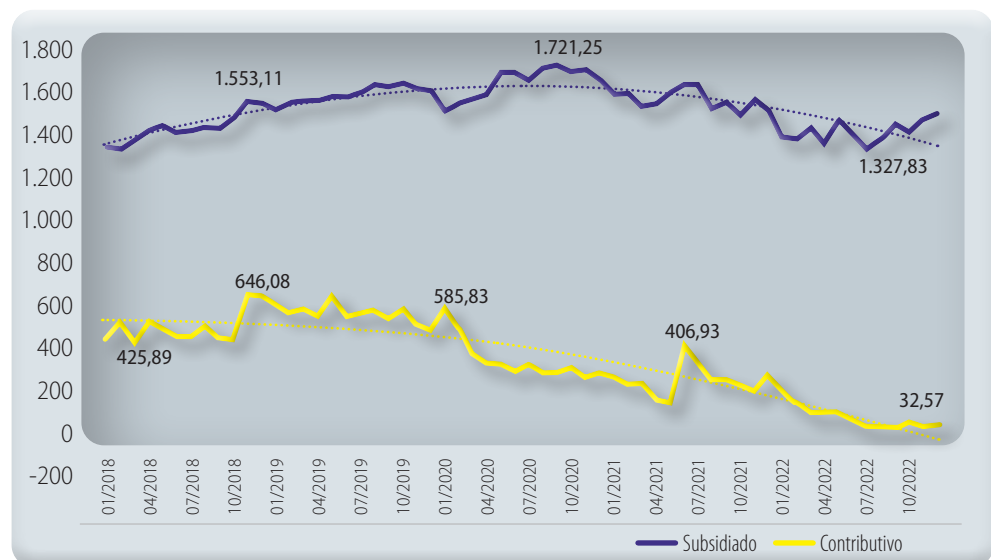
La transferencia de afiliados de las EPS liquidadas a las EPS sin medidas cautelares, que no tienen la obligación de acogerse a la medida de giro directo, es la razón por la cual se ha disminuido considerablemente el giro directo en el régimen subsidiado en los dos últimos años, así lo explica un informe de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), publicado recientemente.

El documento denominado, “Informe sobre el Giro Directo en el

Régimen Subsidiado, 2018 – 2022”, explica que este mecanismo que implementó el Gobierno, con el objetivo de inyectar liquidez a los prestadores de servicios en salud —tanto para que redujeran sus cuentas por cobrar como para que aumentaran su caja— y, con ello, poder garantizar la atención continua a los usuarios del SGSSS, alcanzó su mayor crecimiento entre 2019, cuando se registró un total de 25,7 billones de pesos. De este monto, el 73,3 % correspondió a recursos del régimen subsidiado y el 26,1 %, al régimen contributivo.

Figura 1. Giros directos según régimen, 2018-2022

Miles de millones de pesos a precios constantes del 2022



Fuente: ADRES, Informe sobre el Giro Directo en el Régimen Subsidiado, 2018 – 2022

En lo que respecta al régimen subsidiado, el mayor valor girado bajo este mecanismo se alcanzó en septiembre de 2020, con 1,72 billones de pesos, y de ahí se inició la disminución y los giros se “precipitaron irregularmente” hasta los 1,32 billones de pesos en julio de 2022.

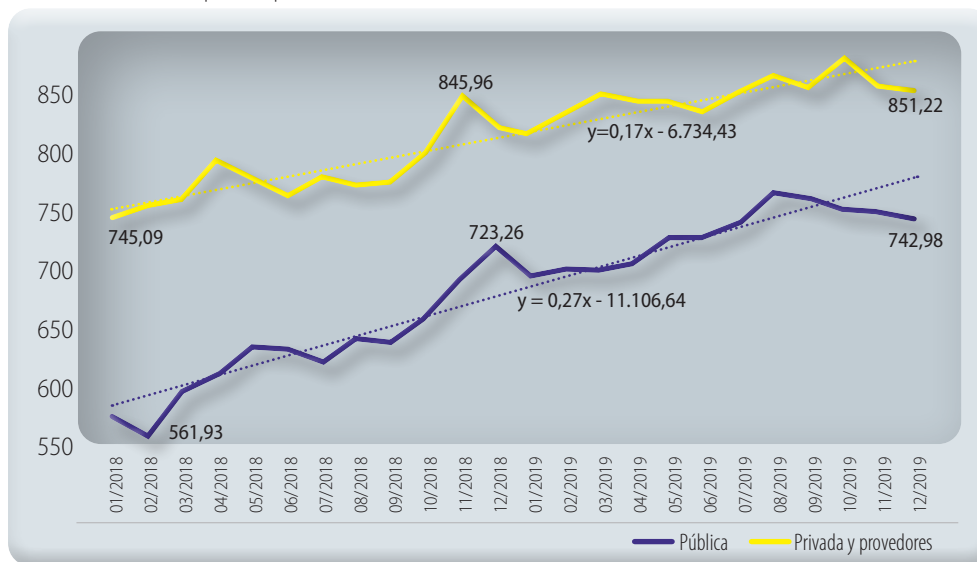
“La transición de un periodo de crecimiento de los giros directos (2018-2020) a uno de decrecimiento (2020-2022) se explica, fundamentalmente, por la transferencia de afiliados de EPS liquidadas a EPS sin medidas cautelares y, por lo tanto, sin la obligación de recurrir al mecanismo de giro directo. El giro directo es una medida que, si bien inyecta liquidez a las aseguradoras y prestadoras, resulta ser una imposición para la EPS, ya que las obliga a saldar prontamente sus deudas con las IPS y los proveedores. Esta pérdida del margen de

El mayor valor girado al régimen subsidiado, se alcanzó en septiembre de 2020, con 1,72 billones de pesos, y de ahí se inició la disminución y los giros se “precipitaron irregularmente” hasta los 1,32 billones de pesos en julio de 2022.

maniobra en la negociación es, probablemente, una razón para no querer recurrir al giro directo de manera voluntaria en el régimen subsidiado. No es que las deudas con los prestadores y proveedores haya desaparecido, sino que, a partir del 2020, está en manos de EPS que no están bajo la lupa de la SNS. En otras palabras, el descenso de los giros directos es el resultado, entre otras razones, del traslado de afiliados a EPS que no tienen activas medidas cautelares”, expone el informe de la ADRES.

Figura 2. Giros directos al Régimen Subsidiado, según naturaleza de la IPS, 2018-2020

Miles de millones de pesos a precios constantes de 2022



Fuente: ADRES, Informe sobre el Giro Directo en el Régimen Subsidiado, 2018 – 2022

En total, por giros directos en el régimen subsidiado, entre el 2018 y 2022 se transfirieron 91,49 billones de pesos. De este agregado, con respecto a las entidades que han sido receptoras de los giros directos del régimen subsidiado, el informe revela que el 51 % fueron IPS privadas, el 44 % IPS públicas, el 1 % a IPS Mixtas y el 4 % a proveedores.

En su análisis, la ADRES identifica que, en el periodo de ascenso de los giros directos hasta el 2020, los recursos destinados a las IPS públicas crecieron más rápidamente que los dirigidos a las IPS privadas, y durante la caída de los dos últimos años “fue a penas notorio que los giros a las IPS

públicas se precipitaron a mayor velocidad que los giros a las IPS privadas”.

“De las 2.044 IPS públicas que registraron algún giro durante el periodo, las principales cien receptoras reportaron el 57 % de los recursos. Este porcentaje sugiere, provisionalmente, que hay una mayor concentración entre las IPS públicas, sin embargo, el número de estas prestadoras es menos de la mitad del reportado por las IPS privadas. Además, los promedios y medianas de los giros de las IPS públicas son superiores al de las IPS privadas, sugiriendo que la red pública tiene entidades a las que en promedio se les ha hecho giros superiores”, explica el informe.

Tabla 1. Giros directos reportados por las ocho principales EPS del Régimen Subsidiado, 2018-2022

Millones de pesos a precios constantes del 2022

	EPS	2018	2019	2020	2021	2022	Total
1	Emssanar	1.407.997	1.632.094	1.802.427	1.965.893	1.829.960	8.638.371
2	Asmet salud	1.528.311	1.666.321	1.815.477	1.806.646	1.804.787	8.621.541
3	Savia salud	1.608.163	1.667.903	1.726.671	1.661.014	1.679.868	8.343.618
4	Coosalud EPS s.a.	1.256.845	1.182.631	1.494.567	1.794.576	1.667.089	7.395.708
5	Capital salud	1.157.572	1.188.656	1.258.890	1.241.265	1.280.725	6.127.107
6	Nueva EPS s.a.	793.786	876.685	1.366.633	1.345.260	1.220.258	5.602.621
7	Comparta	1.510.443	1.537.310	1.498.617	902.915		5.449.285
8	Mutal ser	798.399	1.057.093	1.065.715	1.106.389	1.329.301	5.356.896
	Total ocho EPS	10.061.515	10.808.692	12.028.997	11.823.957	10.811.987	55.535.148
	Total 47 EPS	17.151.195	19.009.223	19.714.019	18.709.696	16.915.244	91.499.378

La ADRES indica que, de los 91,49 billones de pesos girados entre 2018 y 2022, 55,53 billones (tres quintas partes) se concentraron en cuentas a nombre de ocho EPS. Estas promotoras fueron las siguientes: Emssanar (8,6

billones), Asmet Salud (8,6 billones), Savia Salud (8,3 billones), Coosalud EPS S. A. (7,3 billones), Capital Salud (6,1 billones), Nueva EPS (5,6 billones), Comparta (5,4 billones) y Mutal Ser (5,3 billones).^{II}

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2291 (17 de febrero).

Por medio de la cual se transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado, se define su objeto, funciones, estructura y régimen legal.

Por medio de la presente ley se transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado en una entidad pública de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, la cual se denomina "Instituto Nacional de Cancerología", perteneciente al sector descentralizado de la rama ejecutiva del orden nacional, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Decreto 2644 (30 de diciembre).

Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"

Mediante el presente Decreto, se modifica el Decreto 780 de 2016, en relación con los topes de cobertura

a cargo de las aseguradoras y de la ADRES, y actualiza los montos de los servicios y tecnologías, bajo la conversión de valores expresados en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) a Unidades de Valor Tributario (UVT), que para esta ocasión se hará mediante el esquema de aproximaciones. En ese sentido, esta normativa modifica algunos numerales relacionados con los anexos del manual tarifario SOAT. Así, una tarifa fijada en 1 SMLMV, al convertirse a UVT para el año 2022, corresponderá inicialmente a 26,3130197 UVT. Acto seguido, se aproximará a la cifra con dos decimales más cercana para establecer la tarifa, es decir, finalmente quedará convertida en 26,31 UVT.

Cuando el valor que se va a convertir resulte inferior a una (1) UVT, se deberá aproximar a la cifra con tres (3) decimales más cercana. Aplicando la presente regla, una tarifa fijada en un (1) Salario Mínimo Legal Diario Vigente (SMLDV), al convertirse a UVT para el año 2022, corresponderá inicialmente a 0,877101 UVT. Acto seguido, para dar aplicación al presente artículo, se aproximará a la cifra con tres decimales más cercana para establecer la tarifa, es decir, finalmente quedará convertida en 0,877 UVT. Conforme a lo anterior, se modifica el monto de capital de las entidades de medicina prepagada, la cobertura del SOAT y el Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.





**** Circular Externa N.º 54 (30 de diciembre).**

Incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la UPC para la vigencia 2023 y estructura por EPS.

La presente circular recoge las disposiciones relacionadas con el incremento de UPC y su traslado al incremento de tarifas por prestación de servicios de salud. Así, define que los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar el incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de las tecnologías y servicios de salud que se venían prestando y que corresponde al 16,23 %, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten, para los regímenes contributivo y subsidiado.

La circular recuerda que, si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del ajuste de la UPC para el 2023 las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y las entidades adaptadas no han logrado acuerdo sobre el incremento con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de salud públicas o privadas, deberán aplicar los porcentajes previstos en la presente circular. Lo anterior tiene lugar sin perjuicio de los posteriores acuerdos al que lleguen las partes. Para ambos regímenes, el incremento es de 16,23 %.

*****Resolución N.º 2808 (30 de diciembre).**

Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de Salud financiados con los recursos de la unidad de pago por capitación (UPC).

Mediante esta normativa, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y están estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, para que las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas garanticen el acceso a dichos servicios y tecnologías, bajo las condiciones previstas en esta resolución.

*****Resolución N.º 2806 (29 de diciembre).**

Por la cual modifica la Resolución N.º 1036 de 2022 en relación con el plazo para la implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, como soporte de la factura electrónica de venta en salud, y se sustituye su anexo técnico.

Esta Resolución establece que, a partir del 1.º de enero de 2024, las entidades obligadas deben entregar los Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) correspondientes a los servicios y tecnologías de salud prestados y facturados a partir de esta fecha, conforme a lo previsto en la presente resolución y su anexo técnico, incluyéndose los servicios cuya prestación inició antes del cambio de anualidad y que culmina después del 1.º de enero de 2024: mientras se cumple este plazo, los RIPS deberán ser entregados en las estructuras definidas en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas. Los prestadores de servicios de salud, las entidades responsables de pago y demás pagadores dispondrán hasta el 30 de junio de 2024 para enviar los RIPS de las atenciones prestadas antes del 1.º de enero de 2024, conforme a la periodicidad con la que se remiten durante la operación. La facturación de estos servicios se realizará en la estructura convencional de facturación electrónica establecida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

****Resolución N.º 2805 (29 de diciembre).**

Por la cual se modifica la Resolución 510 de 2022, en el sentido de sustituir su anexo técnico y ampliar el plazo de implementación de este.

A través de la presente Resolución, se sustituye el Anexo Técnico "Campos de Datos Adicionales del Sector Salud incluidos en la Generación de la Factura Electrónica de Ven-

ta" de la Resolución 510 de 2022, el cual se dispondrá en la URL <http://urfininsalud.gov.collaboracion-electronica> y deberá ser adoptado obligatoriamente por los facturadores electrónicos del sector salud a partir del 1.º de enero de 2024, disponiendo estas entidades hasta esta fecha para realizar la adecuación de sus sistemas de información al cumplimiento de lo previsto en la presente Resolución.

****Resolución N.º 2775 (27 de diciembre).**

Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), para la vigencia 2023.

Con la presente Resolución, se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), contenida en los anexos técnicos que hacen parte integral del presente acto administrativo:

- Anexo Técnico 1 "Manual de uso".
- Anexo Técnico 2 "Lista tabular".
- Anexo Técnico 3 "Códigos especiales para reporte población indígena".
- Anexo Técnico 4 "Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud".
- Anexo Técnico 5 "Códigos para el reporte de información de intervenciones colectivas".
- Anexo Técnico 6 "Códigos para el reporte de información de gestión en salud pública".
- Anexo Técnico 7 "Códigos para el reporte de procedimientos e intervenciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo".

****Circular Externa N.º 02 (3 de enero).**

Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control del dengue en Colombia.

Se establece que le corresponde a las IPS en el ámbito de sus funciones a) implementar

estrategias de capacitación y entrenamiento del talento humano en salud, conforme a los protocolos de vigilancia en salud pública, guía de manejo clínico o lineamientos de atención clínica integral vigentes, con el fin de realizar una adecuada evaluación del riesgo individual, así como de las medidas de aislamiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; b) cumplir con los procesos de adopción, adaptación y cumplimiento de la guía de manejo clínico o lineamientos de atención clínica integral de dengue vigente, así como de las acciones de formación continua al talento humano a cargo de la prestación de servicios; c) remitir el número de muestras de los casos en fase aguda, esto es, dentro de los primeros cinco días de inicio de síntomas, que el Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital le asigné según programación, en el marco del desarrollo de las acciones de la vigilancia por laboratorio, entre otras acciones.

****Circular Externa N.º 55 (30 de diciembre).**

Actualización de los Montos de las Cuotas Moderadoras y de los Topes Máximos de los Copagos por evento y año calendario, para la vigencia 2023, conforme al incremento de la UVT.

Con la presente Resolución se actualizan los montos de las cuotas moderadoras y copagos para el Régimen Contributivo y Subsidiado, tornando como referente el incremento para el año 2023 de la Unidad de Valor Tributario (UVT).

*****Resolución N.º 023 (4 de enero).**

Por medio de la cual se actualiza el listado de enfermedades HUÉRFANAS - RARAS.

Mediante la presente Circular, se actualiza el listado de enfermedades huérfanas-raras desarrollado en el anexo técnico, el cual hace parte integral de este acto administrativo. Con el fin de facilitar la identificación de las enfermedades huérfanas, el listado asigna el número de acuerdo con el orden de inclusión en forma consecutiva al último número establecido en la versión anterior del listado, sin generar un nuevo consecutivo. El número de



identificación de la enfermedad huérfana es exclusivo y no puede ser asignado a ninguna otra, incluso si el número de identificación corresponde a una enfermedad excluida del listado.

****Resolución N.º 2811 (30 de diciembre).**

Por medio de la cual se adoptan medidas prioritarias en materia de salud para el Departamento de La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para el todo el pueblo wayúu.

Atendiendo a las características culturales del pueblo wayúu, para el debido acatamiento de la presente Resolución, los acuerdos de voluntades para la atención integral deberán aplicar el artículo 2.5.3.4.7.6 del Decreto 780 de 2016, en cuanto a la adaptabilidad en la prestación de servicios, concordante con los artículos 6 y 11 de la Ley 1751 de 2015 y en cumplimiento a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional al declarar el Estado de Cosas Inconstitucional, y la medida cautelar del Auto 696 de 2022, priorizando la atención integral del usuario, eliminando cualquier carga administrativa, como el trámite de autorizaciones, con base en los respectivos acuerdos de voluntades.

****Resolución N.º 051 (12 de enero).**

Por medio de la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4,2 de la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal.

Mediante esta normativa, se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones previstas por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022, y modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal. Los profesionales de la salud deberán identificar la configuración de alguna de las tres causales contenidas en la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, cuando presten la atención integral en salud para la inte-

rrupción voluntaria del embarazo después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, además, tener en cuenta las consideraciones de la presente Resolución.

****Resolución N.º 069 (16 de enero).**

Por la cual se reponen vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech por fallas de fabricación o calidad.

Mediante la presente Resolución, se reponen, por única vez, seiscientos cuarenta y seis (646) dosis de vacunas del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech con seiscientos cincuenta y dos (652) dosis del biológico del laboratorio Sinovac Life Sciences Co. Ltda., teniendo en cuenta las cantidades por vial y empaques secundarios completos, a las entidades territoriales señaladas en el presente acto administrativo.

****Resolución N.º 087 (20 de enero).**

Por la cual se corrigen errores de digitación contenidos en la Resolución 2808 de 2022 que establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

Mediante la presente Resolución, se corrige el Anexo 2 de la Resolución 2808 de 2022 "Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC", por un error involuntario en la transcripción de la categoría 99.5.2. OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES, ya que no se eliminó la salvedad de financiación el procedimiento 99.5.2.02 Administración vacuna SARS CoV 2 [COVID-19], a pesar de que dicho procedimiento se encuentra financiado con cargo a los recursos de la UPC para la vigencia 2023. Asimismo, se corrige el parágrafo 2 del artículo 111 de la Resolución 2808 de 2022, ya que por un error de digitación se citó el artículo 115 del mismo acto administrativo, cuando la disposi-

ción correcta es el artículo 114, relacionado con el deber de la información.

****Resolución N.º 2023500020000093-6 (13 de enero).**

Por medio de la cual se modifica y adiciona el artículo primero de la Resolución N.º 20229100100043996 de 2022, la cual distribuye y define la jurisdicción y las sedes de las Direcciones Regionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante la presente Resolución, se garantiza la ampliación de la cobertura de la Superintendencia Nacional de Salud en el territorio nacional, la debida ejecución de las nuevas funciones asignadas y la atención a los usuarios del Sistema, redefiniendo la jurisdicción y fijando las sedes de funcionamiento de las Direcciones Regionales que se organizan y determinan, de acuerdo con las necesidades del servicio de la entidad.

**** Decreto N.º 221 (15 de febrero).**

Por la cual se adiciona el Título 14 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2026 y se definen las directrices para la puesta en marcha y funcionamiento a nivel territorial de la Ruta Integral para la Atención Integral para personas expuestas al asbesto.

Con el presente Decreto, se definen las directrices para la puesta en marcha y el funcionamiento a nivel territorial de la Ruta integral de Atención para personas expuestas al asbesto, que permita garantizar la gestión oportuna y completa de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades relacionadas con la exposición a este mineral y las intervenciones individuales que permitan la detección temprana, el diagnóstico y tratamiento para las personas con presencia de enfermedades por exposición a asbesto.

****Resolución N.º 163 (6 de febrero).**

Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del Presupuesto Máximo de la Vigencia 2021 a asignar a las entidades promotoras de salud (EPS) de ambos regímenes y a las entidades adaptadas, resultado de la revisión de que trata la Resolución N.º 1408 de 2020.

La presente Resolución tiene por objeto adoptar la metodología para la definición del ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia del 2021, contenida en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo. El ajuste definitivo corresponde al resultante de la revisión de los grupos relevantes durante el periodo comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2021, en los términos del numeral 3.4 del anexo técnico de la Resolución 1408 de 2022.


****Resolución N.º 152 (3 de febrero).**

Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 2809 de 2022, en el sentido de incluir la prima adicional para zona especial por dispersión.

Mediante la presente Resolución, se incluye en la Unidad de Pago por Capitación una prima adicional por zona especial de dispersión geográfica en el Régimen Contributivo para los municipios y áreas no municipalizadas del departamento del Guainía, y en consecuencia se modificará el artículo 2 de la Resolución 2809 de 2022.

****Resolución N.º 253 (21 de febrero).**

Por medio de la cual se modifica la Resolución N.º 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

Con la presente Resolución se amplían los tiempos establecidos para efectuar las aplicaciones, traslados y devoluciones de excedentes conciliados previstos en los artículos 13 y 14 de la precitada resolución, en aras de lograr una mayor efectividad y cobertura en el desarrollo del proceso. 

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:

