



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

ISSN digital: 2745-0740

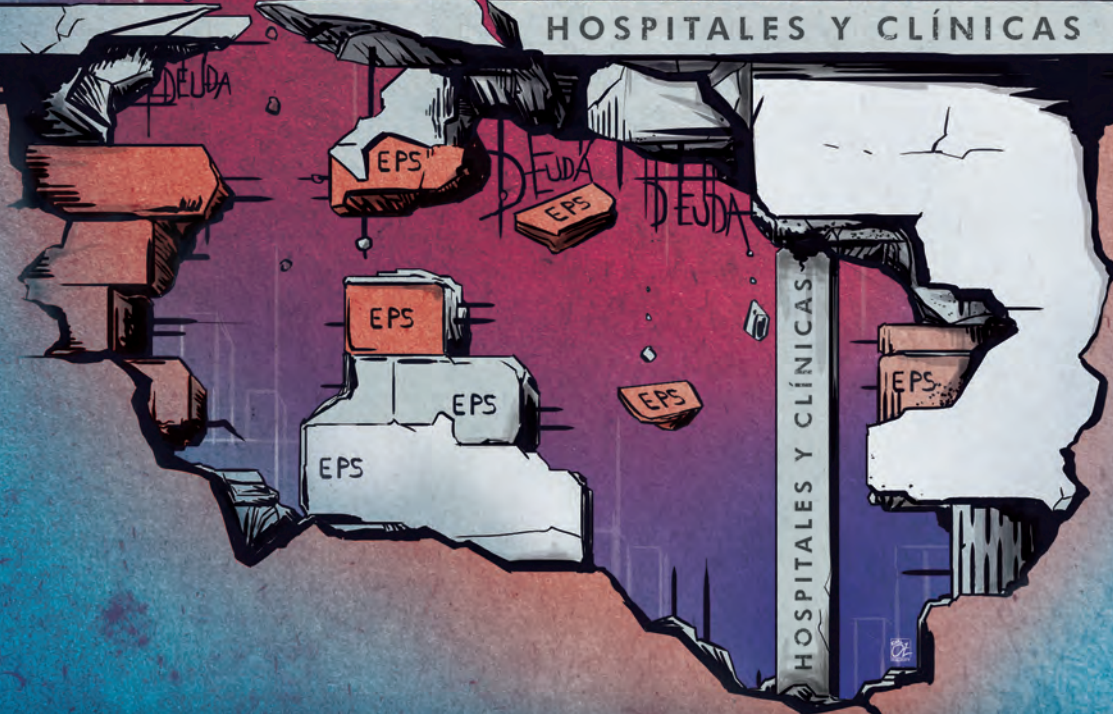
ISSN impreso: 0123-8760

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



HOSPITALES Y CLÍNICAS



Impacto de la liquidación de EPS en el sector prestador de servicios de salud



Calidad e innovación para mejorar **TU SALUD**

Oferta de **servicios**

Brindamos atención humanizada y de calidad a nuestros usuarios.



Consulta médica general y especializada



Promoción y prevención



Atención domiciliaria



Odontología



Imagenología y laboratorio clínico



Rehabilitación



Procedimientos diagnósticos especializados



Urgencias y hospitalización



Cirugía ambulatoria



Programas de cohortes especializadas



Más de **100 sedes integradas en red**
en toda **Colombia**



ISSN digital 2745-0740 – ISSN impreso: 0123-8760

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.

Periodista free lance, Olga Lucia Muñoz.

JUNTA DIRECTIVA 2023 - 2025

PRESIDENTA

HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY Y RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)

VICEPRESIDENTES

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO (BOGOTÁ)
CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)

PRINCIPALES

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE - ANTONIO JOSÉ LOPERA UPEGUI (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS SÁNCHEZ (CALI)
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO - JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ (BOGOTÁ)
INSTITUTO NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA - PEDRO PABLO PEREA MAFLA (CALI)
CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD, CLÍNICA CES - ANDRÉS TRUJILLO ZEA (MEDELLÍN)

SUPLENTES

SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 DAGER FERNÁNDEZ (CALI)
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - DIEGO CASTRESANA DÍAZ (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMO (BOGOTÁ)
CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIQUIA ORLANT S.A. - GUSTAVO RESTREPO
NICHOLLS (MEDELLÍN)
CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA - ÁLVARO SALGAR VILLAMIZAR (CÚCUTA)
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE - FELIPE JOSÉ TINOCO ZAPATA (TULUÁ)

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

B. BRAUN MEDICAL S.A. - JORGE ARÉVALO RIBÓN

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIQUIA - JAMEL HENAO CARDONA

MIEMBROS HONORARIOS

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ
ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ

DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

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

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

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD

Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

Liquidación de EPS, en los hombros de los prestadores

4 De portada

• Liquidaciones de EPS: un efecto dominó sobre clínicas, hospitales, pacientes y el sistema mismo, por el que nadie responde

• El impacto de la liquidación de EPS en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

• Las autoridades de control y las liquidaciones de EPS

52 Agenda gremial

• La ACHC realizó su 30ª Asamblea General de Afiliados

• Asamblea General de Afiliados ACHC eligió nueva Junta Directiva para el periodo 2023-2025

• Afiliados a la ACHC hicieron reconocimiento al Dr. Andrés Aguirre, presidente de la Junta Directiva en los últimos once años

58 Notas del sector

• COHAN fue condecorada con el Concejo de Medellín en su aniversario 40

• Clínica Somer sigue fortaleciendo la atención de alta complejidad en el Oriente Antioqueño

• Clínica Palermo: 75 años al servicio de la vida

64 Internacional

Tras la pandemia por COVID-19, el mundo empieza a recuperar los niveles de inmunización infantil

67 Nos preguntan

Procesos administrativos sancionatorios de las Secretarías de Salud

72 De nuestros patrocinadores

• Llega a Colombia la tecnología más avanzada para la gestión automatizada de medicamentos

• Phasix, malla reabsorbible para mejorar la vida de los pacientes

• Alternativas para diagnosticar enfermedades de transmisión sexual

78 Columna

La gestión del conocimiento en las organizaciones de salud

82 De los pacientes

Colombia buscará declaración de interés público de antirretroviral para tratamiento de pacientes con VIH

84 Cifras del sector

Resultados de los indicadores de permanencia financiera de empresas promotoras de salud (EPS) a marzo de 2023

92 Glosario

Liquidación de EPS, en los hombros de los prestadores

La liquidación de más de 130 EPS en 30 años de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el impacto que han ocasionado, dejando billonarias deudas con las IPS, usuarios con tratamientos interrumpidos e incertidumbre en el sector, obligan a hacer una reflexión sobre dónde está la falla en el sistema que ha permitido llegar a este punto. Un evidente desequilibrio entre EPS y prestadores que ha derivado en que estos últimos tengan que asumir el impacto, mientras accionistas y dueños de las entidades liquidadas no han tenido que hacerlo, como tampoco lo ha hecho el Estado.

El problema no es nuevo y no se ha dado de la noche a la mañana, por el contrario: todas las liquidaciones de EPS han sido “muertes anunciadas”. Ya en 1997, a solo tres años de haber sido creadas, empezaron las alertas: entre 1997 y el 2000, las 27 EPS activas reportaron a la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) resultados operacionales y netos negativos. Y desde comienzos del siglo XXI, en 2001 y 2002, se inició una liquidación masiva de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Empresas Solidarias de Salud (ESS) por no cumplir los requisitos de permanencia en el sistema en número de afiliados y condiciones financieras.

El Estado les ha brindado constantes “salvavidas” a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para darle continuidad a su funcionamiento, concediéndoles plazos prolongados para dar cumplimiento a los requisitos mínimos de operación. En 2007 el Decreto 574 definió las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de EPS del régimen contributivo y Entidades Adaptadas: les exigió acreditar y mantener un capital mínimo de 10.000 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, un monto de patrimonio técnico superior al monto de margen de solvencia, y constituir y mantener reservas técnicas. Además, les dio un plazo de siete (7) años para ir cumpliendo los requerimientos

en forma gradual. En 2014, cuando se venció el plazo, el Decreto 2702 actualizó y unificó las condiciones financieras y de solvencia, unificó obligaciones de EPS de ambos regímenes, y les dio una gradualidad de otros siete (7) años para cumplir los requisitos mínimos, lo que les permitió a las EPS que no los cumplían continuar en funcionamiento. En 2015, el Decreto 2353 estableció los Procesos de Reorganización Institucional (PRI) para las EPS, que fue reglamentado en 2022 con el Decreto 1600 del Ministerio de Salud, para establecer las condiciones y límites que les permitieran superar las dificultades administrativas, financieras y operativas que obstaculizaban la operación normal, y les dio otros diez (10) años de plazo para cumplir condiciones financieras.

Sin embargo, pese a estos apoyos desde la norma para ayudarles a cumplir indicadores mínimos de permanencia, en el Gobierno anterior se liquidaron trece EPS y en los primeros diez meses del Gobierno actual se han liquidado cuatro más, ante la reiteración del incumplimiento.

Cuando se liquida una EPS, no se da solo el cierre de otra empresa más: sus efectos se irrigan en una especie de efecto dominó sobre todos los demás actores del sistema en forma directa o indirecta, configurando un daño que impacta toda la estructura del sistema y que hizo perder confianza en la figura de la EPS y en su capacidad de cumplir con la gestión integral del riesgo, que se aduce es la función principal de estas entidades. Precisamente el no cumplimiento de esas competencias permitió que, en lugar de existir gestión del riesgo en salud, las IPS terminaran “gestionando el siniestro”, sin que nadie les ayude.

Esto además perjudica las finanzas de las IPS y afecta a los usuarios, porque se pierde la eficacia del sistema en términos de oportunidad, calidad, continuidad, suficiencia, seguridad, etc., lo que vulnera su derecho a la salud. Pierden las IPS cuando, ante el no pago de estas deudas, no pueden mantener flujo de caja ni pagar oportunamente acreencias laborales y de proveedores, ni emprender procesos de renovación tecnológica, ni de actualización y reentrenamiento del personal de salud, ni ampliación o modernización de infraestructura.

Además, en el día a día, el no pago de estos recursos hace que hospitales y clínicas tengan que enfrentar renuncias de personal, pérdida de proveedores, cancelación de capacitaciones e, incluso, cierres temporales y definitivos de servicios. A la postre, todo esto perjudica en últimas a la ciudadanía.

Pero al final lo más dramático de este cuadro es que nadie responde por esas deudas, no hay un doliente en firme que asuma esas obligaciones incumplidas por las EPS liquidadas o en liquidación. Se plantea que el Estado debería responder por estas deudas, ya que les permitió operar sin cumplir a cabalidad con los requisitos de habilitación y no veló oportunamente por el manejo adecuado de los recursos que les entregó ni por su ejecución, mientras simultáneamente obliga a hospitales y clínicas a prestar servicios aún en ausencia de contratos (urgencias) y sabiendo el riesgo financiero que se corre al hacerlo.


Se hace hincapié en este cuestionamiento al Estado, porque además de tener un papel pasivo y/o tardío en la vigilancia e intervención de estas entidades cuando fue necesario, y de delegarles la administración de recursos fiscales y parafiscales que financian el servicio público de salud, les ha dado, vía Decreto, todas las gabelas y oportunidades para que se recuperaran cuan-

do no cumplieran las condiciones financieras mínimas para permanecer operando en el sistema.

Ante este panorama, desde diversos frentes se han propuesto mecanismos para mitigar el impacto financiero en las IPS. Por ejemplo, desde 2009, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) ha insistido en la necesidad de crear mecanismos que disminuyan el impacto negativo de estas liquidaciones, de manera que las IPS puedan seguir prestando servicios a los usuarios.

Entre dichas propuestas figuran las siguientes: el establecimiento de un régimen de insolvencia para el sector salud y un fondo de estabilización y garantías que respondan al sector hospitalario; el levantamiento del velo corporativo de propietarios de EPS liquidadas, para que respondan por las deudas de la EPS; uso de las reservas técnicas de las EPS para el pago de sus deudas con el sector prestador, propuesta que se concretó en un primer tramo pero del cual haría falta un segundo y la obligatoriedad de la medida; ordenación del Giro Directo Universal, para evitar que las deudas de las EPS con los prestadores se acumulen y dar una mayor liquidez al sector; compras de cartera que permitan a las IPS tener alivios financieros y dar continuidad a la operación; y garantías a la red hospitalaria en los procesos de traslados de los usuarios a otras EPS, de manera que se preserve el principio de continuidad e integralidad de las atenciones.

Asimismo, la ACHC insiste en que una prioridad de la reforma al sistema de salud deben ser los cambios en la tenencia y el flujo de los recursos en el sistema, la promoción de la transparencia y la trazabilidad de los recursos de la salud, y el llevar a cabo una transición inteligente, que incluya decidir qué pasará con las deudas actuales de las EPS con las IPS.

Al descargar todo el peso del aseguramiento en las pocas EPS que cumplen indicadores financieros y de atención, no se pueden tolerar más incumplimientos de dichos indicadores, no se debe cambiar el ordenamiento jurídico por vía Decreto para facilitarles más 'salvavidas' y que, sin importar cuántas queden finalmente en el sistema de salud, exista un mecanismo real y efectivo de solvencia y respaldo. 

Liquidaciones de EPS: un efecto dominó sobre clínicas, hospitales, pacientes y el sistema mismo, por el que nadie responde

Si consideramos un sistema como un conjunto de elementos que, relacionados entre sí, funcionan ordenadamente como un todo y contribuyen a determinado objeto, cuando uno de los componentes tambalea o desaparece se impacta todo el sistema y su objeto mismo. Y si se concibe el sistema de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS), cuando se resta una de estas organizaciones y sus recursos, automáticamente se afecta el objetivo y las demás instituciones que permanecen.

Esa es la consecuencia lógica de la liquidación de una EPS: se impacta toda la estructura del sistema y se obliga a reacomodarlo; se pierde confianza en el sistema mismo, y se golpea fuertemente a los sujetos e instituciones de relación directa y simbiótica con la EPS: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los pacientes, lo que pone en jaque su supervivencia.

Esta es una realidad que enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) desde comienzos del siglo XXI, y que ha causado un efecto dominó en IPS públicas y privadas de todo el país que se han visto en riesgo de desaparecer o efectivamente han quebrado y cerrado por causa de las billonarias deudas sin pagar que dejan como estela las liquidaciones de EPS. Además, como efecto ante la crisis de la EPS liquidada y de las IPS de la red que les prestaba servicios, sus afiliados quedan sumidos en la incertidumbre y la desprotección social por los traslados forzosos a otras EPS, la interrupción de servicios, de tratamientos y de entrega de medicamentos, entre otros.

Las liquidaciones de EPS se han constituido en uno de los problemas más grandes del sistema, principalmente por cuenta de las billonarias deudas que han dejado a IPS públicas y privadas de todo el país, ante las cuales no hay quién responda. Son las clínicas y hospitales de Colombia los que, cual Atlas, soportan sobre sus hombros las duras cargas que dejan las innumerables cuentas que omitieron pagar las EPS liquidadas, teniendo que recurrir a alternativas financieras para sostener el funcionamiento de sus instituciones, que se quedan literalmente asfixiadas y sin ningún apoyo para enfrentar esa realidad.

Primeras alertas de liquidación de EPS

La Ley 100 de 1993 creó las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como entidades responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones. Asimismo, dicha ley estableció que la función básica de las EPS es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del entonces llamado Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados (hoy Plan de Beneficios en Salud [PBS]).

Desde 1997, cuatro años después de entrar en operación, empiezan a sonar voces de alerta acerca de la situación financiera crítica de algunas EPS, que ponía en duda su continuidad en el sistema. En el estudio “Márgenes

de utilidad de Entidades Promotoras de Salud en Colombia”, de Luis Prada en el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional, que analizó los estados de resultados para el periodo 1997-2000, entregados a Supersalud por las 27 EPS activas a diciembre de 2000 (nueve EPS públicas y dieciocho EPS no públicas, entre EPS privadas y programas de Cajas de Compensación), se concluyó que los dos grupos de EPS analizadas presentaban resultados operacionales y netos negativos. Cabe anotar que dicho estudio no incluyó las Empresas Solidarias de Salud (ESS) del régimen subsidiado.

A finales de 1997, existían 175 ESS en 28 departamentos (Barona, 2000), que sumaban 2,4 millones de afiliados: 155 empresas (el 65,7%) contaban entre 5.000 y 20.000 afiliados; 33 (el 18,9%) tenían menos de 5.000 afiliados, 24 (el 13,7%) tenían entre 20.000 y 50.000, y 3 (el 1,7%) más de 50.000 afiliados. La más pequeña contaba con solo 500 afiliados, mientras que la más grande tenía 172.763.

Las ESS fueron creadas por el Documento CONPES Social 001 (23 de febrero/1993), con aportes del Gobierno nacional, departamental y municipal. Al promulgarse la Ley 100 en diciembre/1993, las ESS entraron a participar como administradoras preferenciales del régimen subsidiado si acreditaban ante Supersalud un patrimonio equivalente a 100 SMLMV por cada 5.000 afiliados (aportes de asociados, donaciones y excedentes capitalizados); un mínimo de 5.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato de administración de subsidios y de 50.000 al finalizar el tercer año, así como un margen de solvencia equivalente al 40% del valor mensual de la UPC-S.

Cabe recordar que en los primeros años del SGSSS proliferaron pequeñas ARS y ESS que

rápidamente se estancaron en cobertura, perdieron rentabilidad e incurrieron en prácticas de corrupción, por lo que el Gobierno modificó las exigencias de tamaño y condiciones financieras (Decreto 1804/1999). Esto implicó la fuerte reducción de la oferta y tamaño de ARS, principalmente de las ESS y programas de salud de cajas de compensación familiar (CCF). En 1996 la oferta de ARS estaba constituida por 211 entidades, así: 18 EPS (que ofrecían ambos regímenes), 49 CCF y 144 ESS; para 2001, eran 53 y, en 2002, solo 43 entidades: 13 EPS, 13 CCF, 9 ESS y 8 EPS indígenas.

Cuando el Gobierno nacional replantea los requisitos exigidos a las ARS para administrar recursos del régimen subsidiado con el Decreto 1804 de 1999, las que no cumplían fueron objeto de liquidación y disolución por el Gobierno nacional. Al no existir un régimen especial para este tipo de liquidaciones, por remisión de los artículos 32 y 35 del Decreto 1922 de 1994, se aplicaron los procedimientos administrativos para intervención o toma de posesión para entidades financieras.

Una vez el Gobierno nacional expidió el Decreto 1804 de 1999 y la mayoría de mutuales y cooperativas no pudo cumplir los requisitos para funcionar como ARS, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) ordenó la revocatoria de la autorización para administrar el régimen subsidiado y, por tanto, su liquidación. Cuando la Supersalud ordenó liquidar cooperativas o mutuales que, además de administrar el régimen subsidiado, ejercían otros objetos sociales, lo hizo sobre toda la entidad y no solo sobre el programa del régimen subsidiado; la Supersalud no tenía competencia para ordenar la liquidación total de este tipo de entidades, sino que solo tenía competencia para ordenar la liquidación del programa de régimen subsidiado, pues algunas desarrollaban otros objetos sociales, dado el carácter de multiactivo de su objeto social, y así fue plasmado en la Circular 016 del 15 de junio de 2001. No obstante, en la práctica no ocurrió así y la Supersalud ordenó liquidar cooperativas como la del municipio de Quimbaya, por ejemplo, que tenía objeto social multiactivo, entre otras cooperativas liquidadas en su totalidad.

Por ello, en el listado de “EPS liquidadas por intervención forzosa administrativa para liquidar desde 2001” de Supersalud, puede apreciarse una liquidación masiva de ARS y ESS de todo tipo que iniciaron en 2001 y 2002, por no cumplir los requisitos de permanencia en el sistema.

Plazos prolongados para cumplir condiciones de habilitación financiera

A las EPS, responsables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de “administrar el riesgo en salud de sus afiliados” (decreto 1485 de 1994, art. 2, literal b) y “cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento” (Ley 1122 de 2007, art. 14), el decreto 574 de 2007 les definió las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de EPS del régimen contributivo y Entidades Adaptadas. Además, les exigió acreditar y mantener un capital mínimo de 10.000 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV), un monto de patrimonio técnico superior al monto de margen de solvencia, y constituir y mantener reservas técnicas. También estableció que la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) definiría categorías de riesgo con base en el nivel de solvencia de cada entidad y el sistema de indicadores de alerta temprana desarrollado por ella, considerando los aspectos cualitativos que miden el desempeño administrativo y la capacidad técnico-científica de estas entidades. Asimismo, se les dio un plazo de siete años para ir cumpliendo los requerimientos en forma gradual.

Desde la Supersalud en 2012, se apostó por aplicar medidas cautelares de vigilancia especial, antes que entrar a una intervención forzosa para administrar, como mecanismo de apoyo a las EPS para que cumplieran indicadores de permanencia en el sistema y en la atención a sus afiliados.

Sin embargo, en diciembre de 2012, la “Coalición Social por la Salud” advertía que ya más de 40 EPS del régimen contributivo y subsidiado eran objeto de medidas de liquidación, intervención o vigilancia especial por la Supersalud. Por ello, instó a que el Gobierno debía

responder por las deudas que tenían las EPS en condición de liquidación con las instituciones hospitalarias públicas y privadas, para evitar que como con la liquidación de otras EPS como Cajanal, Bonsalud, Unimec y el Seguro Social, se afectara la viabilidad de las IPS.

En 2014, cuando venció el plazo de siete años, el Decreto 2702 actualizó y unificó las condiciones financieras y de solvencia de entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, unificó las obligaciones de EPS de ambos regímenes, las acentuó en las EPS del régimen subsidiado y les dio una gradualidad de otros siete años para cumplir los requisitos mínimos de permanencia en el sistema, lo que generó la continuidad de EPS que no funcionaron bien en años anteriores.

En 2016, el Gobierno nacional expidió el Decreto 2117, que modifica el Decreto 2702 de 2014 y el Decreto Único en Salud, con el fin de flexibilizar las condiciones de solvencia financiera de las EPS, en lo referente al Proceso de Reorganización Institucional (PRI), el patrimonio adecuado, la inversión de las reservas técnicas y un plazo de diez años a partir del 23 de diciembre de 2014, para realizar el periodo de transición y el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

Para el 31 de diciembre de 2021, cuando se venció el segundo plazo a las EPS para cumplir con indicadores financieros que les permitirían continuar operando en el sistema, como garantía de que estaban en condiciones de atender sus obligaciones con proveedores y con los afiliados que le confiaron la gestión de su salud, según los informes de la Supersalud, diecisiete EPS no cumplían indicadores.

No cumplían con el capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen

50 AÑOS



Fundación
Cardioinfantil



laCardio



Cuando la pasión por el saber se conecta con la
ciencia, nuestro corazón se sincroniza con la
evolución

En la Fundación Cardioinfantil - LaCardio:



Hospital de alta
Complejidad



Centro de
Investigación



Hospital
Universitario



Fundación con
Compromiso social



Conoce más
escaneando el QR



@fcardioinfantil

de inversión de reservas técnicas las siguientes EPS: S.O.S., Capital Salud, Capresoca, Convida, CCF Sucre, CCF Nariño, CCF Huila, CCF Guajira, Ambuq, Savia Salud, Comfaorient, Coomeva, Emsanar, Asmet, Ecooposos, Coosalud y Medimás. Según el Decreto 2702/2014, estas deberían haber salido del mercado.

Sin embargo, en enero de 2022, el Ministerio de Salud anunció que, en cumplimiento del artículo 8 de la Ley 1949 de 2019, estaba en trámite de reglamentar los límites para los Procesos de Reorganización Institucional (PRI) que las EPS pueden presentar a la Supersalud para su aprobación. Dichos procesos habían sido establecidos por el Decreto 2353 de 2015 y fijaba un término de diez años para su cumplimiento, pero no modificaban el cumplimiento de condiciones de habilitación financiera o técnica de las EPS, y demás plazos otorgados por la Supersalud a sus vigilados.

En agosto del mismo año, con el decreto 1600, el Ministerio reglamentó los PRI de las EPS para esta-

blecer las condiciones y límites para que esta medida les permitiera superar las dificultades administrativas, financieras y operativas que obstaculizan las operaciones normales, manteniendo las garantías del aseguramiento a los afiliados, lo que les dio otros diez años de plazo para cumplir condiciones financieras. El Decreto rige para las EPS, incluyendo a las Cajas de Compensación Familiar con programas de salud, las organizaciones solidarias autorizadas y la Supersalud.

Al optar por el PRI, las EPS deberían cumplir o mantener las condiciones establecidas en el Decreto 780 de 2016, bajo los términos vigentes o, en otros casos, podrían presentar planes para creación de nuevas entidades, fusiones, escisiones o transformaciones. Si este fuera el caso, podrían ceder sus afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos conforme a lo pactado, relacionado con la prestación de salud del Plan de Beneficios a la entidad resultante.

Este Decreto, considerado como otro “salvavidas adicional” del Gobierno a la intermediación financiera de las EPS, generó toda clase de críticas en el sector salud, porque constituía en la práctica un tercer plazo para que EPS privadas que no cumplieron pudieran acreditar indicadores financieros para seguir manejando billones de pesos destinados a la financiación de un servicio público esencial que contribuye a la garantía del derecho humano fundamental a la salud.



Foto: Prensa Supersalud

Se afirmaba que alrededor de 20 EPS que no cumplían con los indicadores financieros de permanencia, entre ellas seis que estaban en procesos de reorganización institucional, quedaron facultadas para solicitar una nueva reorganización con diez años de plazo, y así mantenerse indefinidamente en el sistema, afianzando de esta forma el fracaso del pretendido fortalecimiento de las EPS.

Algunas causas que han llevado a las liquidaciones de EPS

En marzo de 2022, el entonces superintendente de salud, Fabio Aristizábal, señalaba que en el Gobierno saliente la Supersalud adoptó medidas administrativas, preventivas y correctivas, sobre los actores del sistema, con el objetivo de proteger la vida y la salud de los usuarios: “Una de las más drásticas es la liquidación o revocatoria total de la habilitación, que se ha ordenado sobre 13 EPS, debido al riesgo al que sometían la prestación de servicios a sus usuarios y al creciente endeudamiento que tenían con sus redes de prestadores y proveedores de servicios”.

Además, se argumentaba desde la Supersalud que lo más importante al ordenar una intervención forzosa para liquidar era frenar lo que técnicamente se denomina un “daño sistémico”, es decir, el negativo efecto de contagio que puede generar el mal comportamiento de una EPS sobre el resto de los actores del sistema de salud en un territorio determinado. Por eso, se tomaban decisiones técnicas y colegiadas, que obedecían a un riguroso seguimiento de los indicadores administrativos, jurídicos, financieros y técnico-científicos, en los cuales se evidenciaba la inviabilidad financiera, el endeudamiento con red de prestadores y el riesgo en la atención de usuarios vulnerables.



Foto: Prensa Supersalud

“En el “rosario de deficiencias” o características comunes que la Supersalud encontró en las trece EPS liquidadas, están las siguientes: 1) no mostraron voluntad de corregir, pese a que la Supersalud les dio 5, 6 y hasta 9 prórrogas (5 años), pero no mejoraron indicadores; 2) inviables financieramente, acumularon pérdidas e incumplían el capital mínimo y el patrimonio adecuado, incluso algunas utilizando recursos de la salud para patrocinar reinados, equipos de fútbol o mantenían ‘caletas’ secretas; 3) eran malas pagas, tenían altísimas carteras con sus redes de prestación, lo que amenazaba con provocar un daño sistémico; 4) ponían en riesgo sus afiliados, demoraban más de un año para autorizarles un medicamento urgente a un paciente de cáncer o de hemofilia y tenían los más altos niveles de muertes en población de menores de 5 años; 5) se volvieron ‘campeonas’ en PQRD y tutelas, pues ocupaban los primeros lugares en quejas sin resolver y en desacatos; 6) con maniobras *non sanctas*, acudían a tutelatones y jueces para revocar decisiones, recurrían al desprestigio en redes sociales y a pagar publrreportajes para desinformar sobre las causas reales de su liquidación”.

Desde la Supersalud se concluía que, si no se hubiera optado por esas liquidaciones, la cartera por cobrar de las IPS a las EPS hubiera pasado de \$15,44 billones a \$25,8 billones, y el déficit de solvencia hubiera pasado de -\$8,5 billones a -\$10,1 billones. Como consecuencia de las liquidaciones de las trece EPS en el anterior Gobierno, alrededor de 9,3 millones de usuarios fueron trasladados a EPS receptoras, donde según varias encuestas encontraron mejores condiciones de acceso a los servicios de salud.



Diversos expertos reafirman que es diferente cuando se quiebra una EPS a cuando se quiebran muchas, porque las implicaciones negativas se multiplican exponencialmente, con pérdidas para los pacientes, los prestadores y el sistema mismo.

Por su parte, en el actual Gobierno, desde agosto de 2022 y hasta la fecha, la Supersalud ha ordenado la liquidación de cuatro EPS: Comfamiliar Huila, Convida, Comfaguajira y Ecoopsos, ante la vulneración al derecho fundamental a la salud de los afiliados por la falta de garantía de atención integral, el aumento exponencial del riesgo en salud de los usuarios, la inoportunidad y dilatación de órdenes y autorizaciones de servicios, y el deterioro histórico y progresivo de sus indicadores financieros, reflejo de un incumplimiento sistemático y continuado de sus obligaciones legales para con los afiliados y las IPS de su red.

En términos generales, las deficiencias de su gestión se evidenciaban en los principales motivos del alto número de PQRD que presentaban todas ellas: falta de acceso a servicios de medicina especializada; inoportunidad en la entrega de medicamentos y programación de cirugías; deficiente programación de exámenes de laboratorio y procedimientos quirúrgicos; y barreras de acceso en la afiliación con trámites que no contempla la ley.

El superintendente Ulahí Beltrán López afirmó en octubre de 2022 que “en las liquidaciones de EPS lo malo no es decretarlas, sino el sistema que conduce a que eso ocurra”. También ha señalado que el grupo de EPS liquidadas y en liquidación es el que más damnificados dejó entre los acreedores que reclamaron los pagos ante los liquidadores y, por tanto, más dificultades financieras trajo a prestadores de servicios de salud, tanto en hospitales públicos como clínicas privadas, además de otro tipo de acreedores como profesionales de la salud, otro tipo de recurso humano

vinculado al sector, proveedores de medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y otros más.

Además, ha señalado que, en las visitas de seguimiento a EPS bajo medida de vigilancia especial, hubo hallazgos que generaron incertidumbre sobre la eficiencia en el uso de los recursos del sistema de salud, la eficacia en los procesos de contratación y la priorización en la atención de los usuarios, que ponían en riesgo la prestación de servicios y la integridad de los usuarios, por lo que se optó por acciones contundentes como la liquidación.

Otra gran consecuencia de las liquidaciones de EPS es el traslado masivo de millones de personas a otras EPS que no tengan ninguna intervención de Supersalud, donde las EPS receptoras designadas por el Ministerio de Salud deberán garantizarles la continuidad de los servicios y tratamientos de salud de manera oportuna y sin interrupciones. En dichos traslados, se han generado traumatismos para los usuarios y se corre el riesgo de distorsionar la EPS receptora por incapacidad de atender con oportunidad y calidad a esta nueva población afiliada.

Cabe anotar finalmente que diversos expertos reafirman que es diferente cuando se quiebra una EPS a cuando se quiebran muchas, porque las implicaciones negativas se multiplican exponencialmente, con pérdidas para los pacientes, los prestadores y el sistema mismo. Además, de nada han valido demandas, acciones populares y recursos jurídicos para reclamar el pago de deudas de EPS liquidadas e, incluso, se ha avizorado el riesgo de una crisis hospitalaria nacional por cuenta del número de EPS en liquidación.

Liquidaciones voluntarias

Una liquidación voluntaria es el proceso en el cual se decide la terminación de las actividades

1688 (AIM) Plataforma 4k

stryker

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.

Vea Más Allá

Decisiones Oportunas Salvan Vidas...

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 video de luz blanca HD por sí solo.

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.

INVIMA 2013DM-0009383

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

previstas en el objeto social de una entidad, sin que en el mismo medie alguna decisión por parte de la Supersalud en desarrollo de su función de control. Conforme con la ley, la entidad se disolverá por las causales previstas en las normas o por las especiales de cada tipo de entidad, según el régimen especial de cada una, o por libre voluntad de sus accionistas, socios, etc.

La Supersalud registra un listado de “Identificación y seguimiento de liquidaciones voluntarias” (actualizado al 30 de abril de 2023), en el que se encuentran EPS de ambos regímenes, programas de régimen subsidiado de Cajas de Compensación Familiar, una EPS indígena y una de régimen especial: Caja de Compensación Familiar Unidas del Valle - Comfaunión en 2001; Aseguradora de Vida Colseguros EPS tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, en 2003; Cajanal (en régimen subsidiado) en 2004; ESS Salud Sarare en 2005; Guaitara EPSI en

2005; Multimédicas (en régimen contributivo) en 2011; Red Salud (en régimen contributivo) en 2011; Instituto de Seguros Sociales (en régimen contributivo) en 2012; Salud Colpatria SA EPS (en régimen contributivo) en 2014; EPS Cafam (en régimen subsidiado) en 2015; Colsubsidio EPS-S en 2015; Comfama (programa en régimen subsidiado de CCF) en 2015; Caprecom (en régimen subsidiado) en 2015; Capruis (régimen de excepción) en 2016; y Programa de Salud de EPS-S de la Caja de Compensación Familiar de Boyacá “Comfaboy” en 2017.

En la segunda versión del documento LVFT 01, con fecha de actualización del 30 de abril de 2023 de la Supersalud, aparece el listado de las EPS que surtieron el proceso de liquidación voluntaria desde el año 2001 (tabla 1).

Tabla 1. Identificación y seguimiento de liquidaciones voluntarias de EPS de 2001 a 2022

N.º	Tipo de entidad	Nombre de entidad	Municipio	Acto público o privado de liquidación	Acto público o privado de terminación de existencia y representación legal		Observaciones
1	EPS régimen subsidiado	ESS Salud Sarare	Arauca	Consejo de Administración No.0066-noviembre 30 de 2005			
2	EPS régimen subsidiado	Aseguradora de Vida Colseguros EPS	Bogotá	Resolución 2016-noviembre de 2003			
3	EPS régimen subsidiado	Guaitara EPSI-Ipiales	Ipiales	Resolución No.001-abril 20 de 2005			
4	EPS régimen subsidiado	Caja de Compensación Familiar Unidas del Valle - Comfaunión	Cali	Resolución No.0597-marzo 27 de 2001			
5	EPS régimen contributivo	Aseguradora de Vida Colseguros EPS	Bogotá	2 de octubre de 2003 Liquidación voluntaria Acta Asamblea General Accionistas del 2 de octubre de 2003	31 de agosto de 2013	Certificación del Revisor Fiscal 31 de agosto de 2013	2 de octubre de 2003
6	EPS régimen subsidiado	Cajanal	Bogotá	30 de diciembre de 2004 Decreto 4409 del 30 de diciembre de 2004	18 de abril de 2008	Acta final del 18 de abril de 2008, protocolizada en la Notaría 73 del Círculo de Bogotá D.C. y se otorga la escritura pública	30 de diciembre de 2004
7	EPS régimen contributivo	Instituto de Seguros Sociales	Bogotá	28 de septiembre de 2012 Decreto 2013 de 2012	23 de marzo de 2015	Decreto 553 de 2015	28 de septiembre de 2012

Continúa en la siguiente página →

N.º	Tipo de entidad	Nombre de entidad	Municipio	Acto público o privado de liquidación		Acto público o privado de terminación de existencia y representación legal		Observaciones
8	EPS régimen contributivo	Red Salud	Bogotá	31 de mayo de 2011	Mediante Acta No. 30, protocolizada el 31 de mayo de 2011, con escritura pública No. 2068 de la Notaría 62 del Círculo de Bogotá	26 de abril de 2016	Acta No 47 Asamblea de Accionistas del 25 de abril de 2016. Cuenta final de liquidación inscrita ante Cámara y Comercio el 26 de abril de 2016, con radicado 02097682	31 de mayo de 2011
9	EPS régimen subsidiado	Colsubsidio EPS-S	Bogotá	15 de julio de 2015	Resolución N0. 01226 del 15 de julio de 2015	25 de octubre de 2016	Acta de Consejo Directivo No 1358 del 25 de octubre de 2016	15 de julio de 2015
10	EPS régimen subsidiado	EPS Cafam	Bogotá	24 de marzo de 2015	Mediante Acta No. 1219 del 24 de marzo de 2015	1 de noviembre de 2016	El acta de fecha 01 de noviembre de 2016, forma parte del acta número 1240	24 de marzo de 2015
11	Régimen de excepción	Capruis	Bucaramanga	8 de agosto de 2016	Resolución No.04503 de 20/04/2016 Acuerdo 023 de 08/08/2016	17 de agosto de 2017	Acta del 17 de agosto de 2017	8 de agosto de 2016
12	EPS régimen subsidiado	Caprecom	Bogotá	28 de diciembre de 2015	Decreto No. 2519 del 28 de diciembre de 2015 Decreto No. 2192 del 28 de diciembre de 2016	27 de enero de 2017	Acta Final del Proceso Liquidatorio, publicada en el Diario Oficial en la edición 50129 del 27 de enero de 2017, se declara la terminación del proceso de liquidación y extinción para todos efectos legales de la persona jurídica Caprecom EICE	28 de diciembre de 2015
13	EPS régimen subsidiado	Comfama	Medellín	19 noviembre de 2015	Resolución 2373 del 19 de noviembre de 2015	12 de diciembre de 2018	12/12/2018	19 de noviembre de 2015
16	EPS régimen contributivo	Multimédicas	Bogotá	N/R	N/R	N/R	N/R	Inicio proceso liquidación voluntaria: Acta 002: 27 de marzo de 2011 - Acta Aclaratoria 002 del 7 de julio de 2011 - Liquidador: Fredy A. Pérez. No se reporta Acto de Terminación proceso liquidatorio y existencia legal
17	EPS régimen subsidiado	Programa de Salud de EPS-S de la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "Comfaboy"	Tunja	N/R	N/R	30 de abril de 2021	Resolución No. 101	Liquidador: Indira Patricia Illidge Ibarra
18	EPS régimen contributivo	Salud Colpatría SA EPS	Bogotá	29 de agosto de 2014	Acta 54 protocolizada por escritura pública 3253 del 16 de septiembre de 2014	3 de diciembre de 2021	Escritura pública 3033 del 28 de octubre de 2021 - Notaría 8 de Bogotá, protocolizó el Acta Contentiva de la Cuenta Final de Liquidación. Fue inscrita el 15 de diciembre de 2021 bajo el No. 02772195 del Libro IX.	Liquidador: Jorge Andrés Chavarro Nieto

Fuente: Supersalud. Fecha de actualización: 30 de abril de 2023.

Cabe anotar que en el régimen subsidiado el “Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Nariño – Comfamiliar Nariño”, con sede en Pasto, en la Resolución 006761 del 29 de junio de 2021, autorizó el retiro voluntario del programa de EPS-S de la Caja de Compensación Familiar de Nariño, mediante Acta N.º 733 del Consejo Directivo de la Corporación, que autorizó el inicio del proceso de liquidación voluntaria y habilitó al agente liquidador sin representación legal. Este se inició el 1 de septiembre de 2021 y actualmente está en proceso.

Intervención forzosa administrativa para liquidar (IFAL)

El proceso de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar tiene sus orígenes en el párrafo 2.º del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, donde se consagró que la Supersalud se regirá por el mismo procedimiento administrativo que la Superintendencia Bancaria, hoy Superintendencia Financiera de Colombia. De este modo, además del procedimiento común contemplado en el Código de Procedimiento Administrativo de la época, la Supersalud se gobernaría por los Procedimientos Especiales previstos en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF), Decreto Ley 663 de 1993. Así,

la Supersalud estaba facultada para iniciar y adelantar los Procesos de Intervención Forzosa Administrativa contemplados en el EOSF.

El numeral primero del artículo 293 del EOSF señala lo siguiente: “El proceso de liquidación forzosa administrativa de una entidad vigilada por la Superintendencia [...] es un proceso concursal y universal, tiene por finalidad esencial la pronta realización de los activos y el pago gradual y rápido del pasivo externo a cargo de la respectiva entidad hasta la concurrencia de sus activos, preservando la igualdad entre los acreedores sin perjuicio de las disposiciones legales que confieren privilegios de exclusión y preferencia a determinada clase de créditos”.

La Supersalud registra el listado de entidades en Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar (IFAL) desde el año 2020, actualizado al 30 de abril de 2023. En la primera versión del documento CTFT del 2 de agosto de 2022 de la Supersalud, registra el listado de las EPS liquidadas por intervención forzosa para liquidar desde el año 2001 (tabla 2).

Tabla 2. EPS liquidadas por intervención forzosa administrativa de 2001 a 2019

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
1	Asociación Mutual ESS de Armenia (AMESS)	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Armenia	Resolución 1779 del 3 de septiembre de 2001	Resolución Acta 01 del 8 de enero de 2003
2	Asociación Mutual Campesina Salud Bolívar	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1313 del 28 de junio de 2001	Resolución 024 del 03 de octubre de 2003
3	Fondo Proseguridad Social de Loteros y Vendedores de Apuestas ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1279 del 27 de junio de 2001	Resolución 3 del 19 de mayo de 2003
4	Asociación Mutual Para El Buen Vivir (Ampebiv)	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Popayán	Resolución 1791 del 4 de septiembre de 2001	Resolución 4 del 21 de mayo de 2003
5	Asociación Mutual para la Salud Desarrollo y Futuro Timbiano	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1446 del 10 de julio de 2001	Resolución 79 del 20 de junio de 2003

Continúa en la siguiente página →

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
6	Asociación Mutual de Inza	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1444 del 10 de julio de 2001	Resolución 44 del 20 de junio de 2003
7	Cooperativa Solidaria de Salud del Norte "Salud Norte ESS"	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1275 del 27 de junio de 2001	Resolución 73 del 27 de junio de 2003
8	Empresa Cooperativa Solidaria de Salud Ecoopsals ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1277 del 27 de junio de 2001	Resolución 3 del 15 de julio de 2003
9	Cooperativa Integral de Salud ESS - Coinsalud	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1367 del 29 de junio de 2001	Resolución 2 del 30 de septiembre de 2003
10	Asociación Mutual Pienzasalud ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1442 del 07 de octubre de 2001	Resolución 067 del 10 de mayo de 2003
11	Empresa Cooperativa de Servicios de Salud del Municipio de Cunday - Ecoopsunday	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1360 del 29 de junio de 2001	Resolución 19 del 15 de diciembre de 2003
12	Asociación Mutual La Inmaculada ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1349 del 29 de junio de 2001	Resolución 2 del 26 de diciembre de 2003
13	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral de las Personas de la Tercera Edad de Cartagena Ltda. - Coovida ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1409 del 5 de julio de 2001	Resolución 1 del 30 de diciembre de 2003
14	Cooperativa Especializada en Salud para el Desarrollo Social del Municipio de Monterrey "ESS Coopregiosalud Ltda"	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Monterrey (Casanare)	Resolución 1776 del 03 de septiembre de 2001, Toma el 12 de febrero de 2002	Resolución 24 del 30 de diciembre de 2003
15	Programa de Régimen Contributivo Entidad Promotora de Salud - Calisalud EPS	EPS régimen contributivo	Cali	Resolución 486 del 07 de abril de 2003, toma de posesión el 28 de agosto de 2003	Resolución 489 del 30 de diciembre de 2003
16	Asociación para la Salud Solidaria de la Argentina ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1775 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 1 del 1 de febrero de 2004
17	Cooperativa y Empresa Solidaria de Salud del Huila - Cooemsalud ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Palermo (Huila)	Resolución 2449 del 7 de noviembre de 2001	Resolución 42 del 31 de marzo de 2004
18	Asociación Mutual de los Andes - Amuandes ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 701 del 5 de abril de 2001	Resolución 017 del 4 de octubre de 2004
19	Asociación Solidaria de Salud Astrea	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1303 del 28 de junio de 2001	Resolución 22 del 16 de abril de 2004
20	Cooperativa Solidaria de Salud "Coopsolsa"	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 868 del 4 de mayo de 2001	Resolución 5 del 30 de abril de 2004
21	Asociación Mutual La Nueva Esperanza ESS de Guapi	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Popayán	Resolución 1782 del 03 de septiembre de 2001 - Se toma posesión el 30 de septiembre de 2003	Resolución 2 del 6 de mayo de 2004
22	Empresa Promotora de Salud La Suiza de América EPS	EPS régimen subsidiado	Popayán	Resolución 911 del 19 de junio de 2002, suspendido y reiniciado el 25 de junio de 2003	Resolución 20 del 26 de mayo de 2004
23	Empresa Promotora de Salud Bonsalud	EPS régimen contributivo	Zipaquirá (Cundinamarca)	Resolución Minsalud 411 del 12 de febrero 1998. SNS Resolución 476 del 19 de marzo de 1999, Prórroga Pres. Rep. Res 146 del 1 de agosto/2003	Resolución 10 del 31 de mayo de 2004

Continúa en la siguiente página →

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
24	Cooperativa Salud y Vida ESS - Coopsavid	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 870 del 4 de mayo de 2001	Resolución 6 del 31 de mayo 2004
25	Cooperativa Especializada en Salud Alcatraz Ltda. ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Tumaco (Nariño)	Resolución 1875 del 18 de septiembre de 2001	Resolución 21 del 18 de agosto de 2004
26	Asociación Empresa Solidaria de Salud de Maicao	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Riohacha (Guajira)	Resolución 1772 del 9 de marzo de 2001	Resolución 110 del 7 de septiembre de 2004
27	Empresa Promotora de Salud Barranquilla Sana	EPS régimen contributivo y subsidiado	Barranquilla	Resolución 1358 del 28 de septiembre de 1999. Proceso suspendido a partir del 1 de abril de 2001 por 6 meses mediante Resolución 419 del 20 de marzo de 2001.	Resolución 38 del 27 de diciembre de 2004
28	Asociación Mutual Solidaria de Salud de Valledupar	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1308 del 28 de junio de 2001	Resolución 41 del 27 de diciembre de 2004
29	Cooperativa de la Nueva Esperanza de Curumaní ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1302 del 28 de junio de 2001	Resolución 43 del 27 de diciembre de 2004
30	Corporación Salud Para Pivijai - Corsapivi	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 705 del 5 de abril de 2001	Resolución 8 del 25 de enero de 2005
31	Cooperativa Integral de Salud para Soledad - Coopsasol	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1351 del 29 de junio de 2001	Resolución 19 del 25 de enero de 2005
32	Cooperativa La Magdalena Ltda. ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bucaramanga (Santander)	Resolución 1773 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 7 del 8 de febrero de 2005
33	Cooperativa Integral de Salud de Balboa Risaralda "ESS Balboa"	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1314 del 28 de junio de 2001	Resolución 1 del 14 de febrero de 2005
34	Asociación Mutual Solidaria de Salud y Desarrollo Integral de Quimbaya ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1342 del 29 de junio de 2001	Resolución 1 del 14 de febrero de 2005
35	Asociación Mutual de Chía ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 882 del 7 de mayo de 2001	Resolución 7 del 31 de marzo de 2005
36	Cooperativa de Servicios de Salud del Oriente de Cundinamarca Ecosoriente ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 962 del 17 de mayo de 2001	Resolución 5 del 31 de marzo de 2005
37	Asociación Mutual ESS Asomess	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Valledupar (Cesa)	Resolución 1770 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 34 del 31 de marzo de 2005
38	Cooperativa de Salud para el Bienestar Familiar Coosabfam	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Popayán	Resolución 1305 del 28 de junio de 2001	Resolución 20 del 13 de abril de 2005
39	Cooperativa Multiactiva de Salud y Desarrollo Integral del Caribe Coopsacaribe	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 760 del 19 de abril de 2001	Resolución 15 del 15 de abril de 2005
40	Empresa Promotora de Salud de Risaralda S.A.	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 1940 del 13 de diciembre de 1999. 1º Prórroga Res. 234, 2º Prórroga Res 293 del 13 de diciembre de 1999	Resolución 7 del 12 de mayo de 2005
41	Empresa Solidaria de Salud ES + Salud Organización Cooperativa	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1052 del 1 de junio de 2001	Resolución 253 del 31 de mayo de 2005

Continúa en la siguiente página →

Vive la experiencia

Septiembre
28 y 29
de 2023

CONGRESO INTERNACIONAL

Clínica Universitaria Bolivariana
Gestión Hospitalaria



Conoce más



Hospital Digital



Implementación
de Evidencia



Excelencia
Operacional



Gestión de Grupos
Relacionados por
el Diagnóstico

Sept. 28

Talleres Precongreso

8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Taller estrategico de
Hospital Digital

La excelencia operacional como
generador de programas estratégicos en
instituciones de salud

Herramientas para el manejo de
living evidence

Construcción de un CMBD punto de partida
para la implementación de GRD

Sept. 29

Congreso - Ponencias

8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Hospital Digital

Implementación de evidencia clínica

Excelencia Operacional

Grupos Relacionados por el
Diagnóstico

Universidad Pontificia Bolivariana
Fórum Mons. Tulio Botero Salazar.

Campus Laureles - Circular 1 #70-01
Medellín, Colombia

Contáctanos: WhatsApp: (+57)3102133053 -
Correo: servicioscientificostecnicos.cub@upb.edu.co



Universidad
Pontificia
Bolivariana
CLÍNICA UNIVERSITARIA®

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
42	Asociación Familia y Salud "Famisalud"	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1328 del 29 de junio de 2001	Resolución 7 del 31 de mayo de 2005
43	Corporación ESS del Caribe Solcaribe	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1348 del 29 de junio de 2001	Resolución 9 del 20 de junio de 2005
44	Empresa Cooperativa Especializada de Salud para la Familia Colombiana Salud Familia Ltda. ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1344 del 29 de junio de 2001	Resolución 65 del 23 de junio de 2005
45	Cooperativa Solidaria De Salud Coopdesa ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1704 del 27 de agosto de 2001	Resolución 1 del 23 de junio de 2005
46	Empresa Cooperativa de Servicios de Salud del Municipio de Vergara - Ecoopsvergara	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1282 del 27 de junio de 2001	Resolución 19 del 24 de junio de 2005
47	Asociación Mutual Familias Unidas de Antioquia ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1312 del 28 de junio de 2001	Resolución 43 del 24 de junio de 2005
48	Cooperativa de Salud de la Costa - Salud Costa ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1306 del 28 de junio de 2001	Resolución 1 del 24 de junio de 2005
49	Empresa Cooperativa de Servicios de Salud del Espinal ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1317 del 28 de junio de 2001	Resolución 1 del 24 de junio de 2005
50	Cooperativa Solidaria de Salud del Municipio de Arauca ESS Cooposalud	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1345 del 29 de junio de 2001	Resolución 52 del 27 de junio de 2005
51	Cooperativa Solidaria de Salud de Arauquita - Coopsa Ltda	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 141 del 22 de enero de 2002	Resolución 11 del 27 de junio de 2005
52	Asociación Mutual Solidaria de Salud y Desarrollo Integral para Fundacion - Amsalud	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1300 del 28 de junio de 2001	Resolución 62 del 28 de junio de 2005
53	Corporación Salud para Pueblo Viejo - Corsapue	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1329 del 29 de junio de 2001	Resolución 25 del 29 de junio de 2005
54	Asociación Mutual Permanente de Valencia - Amsap	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Montería (Córdoba)	Resolución 1435 del 9 de julio de 2001	Resolución 2 del 30 de junio de 2005
55	Asociación Mutual El Buen Vivir Campo de la Cruz Atlántico ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1732 del 31 de agosto de 2001	Resolución 24 del 7 de julio de 2005
56	Asociación Mutual Vida y Salud Amvisualud ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1877 del 18 de septiembre de 2001	Resolución 20 del 7 de julio de 2005
57	Cooperativa Especializada de Salud La Esperanza de Sogamoso Coesperanza Ltda ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Sogamoso (Boyacá)	Resolución 1543 del 1 de agosto de 2001	Resolución 5 del 29 de julio de 2005
58	Asociación Mutual Salud y Progreso del Suroccidente de Barranquilla ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 623 del 16 de abril de 2002	Resolución 68 del 4 de agosto de 2005
59	Asociación Mutual Futuro ESS de Piojó	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Barranquilla	Resolución 1769 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 3 del 2 de septiembre de 2005

Continúa en la siguiente página →

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
60	Asociación Mutual El Buen Vivir ESS del Río Quito	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Quibdó (Chocó)	Resolución 1777 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 12 del 17 de septiembre de 2005
61	Asociación Mutual Activa Salud	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Popayán	Resolución 2083 del 28 de septiembre de 2001	Resolución 15 del 27 de septiembre de 2005
62	Asociación Mutual Solidaria para la Salud y el Desarrollo Integral de Santa Marta - Asmusalud	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Santa Marta (Magdalena)	Resolución 1876 del 18 de septiembre de 2001	Resolución 13 del 30 de septiembre de 2005
63	Asociación Mutual Solidaria para la Salud y el Desarrollo Integral de Sabana de Torres ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bucaramanga (Santander)	Resolución 1781 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 23 del 13 de octubre de 2005
64	Asociación Golfo de Tribugá ESS del Municipio de Nuquí	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Quibdó (Chocó)	Resolución 1783 del 9 de marzo de 2001	Resolución 14 del 26 de octubre de 2005
65	Cooperativa Integral Solidaria de Salud de Bucaramanga Ltda. - Coisbu Ltda ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bucaramanga (Santander)	Resolución 1763 del 24 de noviembre de 2000. Prórroga Resolución Ejecutiva 239 del 10 de noviembre de 2004	Resolución 135 del 22 de noviembre de 2005
66	Programa de Régimen Contributivo Empresa Promotora de Salud - Salud Cóndor S.A.	EPS régimen contributivo	Pasto (Nariño)	Resolución 487 del 07 de abril de 2003, toma de posesión el 28 de agosto de 2003	Resolución 117 del 16 de diciembre de 2005
67	Asociación Mutual El Buen Samaritano de San Bernardo del Viento "Ambusanber" ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Montería (Córdoba)	Resolución 1778 del 3 de septiembre de 2001	Resolución 17 del 31 de diciembre de 2005
68	Asociación Mutual de Salud del Sinú - Amuss	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Montería (Córdoba)	Resolución 195 del 31 de enero de 2002	Resolución 4 del 30 de enero de 2006
69	Asociación Mutual de Salud de Lorica - Amusal ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Montería (Córdoba)	Resolución 909 del 19 de junio de 2002. Suspendido el 11 de diciembre de 2002	Resolución 6 del 30 de enero de 2006
70	Asociación Mutual Solidaria para el Desarrollo Integral de Aracataca - Amusamag ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Fundación (Magdalena)	Resolución 142 del 22 de enero de 2002	Resolución 6 del 27 de febrero de 2006
71	Unión de Usuarios Médicos y Cajas Unimec Empresa Promotora de Salud S.A.	EPS régimen contributivo y subsidiado	Bogotá	Resolución 1118 del 06 de junio de 2001, Res. 553 del 04 de abril de 2002. Reapertura: Resolución 001279 del 29 de julio de 2010	Resolución 669 del 28 de marzo de 2006. Frente a la reapertura: Resolución 376 del 30 de noviembre de 2012
72	Programa de Régimen Contributivo Empresa Promotora de Salud - Selvasalud	EPS régimen contributivo	Mocoa (Putumayo)	Resolución 910 del 19 de junio de 2002	Resolución 1179 del 19 de abril de 2006
73	Cooperativa Especializada para el Desarrollo Social en Salud Ltda - Coessalud Ltda San Gil Santander	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bucaramanga (Santander)	Resolución 697 del 30 de abril de 2002	Resolución 4 del 6 de mayo de 2006
74	Asociación de Autoridades Tradicionales Emmanuel Empresa Promotora de Salud	EPS régimen subsidiado	Riohacha (Guajira)	Resolución 839 del 30 de mayo de 2002	Resolución 177 del 17 de mayo de 2006
75	Programa de Régimen Contributivo Capresoca Empresa Promotora De Salud	EPS régimen contributivo	Yopal (Casanare)	Resolución 1271 del 1 de agosto de 2002	Resolución 30 del 23 de junio de 2006
76	Programa de Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar - Asfamilias	EPS régimen subsidiado	Bogotá	Resolución 1810 del 30 de septiembre de 2002	Resolución 13 del 16 de julio de 2006
77	Asociación Mutual Milagro de Dios-Río Sucio Chocó	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Quibdó (Chocó)	Resolución 1207 del 26 de julio de 2002	Resolución 46 del 26 de julio de 2006

Continúa en la siguiente página →

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
78	Asociación Mutual Playas del Pacífico ESS de Bahía Solano	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	Bogotá	Resolución 1208 del 26 de julio de 2002	Resolución 69 del 26 de julio de 2006
79	Programa de Régimen Subsidiado Caja Campesina de Compensación Familiar - Comcaja	EPS régimen subsidiado	Bogotá	Resolución 2219 del 9 de octubre de 2001. Prórroga Resolución 242 del 30 de agosto de 2005. Reapertura del proceso: Resolución 001280 del 29 de julio de 2010.	Resolución 333 del 8 de agosto de 2006. Frente a la reapertura: Resolución 153 del 30 de noviembre de 2012.
80	Programa de Régimen Contributivo Empresa Promotora de Salud - Convida	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 40 del 09 de enero de 2002. Prórroga: Resolución 342 del 19 de diciembre de 2005.	Resolución 158 del 13 de septiembre de 2006
81	Asociación Guaviare 2000 ESS	Administradora de Régimen Subsidiado (ARS)	San José del Guaviare (Guaviare)	Resolución 143 del 22 de enero de 2002	Resolución 23 del 22 de septiembre de 2006
82	Empresa Promotora de Salud Caldas S.A.	EPS régimen contributivo y subsidiado	No hay registro	Resolución 2483 del 14 de noviembre de 2001	Resolución 001 del 19 de febrero de 2007
83	Programa del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Quindío	EPS régimen subsidiado	Medellín	Resolución 00387 del 3 de marzo de 2010	Acta de cierre del 30 de junio de 2011
84	Comfenalco Santander Empresa Promotora de Salud	EPS régimen subsidiado	Bucaramanga (Santander)	Resolución 001867 del 13 de julio de 2012	Resolución 012 del 25 de marzo de 2014
85	Calisalud Empresa Promotora de Salud	EPS régimen subsidiado	Cali	Resolución 521 del 5 de abril de 2010	Resolución 447 del 30 de abril de 2014
86	Solsalud S.A. Empresa Promotora de Salud	EPS régimen contributivo y subsidiado	Bucaramanga (Santander)	Resolución 735 del 6 de mayo del 2013	Resolución 4964 del 6 de junio de 2014
87	Comfaca	EPS régimen subsidiado	Florencia (Caquetá)	Resolución 469 del 5 de abril de 2011	Resolución 047 del 26 de marzo de 2015
88	Camacol	EPS régimen subsidiado	Medellín	Resolución 470 del 5 de abril de 2011	Resolución 08 del 11 de abril de 2015
89	Golden Group Empresa Promotora de Salud	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 000133 del 23 de enero de 2015	Resolución 00312 del 15 de julio de 2015
90	Selvasalud Empresa Promotora de Salud	EPS régimen subsidiado	Mocoa (Putumayo)	Resolución 002865 del 19 de septiembre de 2012	Resolución 0114 del 18 de septiembre de 2015
91	Salud Colombia Empresa Promotora de Salud	EPS régimen contributivo	Cali	Resolución 002222 del 8 de septiembre de 2011	Resolución 003 del 29 de noviembre de 2015
92	Comfenalco Antioquia Programa de Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado	EPS régimen subsidiado	Medellín	Resolución 000808 del 2 de abril de 2012	Resolución 153 del 11 de mayo de 2016
93	Humana Vivir Empresa Promotora de Salud	EPS régimen contributivo y subsidiado	Bogotá	Resolución 806 del 14 de mayo de 2013. Resolución 753 del 14 de mayo de 2015. Resolución 2098 del 13 de noviembre de 2015.	Resolución 018 del 31 de mayo de 2016
94	Cajasan	EPS régimen subsidiado	Bucaramanga (Santander)	Resolución 0001868 del 4 de julio de 2012	Resolución 016 del 13 de junio de 2016
95	Cafaba - Caja Empresa Promotora de Salud EPSS	EPS régimen subsidiado	Barrancabermeja (Norte de Santander)	Resolución 001842 del 3 de julio de 2012	Resolución 0167 del 11 de julio de 2016
96	Famisalud Comfanorte	EPS régimen subsidiado	Cúcuta (Norte de Santander)	Resolución 001843 del 3 de julio de 2012	Resolución 338 del 15 de julio de 2016
97	Comfenalco Tolima	EPS régimen subsidiado	Ibagué (Tolima)	Resolución 0003119 del 12 de octubre de 2012	Resolución 095 del 30 de septiembre de 2016

Continúa en la siguiente página →

VENTILADOR BELLAVISTA - Nueva generación

Turbina Alto
Rendimiento

Be-Modos



Pulmón
Dinámico

Herramientas

:

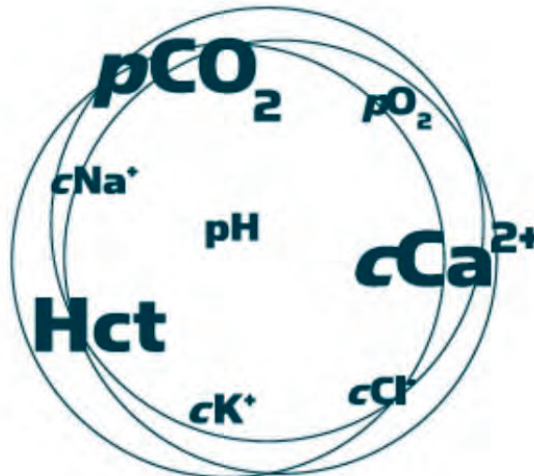
- ❖ Auto.sync
- ❖ Auto.leak
- ❖ Auto-rise

ANALIZADORES RADIOMETRER DE GASES ARTERIALES POCT

ABL 90



ABL 9



- ✓ Gases, electrolitos metabolitos y co-oximetria
- ✓ Único con mínima muestra en menor tiempo
- ✓ Automatizado, resultados estadísticos de los controles de calidad
- ✓ Resultados calidad

www.instrumentacion.com.co

carrera 15ª #118-12 Bogotá

+57 60 1 747 7836

N.º	Nombre de la EPS liquidada	Tipo de entidad	Municipio	Acto administrativo de toma	Acto administrativo de terminación de existencia y representación legal
98	Comfaorient	EPS régimen subsidiado	Cúcuta (Norte de Santander)	Resolución 001869 del 4 de julio de 2012	Resolución 0000024 del 24 de octubre de 2016
99	Salud Cóndor Empresa Promotora de Salud	EPS régimen subsidiado	Pasto (Nariño)	Resolución 002743 del 7 de septiembre de 2012	Resolución 040 del 26 de diciembre de 2016
100	Comfenalco Antioquia Programa de Empresa Promotora de Salud del Régimen Contributivo	EPS régimen contributivo	Medellín	Resolución 361 del 12 de febrero de 2014. Resolución 000430 del 10 de febrero de 2016. Resolución 002299 del 9 de agosto de 2016.	Resolución 000933 del 12 de abril de 2017
101	Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfacor"	EPS régimen subsidiado	Montería (Córdoba)	Resolución 007184 del 23 de julio de 2019	Resolución L-0091 del 29 de enero de 2021
102	Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba y Sucre Manexka Empresa Promotora de Salud Indígena EPSI	EPS Indígena	San Andrés de Sotavento (Sucre)	Resolución 527 del 27 de marzo de 2017	Resolución 023 del 29 de marzo de 2021
103	Cruz Blanca Empresa Promotora de Salud S.A.	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 8939 del 07 de octubre de 2019	Resolución 003094 del 07 de abril de 2022
104	Cafesalud Empresa Promotora de Salud S.A.	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 007172 del 22 de julio de 2019	Resolución 331 del 23 de mayo de 2022
105	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud ESS - Emdisalud ESS EPS-S	EPS régimen subsidiado	Montería (Córdoba)	Resolución 8929 del 02 de octubre de 2019	Resolución 011 del 11 de diciembre de 2022
106	SaludCoop EPS OC	EPS régimen contributivo	Bogotá	Resolución 002414 del 24 de noviembre de 2015	Resolución 2083 del 24 de enero de 2023
107	Saludvida S.A. EPS	EPS régimen contributivo y subsidiado	Bogotá	Resolución 9017 del 10 de octubre de 2019	Resolución 0995 del 22 de marzo de 2023

Fuente: Supersalud. Fecha de actualización: 30 de abril de 2023.

En la primera versión del documento CTFT23 del 2 de agosto de 2022 de la Supersalud, se registra el listado de entidades en interven-

ción Forzosa Administrativa para Liquidar (IFAL) que se han dado entre el 2020 y lo que va corrido del 2023 (tabla 3).

Tabla 3. Listado de entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar de 2020 a 2023

No.	Nombre de entidad	Municipio	Resolución	Acta Toma de posesión	Fecha de vencimiento
1	Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca - Comfacundi en liquidación	Bogotá	Resolución 012645 del 5 de noviembre de 2020. Resolución 2022130000007639-6 del 4 de noviembre de 2022. Resolución 2023130000002723-6 del 5 de mayo de 2023.	Acta de Posesión OL-L-009 - 21/11/2022	5 de septiembre de 2023
2	Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar - Comfamiliar Cartagena y Bolívar en liquidación	Cartagena	Resolución 012754 del 6 de noviembre de 2020 Resolución 2022130000007643-6 del 4 de noviembre de 2022 Resolución 2023130000002720-6 del 4 de mayo de 2023.	Acta de Posesión 008 - 06/07/2021	6 de agosto de 2023

Continúa en la siguiente página →

No.	Nombre de entidad	Municipio	Resolución	Acta Toma de posesión	Fecha de vencimiento
3	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó "AMBUQ EPS-S-ESS" En Liquidación	Barranquilla	Resolución 001214 del 8 de febrero de 2021 Resolución 2023130000000868-6 del 8 de febrero de 2023	Acta de Posesión OL-L-011 - 09/12/2022	8 de agosto de 2023
4	Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada - Comparta EPS-S En liquidación	Bucaramanga	Resolución 202151000124996 del 26 de julio de 2021	Acta de Posesión 010 - 27/07/2021	26 de julio de 2023
5	Coomeva EPS S.A. En liquidación	Cali	Resolución 2022320000000189-6 del 25 de enero de 2022	Acta de Posesión OL-L-001 - 25/01/2022	25 de enero de 2024
6	Medimás EPS S.A.S. En liquidación	Bogotá	Resolución 2022320000000864-6 del 08 de marzo de 2022	Acta de Posesión OL-L -002-2022 - 08/03/2022	8 de marzo de 2024
7	Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila - Comfamiliar En liquidación	Neiva	Resolución 2022320010005521-6 del 26 de agosto de 2022	Acta de Posesión OL-L -005-2022 - 15/09/2022	26 de agosto de 2024
8	Empresa Promotora de Salud - EPS-S Convida En liquidación	Bogotá	Resolución 2022320030005874-6 del 14 de septiembre de 2022	Acta de Posesión OL-L -005-2022 - 15/09/2022	15 de septiembre de 2024
9	Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira - Comfaguajira En liquidación	Riohacha	Resolución 2022320000007627-6 del 03 de noviembre de 2022	Acta de Posesión OL-L-0010-2022 - 01/12/2022	4 de noviembre de 2024
10	Empresa Promotora de Salud Ecoopsos S.A.S. En liquidación	Bogotá	Resolución 2023320030002332-6 del 12 de abril de 2023	Acta de Posesión OL-L-001-2023 - 12/04/2023	12 de abril de 2025

Nota: El texto de las resoluciones puede ser consultado en la página web www.supersalud.gov.co, link Normatividad-Resoluciones.

Fuente: Supersalud, actualización del 30 de abril de 2023.

Como respuesta a la crisis en la prestación de servicios de salud, las múltiples quejas de los usuarios y problemas relacionados con la circulación de recursos en el sistema, la Supersalud decidió tomar posesión de los bienes, haberes y negocios de las EPS que así lo ameritaban. La medida de toma de posesión para administrar es un instrumento creado en los años 40 para la superación de las crisis del sector financiero, que luego el legislador ordenó aplicar como instrumento de salvamento a los actores del sistema de salud.

Asimismo, la Supersalud ha adoptado la medida de toma de posesión para administrar –también denominada intervención forzosa administrativa para administrar–, con el fin de manejar temporalmente las EPS ante situaciones

que atenten gravemente contra la prestación de los servicios de sus afiliados y el equilibrio del SGSSS. En concordancia con los artículos 68 de la Ley 715 de 2001 y 68 de la Ley 1753 de 2015, corresponde a la Supersalud ordenar la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar dichas EPS.

Referencias bibliográficas

- Barona, B. (2000). El funcionamiento de las Empresas Solidarias de Salud (ESS): recomendaciones para mejorar su eficacia y eficiencia, resultantes de un estudio evaluativo. *Revista Estudios Gerenciales*, 16(75), 49-64. <http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v16n75/v16n75a05.pdf>
- Prada B, L. M. (2001). Márgenes de utilidad de las Entidades Promotoras de Salud en Colombia. *Innovar: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 18, 21-36. <http://www.jstor.org/stable/23740956>

El impacto de la liquidación de EPS en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Cuando entra en liquidación una EPS, ya sea en un proceso voluntario o por intervención forzosa para liquidar de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), los agentes del sistema de salud que están recibiendo el impacto más negativo son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que se están quedando con unas deudas billonarias por servicios de salud ya prestados a los usuarios de estas EPS y que, además, en cumplimiento de la ley, deben seguir brindando los servicios sin tener garantía alguna del pago de esas atenciones.

Por esta razón, los gerentes de entidades públicas y privadas coinciden en analizar que hay un desequilibrio en la relación entre el asegurador y el prestador, que está llevando a que sean las IPS las que asuman las grandes pérdidas financieras que han dejado las aseguradoras cuando son liquidadas, sin que nadie responda

por las acreencias que tenían con la red de prestación de servicios o que, en el mejor de los escenarios, después de varios años que tarda el proceso de liquidación, solo se logra recuperar alrededor del 30 % de las deudas reconocidas, ya que nunca se acepta la totalidad de las acreencias radicadas, así estén debidamente soportadas.

Los prestadores advierten que las liquidaciones de EPS son muertes anunciadas, que hay señales en su operación que van evidenciando dificultades y, sin embargo, se permite que sigan funcionando, lo que lleva al aumento de las deudas a los prestadores; por ello, consideran que el Estado debería responder por estas deudas, ya que les permitió operar sin cumplir con los requisitos de habilitación.

Al indagar por las deudas que han dejado históricamente las más de 130 EPS que se han liquidado desde que entraron en operación con la Ley 100 de 1993, la información disponible en algunos archivos de fuentes oficiales, como la Supersalud y el Ministerio de Salud y Protección Social, se relacionan deudas que superan los \$ 7,6 billones de pesos.

Tabla 1. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas con IPS de 2003 a 2022 (cuentas por pagar; cifras en millones de pesos)

Grupos	N.º de EPS	Deuda en mora (mayor a 60 días)	Deuda total	Deuda en mora sobre deuda total (%)	Composición (%) de la deuda total por grupos
1. EPS en proceso de liquidación vigente	8 EPS	\$ 5.028.913	\$ 5.028.913	100,0%	65,4%
2. EPS liquidadas proceso finiquitado (periodo 2016-2022)*	8 EPS	\$ 2.025.130	\$ 2.025.130	100,0%	26,3%
3. EPS liquidadas proceso finiquitado (periodo 2003-2015)*	92 EPS	\$ 633.937	\$ 633.937	100,0%	8,2%
Total	134 EPS	\$ 7.687.980	\$ 7.687.980	100,0%	100,0%

NOTA: *Valores indexados a diciembre de 2022. Información presentada por Ministerio de Salud el 21 de febrero en la Comisión Séptima de Cámara. Información igualmente contenida en el documento "Reforma a la Salud: un desafío para la garantía del derecho fundamental", publicada en febrero de 2023.

FUENTE: elaboración propia a partir de información de Minsalud y Supersalud. Información con corte a octubre de 2022 y archivo histórico de la oficina de liquidaciones.

Adicionalmente y según la respuesta de la Supersalud en la entrevista para este artículo (ver página 45), no está incluida la deuda de EPS en li-

quidación como Medimás, Comfanariño, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Guajira, Convida y Ecoopsos, cuyas cuentas por pagar superan los \$3.4 billones de pesos, es decir, las

ESTAR A TU LADO


Profamilia

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

PREGUNTA POR NUESTROS SERVICIOS



**Detección del Virus del
Papiloma Humano (VPH)**



**Laboratorio
Clínico**



Anticoncepción



Vacunación



Ginecología



Urología



Medicina General



Salud Mental

Profamilia.org.co
Línea nacional
300 912 4560

 **Chat Emilia 318 531 0121**

Bogotá: (601) **443 4000** Medellín: (604) **283 6688**
Cali: (602) **386 0001** Barranquilla: (605) **319 7928**
Cartagena: (605) **642 4966**

deudas de las EPS en liquidación, que se registran en los archivos oficiales, estarían por el orden de los \$11 billones de pesos, monto que podría ser aún mucho mayor, ya que no hay disponible información sobre las acreencias que dejaron a los prestadores 49 EPS de las entidades que han sido liquidadas y aparecen en el listado oficial.

Hospitalaria dialogó con tres directivos de entidades hospitalarias sobre el impacto que han generado las

liquidaciones en la gestión diaria, los mecanismos a los que deben recurrir para responder a sus obligaciones, la desesperanzadoras respuestas que reciben de los agentes liquidadores al momento de tratar de recuperar las deudas que están dejando estas entidades y las propuestas que, a su juicio, pueden dar solución o mitigar los impactos que están dejando las liquidaciones en el sector prestador.

“La normatividad no le da al prestador la capacidad para defenderse, le da la capacidad a la EPS para no pagar”: Édgar Silvio Sánchez Villegas, gerente del Hospital Universitario de la Samaritana



Foto: Cortesía Hospital Universitario de la Samaritana.

Édgar Silvio Sánchez Villegas, gerente Hospital Universitario de la Samaritana.

Desde su experiencia en la gerencia de un hospital público, ¿cuáles son los impactos más relevantes que trae para un prestador de servicios de salud la liquidación de EPS?

Son muchos impactos. En nuestro caso, hasta 2022, cuando se habían liquidado 42 EPS, nos adeudaban cerca de \$ 40.000 millones, es decir, un 12 % de la cartera del hospital; con la entrada en liquidación el año pasado de Convida, que era la EPS del departamento de Cundinamarca, el impacto económico fue mayor, porque nos quedó debiendo \$ 104.000 millones de pesos, y se vuelve más del 35 % de nuestra cartera. Es

decir, en el flujo de caja y presupuestal nos deja en unas condiciones financieras delicadas y, como si fuera poco, este año se liquida la EPS Ecoopsos, que era la segunda con mayor presencia en Cundinamarca, y nos queda debiendo \$ 28.000 millones de pesos, sumadas estas dos deudas son \$ 132.000 millones de pesos, en una cartera total que ya está por encima de \$300.000 millones de pesos.

Para nosotros, hoy cerca del 50 % de nuestra cartera son deudas de empresas liquidadas o en proceso de liquidación, lo que hace que financieramente el hospital sea inestable y, por ello, nos toca acudir a la Gobernación de Cundinamarca para que nos dé apalancamiento financiero para subsistir. El impacto es muy grave; no se afectan las EPS, porque se acaban y no pasa nada, pero al hospital lo dejan en graves problemas financieros.

A los usuarios los reciben otras EPS y, como se está viendo en este momento, las que acogieron a los usuarios de Convida y Ecoopsos son EPS que

tienen integración vertical, es decir que los atienden en sus propias IPS o con las que ya tenían contratos a nivel nacional o departamental, generando otros impactos, porque además ya no llegan esos pacientes que nosotros atendíamos.

A mi juicio, la solución a esto es que el Estado responda, porque fue el que les dio el permiso para que operaran sin cumplir con la normatividad; además, una vez desaparecen estas entidades o entran en proceso de liquidación, lo primero que nos recuerda la Superintendencia de Salud es que por ningún motivo se puede dejar de atender a los pacientes, porque en ese caso tendremos consecuencias no solo institucionales sino personales.

Entonces, es un direccionamiento extremo en el que el hospital tiene que asumir esos costos y gastos para la atención de los pacientes, sin tener un pagador certero; por eso es que el negocio de la salud —porque así se volvió en nuestro país— es el más imperfecto que hay de todos los negocios existentes en el mundo. Porque nosotros tenemos que cumplir; no podemos decir que no lo atendemos, y más si llega por urgencias, independiente de que haya un pagador o no, porque tengo que resolver la situación al paciente que está solicitando un servicio. Entonces, debo atender al paciente, debo facturar y debo esperar a que revisen esa cuenta, que pueden glosármela y pueden pagármela o no. Entonces, realmente no tenemos garantía para el pago de la prestación de los servicios de salud.

¿Qué tipo de acciones emprenden los prestadores para tratar de frenar carteras o recuperar esas deudas?

Todas las EPS que se han liquidado o han entrado en liquidación son “muertes anunciadas”.

“A mi juicio, la solución a esto es que el Estado responda, porque fue el que les dio el permiso para que operaran sin cumplir con la normatividad”

Las clínicas pueden dejar de vender, pero los hospitales públicos no, como acaba de pasar con Convida, que las privadas ya no atendían y le toca al hospital público atender a todos los pacientes que les lleguen. Por ejemplo, nosotros somos el único hospital de tercer y cuarto nivel de Cundinamarca, y no puede negar el servicio, independiente de cómo esté esa EPS.

Cuando estas entidades entran en proceso de intervención y, luego, un proceso liquidatorio, y pasan los usuarios a las demás EPS, algunas de estas empresas responsables de pago abusan con los precios o las tarifas que quieren imponer: ofrecen tarifas que ya no existen como ISS del año 2001; eso no tiene sentido, o impone algunos modelos de contratación desequilibrados y nos dejan con las manos cruzadas, porque nosotros no podemos dejar de prestar los servicios a los usuarios.

Otra práctica es que, cuando entra en proceso liquidatorio una EPS, como pasó con Convida, que se liquida el 14 de septiembre de 2022 y del 14 al 26 de septiembre, esta EPS en liquidación debía pagar las atenciones de esos días. Después de nueve meses no han pagado ni siquiera esas atenciones, cuando ellos ya recibieron la UPC; están revisando cuentas todavía y eran solo \$ 3.000 millones que les facturamos en esos días, y ni siquiera lo han auditado para el pago que deben hacer directamente. Entonces, de ninguna manera pagan como debe ser, ni en operación ni en liquidación, y nosotros no podemos hacer mucho, porque la normatividad no le da al prestador la capacidad para defenderse: le da la capacidad a la EPS para no pagar ni atender la obligación.



¿En el proceso de liquidación con qué situación se encuentran para recuperar esa cartera?

Lo primero que hay que hacer luego de que una empresa entra en liquidación es hacerse parte de la masa liquidatoria. El Hospital Universitario de la Samaritana lo ha hecho en los procesos de todas las EPS con las que hemos tenido contrato y han entrado en proceso de liquidación. Con algunas empresas, se ha logrado recuperar algo, como en el caso de Saludcoop, que nos quedó debiendo \$ 4.500 millones y, con lo que al parecer va a llegar este año, un poco más de \$ 400 millones de pesos, estaremos recuperando cerca del 30% de esa deuda.

En el caso de Cafesalud, que nos quedó debiendo \$ 2.500 millones, no nos han pagado prácticamente nada, y ya dijeron que no tenía nada con qué pagar; y así con Coomeva, y todas las demás. En el caso de Convida EPS, el liquidador informó que le solicitaron acreencias por más de \$ 600.000 millones de pesos y que sus recursos a hoy son de \$ 100.000 millones, o sea, menos del 20% de lo que debe; por lo tanto, que nos puedan pagar es muy difícil.

Uno no entiende cómo pasan empresas así, por qué se permite y no se mira cómo están estas EPS desde el punto de vista financiero. No es liquidarlas, sino que se revise lo que está pasando al interior y se pueda resolver la situación financiera de esas empresas, para que le puedan pagar a los prestadores, porque, cuando entra en liquidación una EPS, con seguridad que quiebra a muchas IPS o las deja en estados financieros difíciles.

Cuando usted tiene cerca del 50 % de cartera con EPS en liquidación, ¿qué otras áreas o qué se impacta en la gestión de su institución?

Este es un hospital acreditado en calidad y como universitario. Entonces, disminuir otras actividades es muy difícil; aquí nos ponen en aprietos en el flujo de caja, [pues] se empiezan a demorar los pagos a los proveedores y ojalá no tengamos que hacerlo con nuestros trabajadores. En muchos hospitales en nuestro país, cuando no hay

flujo de caja, no le pueden pagar a tiempo a los trabajadores; nosotros por fortuna hemos tenido la bendición de un buen gobernador que nos ha ayudado con apalancamiento de esta situación, pero eso no tendría por qué ser así.

A eso se agrega la incertidumbre en el país con la Reforma al Sistema de Salud y que las EPS están dejando de pagar. Se tenían carteras a 270 días y ya las están aumentando a más de 300 días; siguen haciendo integración vertical; no están dando autorizaciones para la atención en los hospitales independientes.

¿Con esa deuda que le tienen al hospital qué hubiese podido hacer?

Se impacta la renovación de equipos biomédicos, renovación tecnológica y la ampliación y apertura de nuevos edificios para la prestación de servicios. Muchas cosas que, cuando las condiciones económicas disminuyen, no se pueden hacer de la forma en que se debe.

¿Cuál es el llamado que hace usted como prestador a los entes de control y al Gobierno?

Creo que hasta que una EPS no se ponga al día en sus cuentas y en sus deudas con los hospitales y las clínicas, no la deberían liquidar, porque lo que están haciendo es condonar las deudas; y no las condonan ellos, sino nosotros los hospitales y clínicas, los que hemos prestado los servicios y a los que no nos van a pagar, cuando ellos ya han recibido la plata de la UPC mes a mes y a los prestadores nos pagan a más de 270 días. Eso no tiene sentido.

Si las van a liquidar, entonces el Estado tiene que ser responsable por haberlas dejado funcionar sin los requisitos que necesitaba, especialmente los financieros.

“Hay un desequilibrio en el sistema; cuando liquidan EPS, el déficit financiero termina siendo del prestador”:

Carlos Alberto Restrepo, director de la Clínica Universitaria Bolivariana

¿Qué impactos están dejando las liquidaciones de las EPS a los prestadores privados, como la Clínica Universitaria Bolivariana?

Tienen un impacto altísimo en el ejercicio financiero de las instituciones; en la medida en que la EPS terminan liquidadas, todas esas acreencias que estaban pendientes de reconocer por parte del asegurador al prestador no están siendo reconocidas o no están siendo pagadas en su totalidad y, finalmente, el déficit financiero queda en el prestador. Indiscutiblemente, el balance ha sido supremamente negativo en contra de los prestadores.

¿Qué pasa cuando los prestadores identifican que las Carteras están creciendo su morosidad? ¿Tienen alguna opción para frenar esa situación?

Actualmente, en el sistema de salud encontramos una dificultad muy grande, porque por instrucciones de la Supersalud nosotros, como prestadores, cuando tenemos servicios de urgencias habilitados y somos instituciones de mediana y alta complejidad, estamos obligados a atender cualquier paciente que llegue después del *triage*. Tengamos o

no convenio con la EPS del usuario, nosotros le tenemos que garantizar la atención. Pero el proceso administrativo no tiene iguales resultados, porque esa atención va a sumarse a la cartera y no tiene el pago correspondiente; entonces, ahí hay un desequilibrio en el sistema, porque al final nosotros estamos obligados a prestar el servicio, pero las EPS no hacen la gestión de reconocimiento y, finalmente, cuando las liquidan, el déficit financiero termina siendo del prestador.

¿Qué argumentan las aseguradoras para no pagar oportunamente y generar deudas billonarias a los prestadores?

Algunas aseguradoras expresan causas como que el costo es superior al gasto, que la UPC es deficitaria financieramente y no alcanza, y que la frecuencia de uso se ha incrementado. Al final todo lo que tiene que estar en ese componente de la gestión del riesgo financiero y del riesgo en salud no se está dando de forma adecuada. La demanda está superando la capacidad que tiene la EPS de responder desde el punto de vista financiero y, con el tiempo, los prestadores terminamos asumiendo esa cartera por los servicios ya prestados, porque la EPS no la está reconociendo.

Foto: Cortesía Clínica Universitaria Bolivariana



Carlos Alberto Restrepo,
Director Clínica Universitaria Bolivariana



¿Qué tipo de acciones emprenden los prestadores privados para recuperar esas deudas y evitar llegar a cobrar en un proceso de liquidación o intervención de la EPS?

La gestión de cobro es un ejercicio que se hace de forma sistemática en las áreas financieras de los prestadores. Nosotros hacemos la radicación de la factura de los servicios prestados, hacemos seguimiento con las áreas de cuentas médicas de las EPS, conciliamos las cuentas, surtimos los procesos de resolución de glosas y devoluciones e, incluso, en algunos casos participamos en mesas de trabajo sobre propuestas de conciliaciones administrativas. Pero encontramos que las diferencias entre lo que el asegurador dice que le debe al prestador y lo que nosotros decimos que ellos nos deben tienen unas brechas muy grandes y, finalmente, esa cartera termina perpetuándose en el tiempo.

Cuando avanzamos en los procesos jurídicos, tenemos grandes dificultades de prosperar, porque los dineros de la EPS, por ser recursos públicos, son inembargables y, entonces, encontramos un embudo, porque —insisto— el prestador está obligado a garantizar la atención y a prestar los servicios, pero el asegurador no está obligado a reconocer las cuentas que corresponden a unos servicios que fueron prestados de forma oportuna y con estándares de calidad. Ahora que estamos en proceso de reforma al sistema de salud, ese desequilibrio es uno de los elementos que se debe revisar en detalle.

En los procesos de liquidación, ¿cuáles son las barreras con las que se encuentran los prestadores al tratar de recuperar esas deudas?

En la mayoría de las liquidaciones nos encontramos con que el patrimonio que logra cuantificar el agente liquidador no alcanza para reconocer las acreencias que son avaladas por ellos mismos, porque siempre hay diferencia entre la expectativa de las acreencias radicadas por los prestadores versus las que finalmente reconoce el liquidador; entonces, el patrimonio no alcanza ni siquiera para reconocer lo que ellos mismos dijeron que había que pagar.

¿Qué tipo de proyectos deja de desarrollar una institución hospitalaria cuando tiene dificultades financieras por deudas de EPS en liquidación?

La planeación de mediano y largo plazo se ve afectada permanentemente; entonces, tenemos que ir priorizando. Por ejemplo, la renovación tecnológica se ve afectada; si los recursos no llegan de forma oportuna, se termina dilatando en el tiempo y solo se va haciendo con lo que sea prioritario y fundamental para la operación. Igualmente, se van dilatando los procesos de capacitación o reentrenamiento del talento humano en salud y se van retardando los procesos de mejoramiento de la infraestructura, porque los recursos que llegan los tenemos que priorizar para hacer el pago del talento humano, los proveedores y poder garantizar la cadena de logística y aprovisionamiento, y poder hacer la operación.

¿Cuánto le deben las EPS en liquidación a la Clínica y qué posibilidad ve de recuperar esa cartera?

A junio de este 2023, las EPS liquidadas le han dejado una cartera a la Clínica Universitaria Bolivariana de \$ 25.418 millones de pesos, que corresponde al 33 % de la cartera institucional, es decir, una tercera parte de la cartera de la clínica se está viendo afectada y está en alto riesgo de no ser reconocida por nadie en esos procesos de liquidación.

De los \$ 25.000 millones, Coomeva EPS es la que tiene la mayor participación de esa cartera de EPS liquidadas con el 87 %, es decir, \$ 22.000 millones. Todavía no tenemos la estimación final de cuál será el porcentaje de acreencias reconocidas, pero según la estimación del agente liquidador Coomeva no va a tener patrimonio para pagar un solo peso; entonces, la expectativa de recaudo

de recuperación de esta cartera, de acuerdo a nuestra planeación, tiene un alto riesgo de pérdida, y esos dineros son muchos años de retroceso para la Clínica Universitaria Bolivariana.

Usted mencionaba que hay un desequilibrio en el sistema tanto en la operación normal como en los procesos de liquidación. ¿Cómo se puede resolver ese desequilibrio?

Desde el punto de vista de indicadores financieros de las EPS, se debe garantizar un control estricto en que la aseguradora haga la debida reserva técnica, que fue diseñada en el sistema como una previsión que permita a la EPS tener los recursos para garantizar el pago de todas las autorizaciones que surjan en el proceso de atención de sus asegurados. A esas reservas técnicas se les debe hacer un seguimiento estricto y tienen que existir.

Adicionalmente, se debe crear un fondo de salvamento con una bolsa de recursos que deberían aportar los diferentes aseguradores, para que, cuando el patrimonio de la EPS no alcance, le permita al Estado salir a reconocer las deudas a los prestadores.

Por ejemplo, lo que pasó con Caprecom que, siendo la EPS pública, el Gobierno, en el marco del Acuerdo Punto Final, destinó unos recursos específicos para pagar las acreencias de esta EPS; el Estado, a través de Ministerio de Hacienda, dispuso 500.000 millones de pesos que alcanzaron para pagar las acreencias de Caprecom una vez liquidada, y ese reconocimiento lo hizo el Estado por ser una EPS pública.

Este fondo debería financiarse con recursos de la EPS privadas y el Ministerio de Hacienda; también deben crear unas partidas que permitan que esa bolsa crezca y que, en la eventualidad de que se liquide una EPS, se cuente con

los recursos suficientes para poder hacer el reconocimiento de esas acreencias. Lo que no puede seguir pasando en el sistema es que, una vez la EPS se liquide, desaparece la responsabilidad de la aseguradora y las cuentas por pagar las asumimos los prestadores, diciendo que es una relación entre privados. No: indiscutiblemente tiene que incluirse en la reforma del sistema una medida que, cuando una EPS desaparezca, tengamos un mecanismo con recursos suficientes para reconocer las acreencias a los prestadores.

¿Usted cree que el Estado debería responder por las deudas que están dejando las EPS liquidadas que no tienen activos para pagarlas?

Yo soy de los que pienso que ahí hay corresponsabilidad del Estado a raíz del ejercicio que se ha hecho y que, si estas EPS han estado funcionando y tienen la operación autorizada por parte del Gobierno, entonces el Estado, en el momento en que estas entidades no tengan con qué reconocer sus deudas, cuente con los mecanismos para ser solidario en esos reconocimientos de las acreencias.

Auditamos y asesoramos al sector salud



Recaudamos cartera:
SOAT y ADRES

Somos expertos en:
RANGO DIFERENCIAL

 gerencia@aaaconsultores.com

 2862587 / 2835994 Cel. 310 5513251

 Bogotá Cra. 7 # 12 - 25 / Ofic. 906

 www.aaaconsultores.com

“Eso debería pagarlo el Estado, porque es el que le permitió y le dio la competencia al asegurador para manejar los recursos financieros”: Dr. Jhon Janner Morales García, Gerente del Hospital San Bernabé E.S.E.



Foto: Archivo Personal

Dr. Jhon Janner Morales García, Gerente del Hospital San Bernabé E.S.E.

¿Qué impacto está generando la liquidación de EPS en la prestación de los servicios y en la gestión de las instituciones hospitalarias?

La principal afectación tiene que ver con el flujo de efectivo y la liquidez del hospital público, porque históricamente nosotros vivimos de la cartera. Normalmente, el hospital público alcanza, en promedio de recaudo corriente al cierre de cualquier vigencia, entre el 65 % y el 70 %; el resto de los ingresos dan cuenta es del recaudo de vigencias anteriores. Entonces, con cualquier liquidación, cambia el escenario de flujo corriente, es decir, del flujo efectivo.

También cambian las condiciones en términos de la garantía del servicio. Toda liquidación trae consigo una redistribución de aseguramiento; los usuarios que estaban afiliados a la EPS que entra en proceso de intervención o liquidación migran a otros aseguradores, que algunas veces no tienen presencia en el territorio para manejar el régimen, y eso trae consigo un inicio o arranque desde cero del proceso contractual. Generalmente, ese asegurador no conoce el mercado, no conoce la población y tiende a

generar condiciones unilaterales en la contratación; o, si tienen en el territorio, intentan homologar al régimen distinto al que están recibiendo, por ejemplo: si es régimen subsidiado quieren homologar a unas condiciones del contributivo. Eso hace que muchas veces, y en términos generales, casi todos los aseguradores transiten inicialmente con acuerdos de prestación de servicios, pero no con una relación contractual definida por un acuerdo de voluntades.

En nuestro caso, cuando tuvimos la cesión de Medimás y pasó la población a Nueva EPS y Compensar Salud, con esta última no fue difícil negociar, porque era una población pequeña, pero con Nueva EPS, que recibió la mayor parte de la población desde diciembre 2021, a la fecha no tenemos acuerdo de voluntades. Eso hace que esas particularidades afecten no solamente el contexto del flujo de efectivo, sino que cambian las condiciones contractuales y el hospital público pierde el poder adquisitivo y las condiciones comerciales.

Otro impacto es la segmentación de los servicios. Por ejemplo, hemos identificado que hay servicios que el asegurador que recibe la población

no le interesa contratar con el hospital público, por su política de gestión de riesgo o de relaciones contractuales, y con el anterior asegurador sí teníamos ese grupo de servicios. En el Valle del Cauca, se presenta, por ejemplo, con los medicamentos. Al momento de cerrar o hacer el proceso de liquidación de una EPS, el hospital público viene garantizando la entrega de medicamentos ambulatorios al paciente y la EPS que recibe a los usuarios define que no se siga prestando ese servicio, porque tiene un operador propio para la entrega de medicamentos. También hemos identificado casos por el tema de servicios de ambulancias; o muchas veces tratan de tener contratos mixtos donde algunas condiciones las garantizamos nosotros los prestadores públicos y otras la asume la red privada. Eso desfavorece la integralidad, la resolutivez y el acceso a los servicios por parte de la población.

En tercer lugar, hemos identificado un mecanismo: [...] en teoría, ese recurso de las EPS liquidadas se pierde porque no hay restablecimiento del recurso, salvo la excepción de Caprecom que, por tener participación del Estado, fue la única que pagó las acreencias reconocidas, porque los aseguradores solo admiten un porcentaje de la acreencia que se presentó, así esté bien documentada y soportada.

El cuarto aspecto está orientado a la condición que se está presentando con la liquidación de Cafesalud y Medimás, y estamos esperando con Coomeva. Es que, generalmente, en el proceso de liquidación, el asegurador está empezando a recobrar servicios debidamente soportados que en su momento fue radicada la factura y presentado el soporte de prestación de servicios, y que por algún motivo no encuentran la legalización de esos pagos, porque no tienen el documento que dé cuenta

de eso. Entonces, están haciendo los recobros a través de conciliaciones y, en algunos casos, iniciaron procesos legales en contra de las ESE; en nuestro caso, tenemos una demanda de recobro de servicios, según ellos pagados de más al prestador por parte de Medimás.

¿Esta situación cómo los ha afectado? ¿Les ha tocado devolver dinero?

En nuestro caso, a la fecha no hemos tenido que devolver nada. Con lo que se está presentando esta situación es con los servicios capitados, y eso ha pasado en varios municipios del Valle del Cauca.

Usted indica no se está logrando el pago de esas acreencias de las EPS liquidadas en su totalidad. ¿Con qué situación se han encontrado?

La práctica clara es que se declaran en insolvencia; manifiestan que el capital de trabajo que le quedaba a la aseguradora es nulo. En los casos como Cafesalud, Cruz Blanca y Medimás, la tendencia es a manifestar que no tienen cómo responder por la masa liquidatoria, que tienen unas prelación en lo laboral y parafiscal, y luego sí podrían pagarse los servicios de salud prestados a sus afiliados. Entonces, nosotros nunca vamos a tener prioridad, y como los recursos son limitados, va a ser difícil que nos paguen. Han empezado a llegar algunos pagos por prorrateo, conforme a procesos de solvencia económica que han encontrado algunos liquidadores y, por ejemplo, a nosotros nos han llegado pagos de \$ 70 u \$ 80 pesos, producto de hacer parte de la masa liquidatoria.

Cuando logran recuperar algo de las deudas de la EPS en liquidación, ¿qué porcentaje de la deuda logran recuperar?

Normalmente, lo que hemos identificado hasta ahora el 0,002 %, literalmente nada, Incluso, cuando ellos sacan el comunicado, así tal cual lo tasan. Cuando venden un bien o lo subasta, nos manifiestan que, producto



De portada

de ese ingreso, hacen un pago después de cumplir los requisitos de orden de prioridad, y como prestadores por prorratio, y a cada uno le corresponde los mismos \$ 70 pesos.

¿En cuánto tiempo logran recuperar esa mínima parte?

Por ejemplo, con Cruz Blanca, después de tres años, nos hizo un abono de \$ 48 pesos; y con Cafesalud que entró en liquidación en 2017, apenas nos hizo el primer pago hace cerca de un mes, es decir, cinco años después.

En un hospital público, ¿qué tipo de proyectos o áreas terminan afectándose por las deudas de las EPS liquidadas?

Lo que más se afecta es el pago de servicios personales si la ESE no tiene caja disponible; en el mejor escenario, puede durar dos meses sin poder pagar al talento humano y a los proveedores. Por ejemplo, con la salida de Medimás, teníamos una caja que nos permitió aguantar seis meses y parte de esas atenciones se dieron por contrato por evento; y con Nueva EPS, vinimos a recibir el primer giro de ese evento a los siete meses; en el caso de las cápitales, en el mejor escenario se han recibido recursos a los 60 días, porque ellos indican que tienen que parametrizar y cargan población, y en ese proceso pueden pasar más de dos meses; además, en casos como Nueva EPS, no le aplica el giro directo, que agiliza la llegada de recursos al prestador.

¿A qué tipo de recursos acuden para poder cumplir con las obligaciones que tiene el Hospital?

Normalmente, para cumplir con las obligaciones, nos toca recurrir al crédito. Algunos que tienen la capacidad de operación lo hacen a través de la banca, y otros lo hacemos a través de las relaciones comerciales con los proveedores, a quienes tenemos que pedir que nos garanticen un margen de transacción superior al que ge-

neralmente se trabaja; por ejemplo, pasar de 90 días a 120 días para el pago, sin que nos afecten la condición de precio y la oportunidad en la entrega de los insumos; y con ese margen, nosotros podemos garantizar el pago de seguridad social y salarios al personal.

También nos ha tocado empezar a buscar, con otros compradores de servicios, mecanismos de transacción que nos permitan garantizar flujo; empezar a hacer conciliaciones; tratar de negociar pagos anticipados; implementar algún tipo de acuerdo de pago que permita incrementar el giro que se está recibiendo y así poder garantizar ese equilibrio.

Teniendo ese panorama y esas dificultades y las herramientas a las que les toca recurrir desde su visión, ¿cómo se podría mitigar ese impacto de las deudas de las EPS liquidadas?

Primero, si el sistema sigue operando a través de la intermediación y los aseguradores siguen teniendo el manejo de los recursos financieros, es necesario establecer un fondo de garantía para la cobertura de los aseguradores en insolvencia, porque, al final, los servicios en su momento fueron prestados frente a una UPC ya girada a los aseguradores, y alguien tiene que responder por las deudas a los prestadores.

Actualmente, no existe una reglamentación que permita el salvamento de la red pública cuando los aseguradores se declaran en insolvencia; las carteras se va deteriorando y, normalmente, no tenemos alternativa de poder recuperar esos recursos inmediatamente. Por ejemplo, si vamos a pedir ayuda a la entidad territorial o al Ministerio de Salud, nos indican que no pueden pagar carteras que deba un asegurador, porque no hay una figura legal

que lo permita; por lo tanto, es primordial tener ese fondo.

La segunda [opción] es la siguiente: yo creo que hay que buscar una alternativa distinta al mecanismo de transacción del giro. No sé si efectivamente la figura sea el ADRES como único pagador, pero el asegurador ha demostrado ineficiencia en el manejo de los recursos financieros. La tercera: contar con un mecanismo para un cierre de cuentas que sea efectivo para lo que está reglamentado y no se cumple por las malas prácticas el pagador.

¿A cuánto asciende la deuda de las EPS liquidadas con su hospital?

Está cercana a los 800 millones de pesos. En el caso del Valle del Cauca es una cifra cercana a \$ 180.000 millones de pesos.

Cuando el liquidador dice que no hay recursos para responder, ¿quién debería responder por esas acreencias?

Eso debería pagarlo el Estado, porque es el que le permitió y le dio la competencia al asegurador de la gestión del riesgo de la población y el manejo de los recursos financieros. Es una competencia que está a cargo del Estado y se le ha entregado a un tercero para hacer la gestión del riesgo y garantizar la adecuada ejecución de recursos.

Ellos deben cumplir con esos indicadores para poderse habilitar como aseguradores y, si terminó en liquidación, es porque venían incumpliendo. Yo creo que una EPS no se quiebra de la noche a la mañana, sino que se vuelve insolvente producto del deterioro en el manejo de los recursos; la evidencia es que el Estado y la Superintendencia de Salud han tenido que ordenar mecanismos para liberar reservas técnicas y hacer el pago de algunas deudas.

Así publica nuestra historia de éxito el sitio web internacional de Oracle.

Historias de Éxito

Iris Soluciones expande e innova su Solución ERP Xoma para el sector salud gracias a la nube de Oracle.

May 14, 2023 | 3 minute read



Redacción Oracle

Iris Soluciones



Sobre el Cliente

Iris Soluciones es una compañía colombiana desarrolladora de servicios y tecnologías de la información y con el propósito de expandir las capacidades operativas de Xoma, la compañía tenía la necesidad de encontrar un partner tecnológico estratégico que le permitiera aumentar la capacidad de su infraestructura, mantener su operación disponible para sus clientes y desarrollar nuevas oportunidades de negocio.

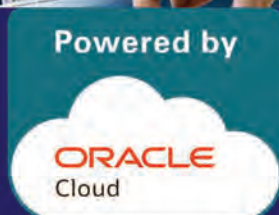
Así mismo, Iris Soluciones S.A. requería una infraestructura de nube que le permitiera ahorrar los altos costos y tiempo de planeación que se requieren para que una infraestructura On Premise pueda cumplir con los requisitos indispensables en un proceso de expansión.



ORACLE | Partner

ORACLE | Build Partner

Expertise in
Powered by Oracle Cloud



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



www.xomaonline.com

Mecanismos necesarios para mitigar el impacto financiero en las IPS: propuestas de la ACHC

Ante las permanentes dificultades que enfrenta de manera crónica el sector hospitalario por la disfuncionalidad del sistema, la lentitud del flujo de recursos, el incumplimiento de las Entidades Responsables de Pago y la incertidumbre que están dejando las liquidaciones de EPS; por la baja probabilidad de recuperar las deudas que tienen estas entidades con los prestadores de servicios de salud porque la mayoría no cuentan con activos para responder por la totalidad de sus acreencias, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), desde 2009, ha insistido al Gobierno nacional y al legislativo en la necesidad de crear algunos mecanismos que protejan a la red hospitalaria y mitiguen el impacto de estas liquidaciones, para poder seguir garantizando la atención a los usuarios del sistema de salud.

Entre las propuestas que ha promovido el gremio de los hospitales y clínicas en Colombia —la ACHC— figuran las siguientes:

- Establecer un régimen de insolvencia para el sector salud y un fondo de estabilización y garantías que respondan al sector hospitalario en situaciones como las liquidaciones de EPS, para mitigar el impacto financiero que generan estos hechos.
- Levantar el velo corporativo de propietarios de estas entidades que se liquidan, para que respondan por las deudas de la EPS.
- Usar las reservas técnicas de las EPS para el pago de sus deudas con el sector prestador. Aunque ya se logró que se diera un primer tramo, el gremio ha insistido en la necesidad de un segundo tramo y la obligatoriedad de la medida.

- Ordenar el Giro Directo Universal, para evitar que las deudas de las EPS con los prestadores se acumulen, y dar una mayor liquidez al sector. El gremio ha insistido en la necesidad de ampliar esta medida a todo el sistema.
- Llevar a cabo compras de cartera que permitan a las IPS tener alivios financieros y poder dar continuidad a la operación.
- Brindar garantías a la red hospitalaria en los procesos de traslados de los usuarios a otras EPS, de manera que se preserve el principio de continuidad e integralidad de las atenciones, con lo que se garantizaría que las IPS puedan conservar los pacientes en cursos de atenciones, salvaguardando la libertad de elección de los usuarios.

La ACHC, además, ha insistido en que la reforma a la salud, que se tramita actualmente en el Congreso de la República, debe tener entre sus prioridades hacer cambios en la tenencia y el flujo de los recursos en el sistema, así como promover la transparencia y la trazabilidad de los recursos de la salud. Además, es necesario hacer una transición inteligente, que contemple qué va a pasar con las deudas que tienen actualmente las EPS con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y, en caso de que haya un cambio de rol de la EPS y se conviertan en gestores, administradores o articuladores, se tienen que sanear todas las deudas para que se genere un paz y salvo, y así puedan migrar a un nuevo sistema sin cuentas pendientes.

Las autoridades de control y las liquidaciones de EPS

Para algunos expertos, la liquidación de más de cien EPS en los treinta años de operación del actual sistema de salud y las billonarias deudas que han dejado con el sector hospitalario y los proveedores, en parte, es responsabilidad de la falta de inspección, vigilancia y control, porque las entida-

des responsables de esta tarea subestimaron las alertas o no ejercieron de manera rigurosa sus funciones para tomar decisiones a tiempo.

Hospitalaria dialogó con las actuales autoridades de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación, para conocer cuáles han sido las acciones más relevantes en estos procesos.

Gran brecha entre valores reconocidos y pagados por EPS liquidadas a IPS y proveedores: Contraloría General de la República



Foto: cortesía prensa CGR

Oscar Antipar Cadena Rojas, Controlador delegado para el sector salud

“Dentro de nuestros análisis se pudo determinar que existe una brecha de \$ 914.000 millones entre los valores reconocidos y los pagados desde las EPS liquidadas (entre 2014 y 2021) a los prestadores y proveedores. Esto afecta directamente la estabilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y prestadores de servicios de salud en general,

lo que, a su vez, y de nuevo, afecta la prestación oportuna y continua del servicio a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Este es uno de los más importantes hallazgos de la Contraloría Delegada para el Sector Salud, de la Contraloría General de la República (CGR), como afirmó el titular de esta dependencia, Óscar Antipar Cadena Rojas, quien explicó al respecto: “Desde la perspectiva financiera, debemos recordar que las EPS son administradoras de recursos del sistema de salud; en ese sentido, manejan recursos públicos, que, en buena parte, llegan a prestadores y proveedores que prestan los servicios de salud. Los procesos de liquidación de estos aseguradores implican que algunas deudas adquiridas con prestadores y proveedores no van a ser pagadas, o serán pagadas parcialmente por los procesos propios de la gestión de la cartera. En general, problemas asociados a la operación de las entidades, ineficiencias en el proceso de recobros (tanto de los aseguradores como de los actores públicos) e insuficiencia en la capitalización de las empresas,

En la presente vigencia, la Contraloría Delegada para el Sector Salud viene adelantando tres Auditorías de Cumplimiento a EPS y se tiene proyectado realizar en el segundo semestre de este año diecisiete auditorías que abarcan ambos regímenes

derivan en que los activos de las entidades en liquidación o liquidadas no sean suficientes, generando afectación en los acreedores, lo que en consecuencia genera el deterioro de sus estados financieros”.

Cadena Rojas aclaró que, de manera anticipada a la liquidación forzosa de una EPS, la Superintendencia Nacional de Salud adelanta un proceso que busca mejorar las condiciones administrativas, técnicas, financieras o de atención de las EPS que no cumplen con los criterios establecidos para la permanencia en el sistema de salud: “Este proceso es largo y detallado, y desde este ente de control hemos sido respetuosos de la gestión de la Superintendencia. Algunos de los procesos que ellos adelantan llegan a la intervención forzosa administrativa para liquidar, luego de lo cual se le retira a la EPS la autorización para afiliar y prestar el servicio de aseguramiento”.

Por ello, afirma el funcionario que los impactos de la liquidación de una EPS son muy amplios, porque dependen de diversos factores como el proceso propio de cada EPS con la Superintendencia Nacional de Salud y el tiempo que toma cada una de las fases de la intervención.

Sin embargo, destacó que, en general, el impacto más significativo de estos procesos desde la perspectiva de las personas “consiste en que en el periodo anterior a la intervención para liquidar, la calidad del servicio tiende a ser deficiente, principalmente por las dificultades que genera la situación de cartera de las EPS objeto de la medida, y luego, por la sobrecarga que se genera en las EPS receptoras,

las cuales tienen que ajustar su operación a un número mayor de afiliados que en buena cantidad llegan con necesidades de salud insatisfechas, afectándose por ejemplo la continuidad y oportunidad en la prestación de servicios”.

Cadena Rojas explica que, en la presente vigencia, la Contraloría Delegada para el Sector Salud viene adelantando tres Auditorías de Cumplimiento a EPS y que se tiene proyectado realizar en el segundo semestre de este año diecisiete auditorías que abarcan ambos regímenes (contributivo y subsidiado): “En ellas se proyecta evaluar el cumplimiento de todas las operaciones, administrativas, contractuales y financieras que tienen las entidades, en concordancia con la normatividad y los principios de gestión fiscal para la vigencia 2022”.

Asimismo, el contralor delegado para el sector salud presentó los siguientes resultados de la gestión: “Es de citar que en los Ejercicios Fiscales de los años 2020 a 2022, se realizaron 79 actuaciones fiscales, entre auditorías de cumplimiento, seguimientos permanentes y Actuaciones Especiales de Fiscalización, detectando hallazgos con presunta incidencia fiscal por valor de \$ 703.939.820.336 pesos, de los cuales algunos se encuentran en proceso de evaluación y otros con apertura de proceso de responsabilidad fiscal”.

El contralor explicó que, dentro de dichos resultados, “se evidenciaron varias irregularidades como prácticas recurrentes, asociadas, entre otros, al uso inadecuado de los gastos administrativos permitidos, pérdida de recursos por anticipos a prestadores que actualmente se encuentran liquidados, pagos a prestadores de servicios de salud por valores superiores a los acordados en las minutas contractuales, y gestiones inadecuadas con las bases de datos de usuarios y por las cuales

las EPS han recibido recursos por personas fallecidas y/o multiafiliadas, los cuales deben retornarse al sistema de salud, de acuerdo con los actos administrativos vigentes para ejecución de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES)”.

Cabe anotar que, desde la creación de la Contraloría Delegada de Salud en 2019, se incluyeron nuevos sujetos de control y la capacidad operativa, con lo cual se han auditado más de 25 EPS desde el año 2020. Gracias a esto, se logró generar procesos auditores enfocados en las operaciones administrativas, financieras, contractuales y presupuestales de las EPS, verificando el correcto uso de los recursos de salud girados desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

La Contraloría Delegada para el Sector Salud cumple una misión trascendental de inspección y control, en tiempo real, de los dineros invertidos en el sector de la salud, gestionando y vigilando que su inversión permita fortalecer la infraestructura, mayor cobertura y una sana administración de un servicio sustancial y de calidad para los colombianos. También tiene a cargo la vigilancia de 57 sujetos de control, como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). De igual forma, hace control a 25 EPS y a un amplio número de Empresas Sociales del Estado (ESE).

A las EPS se les aplica control preventivo y concomitante desde la Contraloría

Cadena Rojas señaló que las facultades conferidas en el Decreto 403 de 2020 permitieron realizar controles



Instituciones conectadas para el Cuidado de la Salud

KPMG entiende los retos del sector salud. Cuenta con un equipo de profesionales especializados que acompaña a las IPS prestandoles servicios a la medida de sus necesidades.



Liderando la organización

Apoyando la identificación de la estrategia y el verdadero norte de las instituciones prestadoras de salud con estrategias centradas al paciente.



Servicios clínicos esenciales

Asesorando la planificación, coordinación y prestación de la atención al usuario, enfocados en la generación de valor en salud a la población.



Excelencia operacional

Gerenciando el *middle office* (servicios de gobernanza y cumplimiento, modelos de costeo/financiamiento, gestión y control del gasto). Auditoría interna y de IT especializada en salud.



Servicios de apoyo

Gestionando riesgos empresariales (alineados con las circulares de la SNS). Servicios de transacciones (M&A), gestión de la fuerza de trabajo y aseguramiento ASG/ESG.

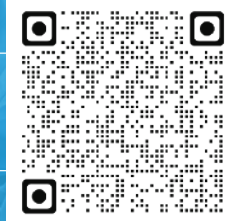


Habilitando la organización

Apuntando al *back office* (habilitación tecnológica, automatización inteligente, ciberseguridad y tratamiento datos personales).



Reciba mayor información escaneando el código QR:



Juan Diego Méndez
Líder Cuidado de la Salud y Ciencias de la Vida
jdmendez@kpmg.com



Dra. Margarita Alba
Gerente Médico
margaritalba@kpmg.com

Desde la Dirección de Vigilancia Fiscal de la Contraloría Delegada para el Sector Salud, se llevaron a cabo auditorías de cumplimiento, las cuales permitieron evidenciar el uso de los recursos destinados en el sistema de salud, así como los recursos adicionales que fueron girados durante la pandemia por COVID-19.

preventivos y concomitantes a través del seguimiento permanente, el cual permitió aplicarse a las EPS en funcionamiento y en liquidación: “Este tipo de ejercicio se desarrolló en EPS que iniciaron proceso de liquidación, para la verificación de los procesos administrativos de toma de posesión, recuperación de activos y cuantificación de pasivos”.

De igual manera, se realizaron seguimientos permanentes a las cuentas por pagar a los prestadores de servicios de salud, donde se verificó la cuantía y los procesos de conciliación con la Superintendencia Nacional de Salud.

Por otra parte, explica el contralor delegado para salud que la implementación del modelo de control concomitante y preventivo a través de los seguimientos permanentes permitió la integración con los sujetos de control (EPS), con lo cual se pudo evidenciar que realizaran las correcciones a los actos administrativos, procesos presupuestales, operativos y financieros, propendiendo por evitar la pérdida de los recursos

públicos. Teniendo en cuenta lo establecido por el Decreto 403 de 2020, a través del cual se inicia el control preventivo y concomitante en tiempo real, se pudo realizar seguimiento a los recursos destinados por entidades del orden tanto nacional como territorial y local, para la atención de la emergencia sanitaria causada por la COVID-19.

Además, frente al ejercicio de control y posterior selección realizado a 25 EPS, desde la Dirección de Vigilancia Fiscal de la Contraloría Delegada para el Sector Salud, se llevaron a cabo auditorías de cumplimiento, las cuales permitieron evidenciar el uso de los recursos destinados en el sistema de salud, así como los recursos adicionales que fueron girados durante la pandemia por COVID-19.

Indicó Cadena Rojas que “en estas auditorías se evidenciaron falencias en el registro y gestión de bases de datos de los usuarios y núcleos familiares, uso indebido de los recursos destinados al gasto administrativo y del costo en salud, pagos por encima de lo establecido en los acuerdos contractuales, entre otros hallazgos”.

Y respecto del estudio sobre indicadores de comportamiento, resultado y gestión de las EPS en el contexto de pandemia en el año 2020, realizado por la Dirección de Estudios Sectoriales, el contralor delegado para salud destacó que “las EPS tuvieron resultados financieros positivos, en comparación con 2019, producto de la disminución de la siniestralidad, el

aumento de la afiliación y la disminución de las cuentas por pagar. El indicador financiero que mayor impacto tuvo fue la utilidad neta, que después de mostrar pérdidas en 2019 de \$ 1,8 billones, pasó a presentar utilidades de \$ 585.137 millones en 2020. Evidentemente, este último resultado se vio impactado por la disminución de la utilización de servicios para la atención de patologías diferentes al COVID”.

Cadena Rojas señaló y recalzó, además, otro hallazgo en estos procesos de vigilancia: “Dentro de las funciones que asumieron las EPS durante la pandemia, estaba garantizar el pago de pruebas COVID-19 a las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), procurando un flujo efectivo de recursos del sistema. Al cierre de la vigencia 2020 se evidenció un rezaigo muy alto en el pago a las IPS que realizaron pruebas diagnósticas (PCR y antígenos), de las que solo pagaron el 5,38 %. Las EPS también mostraron falta de oportunidad en el reporte de la información, haciendo ineficiente el mecanismo previsto para el pago de pruebas diagnósticas, afectando directamente a las IPS”.

Por último, el contralor delegado para salud presentó algunas recomendaciones de cara a la Reforma de Salud, para proteger las finanzas del sistema de salud: “Consideramos de la mayor importancia que en el debate de la reforma a la salud se analice a fondo lo relacionado con el tema de la adaptación de los instrumentos de la Ley 1116 de 2006 sobre insolvencia empresarial para modernizar las instituciones del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero al ámbito del sector salud. Asimismo, que se estudien los efectos de una inadecuada regulación del régimen de transición que se anuncia, en cuanto a la modificación del actual sistema de aseguramiento al nuevo modelo de aseguramiento social, de forma que se minimice el impacto sobre las finanzas de los actores del

sector, especialmente de aquellos que acumulan importantes sumas por concepto de cartera, que incluye no solo a los prestadores y trabajadores de la salud, sino además a los operadores logísticos y gestores de medicamentos e incluso a los aseguradores”.

Vigilancia activa de la Contraloría General de la República en liquidaciones de EPS

Desde la Contraloría General de la República (CGR) se han adelantado seguimientos y fallos por responsabilidad fiscal y corrupción contra EPS en liquidación, sus directivos y liquidadores, manteniendo bajo su lupa el manejo de dichos procesos de liquidación. Los siguientes son algunos de los más representativos:

- **Responsabilidad fiscal por más de \$385.000 millones en dos procesos contra EPS Medimás en liquidación**

En julio de 2020, la Contraloría abrió un Proceso de Responsabilidad Fiscal a Medimás por \$ 150.844 millones, por presuntas irregularidades en la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este primer proceso, se investigaban los más de \$ 158.000 millones entregados en anticipos por la EPS a Century Farma (en 2022 ya en liquidación), así como el pago de servicios de salud de personas fallecidas. Igualmente, el pago de \$ 2.981 millones por multas impuestas por la Supersalud, con recursos del SGSSS.

En mayo de 2021 abrió un segundo proceso de responsabilidad por presuntas irregularidades en el manejo de \$ 234.191 millones girados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados. En este segundo proceso, se investigaba, además del pago irregular de facturas, los anticipos girados por la EPS a Estudios e Inversiones Médicas (Esimed S.A.), los cuales a marzo de 2022 no habían sido legalizados.

En marzo de 2022 se informó que la Unidad de Investigaciones Especiales contra la Corrupción de la CGR adelanta



Los hechos evidenciados constituyen un detrimento a los recursos del SGSSS, posición que no solo la Contraloría ha venido reiterando, sino que ha sido ratificada tanto por la Corte Constitucional, como por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

dos procesos de responsabilidad fiscal por más de \$ 385.000 millones contra la EPS Medimás en liquidación. En enero de 2023, la Contraloría General de la República imputó responsabilidad fiscal solidaria por \$ 65.616 millones contra Medimás EPS SAS en liquidación y ocho de sus directivos, y contra Century Farma SAS en liquidación, por el detrimento al patrimonio público generado por el manejo irregular dado a los recursos pertenecientes al SGSSS.

• Fallo con responsabilidad fiscal por \$ 1.067 millones contra Guillermo Grosso, exinterventor de la EPS Saludcoop

En noviembre de 2022, la Contraloría General de la República profirió fallo con responsabilidad fiscal en cuantía indexada de \$ 1.067 millones contra Guillermo Enrique Grosso Sandoval, a título de culpa grave, en su calidad de agente especial Interventor de la EPS Saludcoop, hoy en liquidación. Esto tuvo lugar por autorizar el giro de dineros parafiscales para cubrir conceptos ajenos a su destinación, como eventos culturales, conferencias y arriendo de vehículos blindados.

• Seguimiento permanente a la liquidación de la EPS Coomeva y Auditoría de Cumplimiento

En la Auditoría de Cumplimiento realizada a la EPS Coomeva del 1 de julio al 31 de diciembre de 2020, se constituyeron 31 hallazgos administrativos, de los cuales doce tuvieron presunta incidencia fiscal por \$ 17.180 millones. Se tuvieron 27 hallazgos con posible connotación

disciplinaria y se ordenó la apertura de once indagaciones preliminares.

• “Los gastos desbordados llevaron a liquidación forzosa de SaludCoop EPS”, afirma la CGR

La Contraloría auditó en 2016 a la EPS Saludcoop sobre la vigencia 2015 (periodo en el que la entidad se encontraba intervenida). El equipo de la CGR evidenció irregularidades en los gastos de administración reportados por la EPS, en cuantía de \$ 371.469 millones, cifra que superaba abiertamente el límite previsto en la normatividad. El informe técnico de la CGR que soportó la indagación preliminar concluyó que la cuantía de los recursos recibidos por la EPS Saludcoop en Intervención por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), durante la vigencia 2015, ascendió a más de dos billones de pesos (\$ 2.630.957.000.000), tomando como base el Estado de Resultados del periodo del 1 de enero al 30 de noviembre de 2015.

La conclusión del informe técnico de la Contraloría fue la siguiente: “De acuerdo con el análisis de la información suministrada y el acervo probatorio obtenido, se evidencia que los gastos de administración causados por SALUDCOOP EPS OC en Intervención, para el periodo 1 de enero a 31 de noviembre de 2015, ascienden a \$ 404.889 millones, representando el 15,4% de los ingresos por concepto de la UPC, superando el límite establecido en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, para la inversión de los recursos provenientes del Régimen Contributivo del SGSSS en un monto de \$ 80.631 millones”. Por lo tanto, los hechos evidenciados constituyen un detrimento a los recursos del SGSSS, posición que no solo la Contraloría ha venido reiterando, sino que ha sido ratificada tanto por la Corte Constitucional, como por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

30 años
minerva
medical



Supersalud: “las liquidaciones de EPS son una consecuencia de las exigencias del sistema”



Foto: Prensa Supersalud

Ulahí Beltrán López, Superintendente nacional de salud

Para el Superintendente nacional de salud, Ulahí Beltrán López, hechos como que entre 2003 y 2015 se hayan liquidado más de 102 EPS; que desde 2016 hasta la fecha entraron en proceso de liquidación 18 EPS; que las EPS liquidadas adeudan \$ 1,7 billones y \$ 5 billones las EPS en liquidación; que se vulnere el derecho a la salud de los millones de afiliados de EPS liquidadas y se interrumpa su atención, poniendo en riesgo su vida y su salud; y que sufran toda clase de afectaciones el sinnúmero de acreedores de las EPS liquidadas, después de prestarles servicios por los cuales no les pagó y está en duda el pago, “evidencian la criticidad que este sistema presenta”.

Luego de constatar y de realizar una depuración efectiva, la Superintendencia Nacional de Salud determinó en enero de 2023 que las deudas de las EPS ascienden a \$ 23,3 billones, de los cuales \$ 16,6 billones corresponden a las EPS activas en el sector, \$ 1,7 billones a las EPS liquidadas y \$ 5 billones a las EPS en liquidación.

Dichas cifras pueden presentar variación como consecuencia del proceso de reconocimiento y pago de acreencias que adelantan los agentes liquidadores designados

por la entidad, y de la revisión del reconocimiento y pago de acreencias de las 102 EPS liquidadas entre 2003 y 2015 que no habían sido tomadas en consideración.

“Así las cosas, se evidencia la criticidad que este sistema presenta y la afectación que en este momento padecen un sinnúmero de acreedores de esas EPS, especialmente las que se están liquidando y las que ya finalizaron su liquidación, que les prestaron servicios tanto institucionales como profesionales e individuales, les suministraron medicamentos, insumos médico-quirúrgicos, les prestaron servicios de transporte a sus afiliados y sus familiares, les vendieron servicios y tecnologías, y hoy quedaron sin poder acceder a esos pagos en un tamaño de deuda significativo” explica el Superintendente.

Desde la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), se indica que actualmente las EPS intervenidas para liquidar son las siguientes: Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca - Comfacundi; Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar - Comfamiliar Cartagena y Bolívar; Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó - Ambuq EPS; Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada - Comparta EPS-S; Coomeva EPS S.A.; Medimás EPS S.A.S.; Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila - Comfamiliar; EPS Convida; Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira - Comfaguajira; Ecoopsos

EPS S.A.S. Además, las EPS intervenidas para administrar son Emssanar EPS, Asmet Salud EPS y Savia Salud.

Al consultar al ente de control sobre la cuantificación de las deudas por pagar a clínicas y hospitales que han dejado los procesos de liquidación de EPS, desde Supersalud se indica que, desde 2016 cuando se implementó la

Circular 16 de 2016, en la que se dieron las instrucciones para el reporte de los archivos mencionados, entraron en proceso de liquidación dieciocho EPS.

En la tabla 1, se presentan los valores en millones de pesos de las cuentas por pagar de las EPS y las cuentas por cobrar de las IPS, de acuerdo con el corte establecido. Sin embargo, se aclara que el total de esta cartera no indica los montos reconocidos de la misma.

Tabla 1. Datos de cartera de EPS liquidadas o en proceso de liquidación de 2017 a 2023

Cifras expresadas en millones de pesos

Nit	EAPB	Fecha Medida	Fecha corte	FT004	FT003		
				CXP EPS	CXC IPS Privadas	CXC IPS Públicas	Total CXC
812002376	MANEXKA	27-03-17	dic-16	28.056	45.385	7.475	52.860
891800213	COMFABOY	25-08-17	jun-17	35.492	21.101	22.135	43.236
830074184	SALUDVIDA	01-10-19	jun-19	1.138.839	414.837	428.707	843.544
830009783	CRUZ BLANCA	07-10-19	jun-19	447.573	271.969	48.683	320.652
800140949	CAFESALUD	22-07-19	jun-19	2.500.073	1.290.004	611.200	1.901.204
891080005	COMFACOR	23-07-19	jun-19	474.424	201.956	121.924	323.880
811004055	EMDISALUD	02-10-19	jun-19	503.252	170.036	283.520	453.556
860045904	COMFACUNDI	05-11-20	jun-20	171.162	38.373	83.914	122.287
890480110	COMFACARTAGENA	06-11-20	jun-20	209.157	112.015	80.209	192.224
818000140	AMBUQ	08-02-21	dic-20	352.009	202.908	134.760	337.668
804002105	COMPARTA	01-06-21	jun-21	776.141	102.254	254.342	356.596
891280008	COMFANARIÑO	29-06-21	jun-21	215.542	44.754	51.764	96.518
901097473	MEDIMAS	01-02-22	dic-21	2.231.098	1.792.947	813.139	2.606.086
805000427	COOMEVA	02-02-22	dic-21	1.809.649	1.102.582	263.186	1.365.768
891180008	COMFAHUILA	26-08-22	jun-22	426.935	131.499	144.482	275.981
899999107	CONVIDA	14-09-22	jun-22	433.407	165.837	243.673	409.510
892115006	COMFAGUAJIRA	01-11-22	jun-22	69.102	54.556	11.645	66.200
901093846	ECOOPSOS	12-04-23	Dic-22	72.684	99.534	218.616	318.150

Nota: Comfaboy entró en retiro o liquidación voluntaria.

Fuente: FT004 "cuentas por pagar", FT003 "Cuentas por cobrar" y SIHO Deudores. Supersalud (2023).

De acuerdo con esta información, las cuentas por pagar (CXP) de las EPS liquidadas o en proceso de liquidación ascienden a más de once billones de pesos (\$ 11.894.595.000.000), y el total de las cuentas por cobrar (CXC) de las IPS

ascienden a más de diez billones (\$ 10.085.920.000.000); de estas últimas, más de seis billones (\$ 6.262.547.000.000) corresponden a cuentas por cobrar (CXC) de IPS privadas y más de tres billones (\$ 3.823.374.000.000), a cuentas por cobrar (CXC) de IPS públicas.

La Superintendencia Nacional de Salud, como garante de los derechos de los usuarios y los recursos del sistema, ha venido tomando medidas de seguimiento riguroso sobre la actividad de los procesos liquidatorios

“Impacto de liquidaciones de EPS pueden medirse en función del derecho a la salud”

El superintendente Beltrán López es enfático en afirmar que las liquidaciones de EPS impactan, en primer lugar y de manera directa, a los usuarios de estas entidades: “Los impactos pueden ser medidos en función del derecho a la salud —algo que parece olvidarse— que, de manera inmediata, se ve reflejado en los usuarios que son objeto de asignación y deben adaptarse a un orden prestacional nuevo y acceder a prestaciones contratadas por un nuevo asegurador”.

Además, agregó que, en líneas generales, “es un deber de adaptación de los aseguradores (EPS) a las nuevas circunstancias, y es un deber de sus funciones que se corresponde a su rol como particulares que prestan un servicio público y reciben una remuneración cuantiosísima del Presupuesto General de la Nación”.

Y recalcó: “Es importante dejar claro que la liquidación es una consecuencia de las exigencias del sistema y, asimismo, es un deber de los prestadores y aseguradores (EPS e IPS)

prestar de forma continua los servicios de salud. Sería pues absurdo, plantear que el lucro o la posición de ventaja de los actores están por encima de los derechos de los usuarios que deben garantizar”.

Cabe recordar que, en el desarrollo de estas decisiones, la Superintendencia Nacional de Salud realiza un seguimiento sobre la actividad y las etapas de los procesos liquidatorios ordenados; sin embargo, vale la pena indicar que el personal que presta sus servicios profesionales dentro de una liquidación es cubierto como un gasto administrativo y sus obligaciones se cancelan con prelación.

Asimismo, el avance de cada proceso depende de dos factores principales, como aclara el superintendente: “Primero, la situación que llevó a la entidad a ser liquidada, y es aquí donde se evidencia un primer momento de dificultad, debido a los malos manejos corporativos que conducen a esta situación; segundo, depende de la gestión gerencial que tiene el liquidador, un particular que cumple funciones públicas y resulta electo en virtud de un proceso meritocrático”.

La Superintendencia Nacional de Salud, como garante de los derechos de los usuarios y los recursos del sistema, ha venido tomando medidas de seguimiento riguroso sobre la actividad de los procesos liquidatorios; así lo señala Beltrán López: “En concreto, la Supersalud ha instruido

sobre figuras tan importantes como desconocidas para los actores del sistema como la responsabilidad, transparencia y hasta la continuidad en la prestación del servicio de salud”.

También explica el funcionario: “Con esto se ha buscado, de alguna forma, acabar con la *cultura de la ilegalidad* existente. Y en el caso puntual del Sistema General de Seguridad Social en Salud, existe una fuerte cartelización de los liquidadores que podían asumir desde 2016 los procesos que quisieran. Y resulta que la Ley lo prohibía y había una Resolución de la entidad que lo permitía. La anterior situación cambió y se estableció regla de un solo proceso por liquidador (como lo ordena el Decreto Ley 973 de 1994)”.

El superintendente agregó, además, lo siguiente: “También han existido negocios complementarios, como las figuras de los liquidadores *ad hoc*, que deben designarse en caso de presentarse impedimentos de los liquidadores, lo cual implica gastos adicionales para el proceso liquidatorio con sus honorarios. Esta situación también se remedió y se fijó una figura (liquidador suplente), que no le cuesta nada al proceso liquidatorio. La idea es hacerlos cada vez más responsables y que rindan cuentas, para evitar aquellos liquidadores que vienen recibiendo cuantiosos honorarios y gastando a manos llenas unos recursos que debían ser empleados en pagar las obligaciones que son la razón de ser de la liquidación”.

Respecto del artículo incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, con prohibiciones expresas a los liquidadores en salud, orientado a evitar pérdidas de cuantiosos recursos en estos procesos en desvíos y corrupción, Beltrán López señaló: “El alcance de la norma incluida en el Plan Nacional de Desarrollo busca establecer

reglas de buenas prácticas para los agentes especiales liquidadores, quienes al tener un régimen privado de contratación buscaban, en algunos casos, *‘perpetuarse’* por otras vías como contratar a familiares como asesores de los procesos liquidatorios o vincular contractualmente a personas de su equipo como responsables de los asuntos pendientes después de terminar el proceso”.

Y agregó: “Se trata, pues, de una medida de moralización de su gestión y profundización de su régimen como particulares que cumplen funciones públicas. En lo que respecta a la información, es materia de investigación por los organismos de control y de ellos depende la determinación o cuantificación de las pérdidas finales de los procesos. Aun así, la Superintendencia ha implementado estrategias de seguimiento y ha encontrado prácticas para el desvío de recursos en los procesos



DM-CER969862

**iSomos la primera
compañía en
Latinoamérica con
la certificación
ISO 13485!**



Escanea el código y
descubre todo sobre
esta certificación.



liquidatorios, documentadas ante los mismos organismos a través de denuncias”.

Es así como desde Supersalud se han evidenciado acciones irregulares, tales como las siguientes:

- La contratación de asesores, poderes generales o unidades de gestión como formas de tercerización de la actividad propia de los agentes, diluyendo la responsabilidad que le corresponde directamente a él.
- La vinculación de personas con inhabilidad en los equipos de trabajo, al tiempo que se han podido establecer.
- Fenómenos de duplicidad contractual de asesores y personas jurídicas de los mismos asesores, con cargo a los recursos del respectivo proceso liquidatorio.

Al consultarle quién y con qué recursos respondería por las deudas que dejan las liquidaciones de EPS, especialmente con clínicas y hospitales, el superintendente recalcó: “Las deudas de las liquidaciones quedan calificadas financieramente como el pasivo cierto no reclamado y, en caso excepcional, es posible que se reabra el proceso liquidatorio en caso de aparecer bienes o recursos para pagar las obligaciones. Con relación a los recursos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), han existido mecanismos específicos de salvamento como la destinación de recursos de funcionamiento del Ministerio de Salud (artículo 6 de la Ley 1797 de 2016)”.

Y respecto de si se ha considerado el establecimiento de un Fondo de Garantías para el sector salud o alguna figura o solución que cumpla esta función de responder por las deudas de EPS liquidadas o en liquidación, el superintendente aclaró: “Sobre las medidas legislativas de creación de un ente nuevo para funciones de garantías, esto depende de muchos factores, como la aprobación del Ministerio de Hacienda y el Marco Fiscal de Mediano Plazo y, claro está, la iniciativa legislativa ministerial”.

Finalmente, a la pregunta de si desde el Gobierno nacional se han planteado alternativas de solución para el pago de estas deudas billonarias con los prestadores

de servicios de salud, Beltrán López señaló: “Es una pregunta que corresponde más al Ministerio de Salud y Protección Social como regulador del sistema”.

Liquidadores de EPS deben tomar acciones frente a irregularidades encontradas

En la circular externa 2022130000000058-5 del 24 de noviembre de 2022, la Supersalud les recordó a los liquidadores de EPS el deber de implementar acciones de responsabilidad, hacer rendición oportuna de cuentas de su gestión e iniciar acciones de revocatoria de actos proferidos dieciocho meses antes de la toma de posesión para liquidar la entidad, ramo o programa de salud.

Tras reiterarles la autonomía que tienen como directores del proceso y responsables de la liquidación, esta circular de inmediato cumplimiento para los agentes especiales que ejercen como liquidadores de EPS les reitera que deben cumplir la responsabilidad de notificar jurídicamente las irregularidades que encuentren al llegar a estas entidades, para iniciar inmediatamente las demandas a que haya lugar sobre quienes provocaron la inviabilidad de las EPS.

De acuerdo con la circular, los liquidadores tienen responsabilidad por los daños y perjuicios que causen por acción u omisión, directa o indirectamente, con ocasión de actos emitidos en contravención de las reglas del proceso de liquidación forzosa administrativa de una entidad vigilada por Supersalud; el incumplimiento de obligaciones a su cargo; y los daños o perjuicios que causen profesionales y técnicos que le presten servicios de apoyo para el desarrollo de sus funciones y cualquier persona vinculada al agente liquidador

Procuraduría General de la Nación hace acompañamientos puntuales en liquidaciones de EPS



Foto: Archivo Personal

▼
Diana Margarita Ojeda Visbal, procuradora delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad social

“Respecto de las liquidaciones de EPS, la decisión la toma la Superintendencia Nacional de Salud y desde la Procuraduría hemos acompañado en temas puntuales cuando a ello hubiere lugar (garantía de derechos, pagos, evitar tutelaciones para entorpecer los procesos, etc.). La solicitud de vigilancia superior de la Procuraduría General de la Nación (PGN) la pueden pedir los afiliados, el liquidador o el Superintendente de Salud. En estos procesos de liquidaciones, nosotros estamos a la expectativa y actuando como nos corresponde, con la vigilancia superior y en defensa de los derechos fundamentales, que es en últimas la razón de ser de un sistema de salud, la garantía de los derechos fundamentales”.

Así lo afirmó Diana Margarita Ojeda Visbal, procuradora delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, quién agregó lo siguiente: “Liquidar una EPS significa depurar el sistema de salud, si el funcionario de turno revisa de fondo la situación y toma decisiones objetivas; muchos casos han sido por corrupción o por otras razones que impiden la continuidad. El sistema se ha venido depurando, hubo eventos muy difíciles como Medimás y varias EPS que no cumplían con alguno de los requisitos de permanencia en el sistema”.

Enfaticó que el objetivo final es mejorar el servicio a los usuarios del sistema: “La liquidación es un proceso riguroso que debe cumplir con una serie de requisitos, absoluta experiencia e idoneidad del liquidador o interventor para lograr los objetivos legales: brindar garantía de derechos y prelación en los pagos. Estas medidas en estricto rigor técnico, deben mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, garantizar los recursos y el debido proceso”.

Ojeda Visbal anotó al respecto: “En la liquidación hay que cumplir primero con las normas del Estatuto Tributario de liquidación de entidades. El proceso de liquidación no tiene norma propia como lo pidieron varios ministros y tampoco se pudo hacer por proyecto de ley. Estos procesos de liquidación son absolutamente regulados, hay prelación de créditos: hay que pagar a los trabajadores, extrabajadores, proveedores, etc., hasta donde alcancen los recursos y la masa de liquidación, los bienes, hasta ahí pueden los liquidadores adelantar los trámites a que haya lugar”.

Asimismo, destacó que las EPS se han liquidado, con excepción de unas pocas, porque no alcanzaban a cubrir la prestación de los servicios de salud, dilataban la prestación de estos, no les pagaban a los proveedores o no atendían el interés general, sino que tuvieron actuaciones por fuera del marco de la ley, lo cual es objeto de investigaciones penales, como el caso de SaludCoop y algunas otras.

Recalcó que las liquidaciones se han dado, en la mayoría de los casos, por fallas del servicio de las EPS: “Algunas EPS se han apartado del interés general, no han cumplido sus objetivos, se han endeudado demasiado por déficit en la UPC, porque tienen una población vulnerable, crónica, catastrófica, y no les alcanza esa UPC, no tienen un balance financiero para eso. Entonces no siempre es por corrupción o desgreño administrativo, sino por la situación de la población afiliada. No solo es una medida económica, sino que también cuentan otros factores para liquidarlas”.


La procuradora delegada señaló, además, que debe considerarse que se recarga el trabajo a las EPS receptoras de afiliados de las EPS liquidadas: “En esos procesos hay un trámite que realiza el Ministerio de Salud, de repartir a los afiliados y beneficiarios a las otras EPS, y eso para estas EPS tiene un efecto con muchas dificultades, porque los afiliados vienen atrasados en la prestación de servicios y les toca ponerse al día, atenderlos, y cualquier entidad si le colocan más afiliados con la misma UPC, tiene que redoblar sus esfuerzos para atender lo que no se atendía en la EPS que se lleva a liquidación”.

A este respecto, advirtió que cuando se han depurado EPS en el país se logró el mejoramiento en la prestación de los servicios, “pero también va a llegar un momento en que se podrían ‘reventar’ otras EPS por el número tan alto en volumen de afiliados y riesgo que tienen con las nuevas atenciones. No quiero decir que esto ocurra, sino que puede darse, pero las que quedan que están asumiendo las cargas, son absolutamente responsables, grandes, competentes; por eso pasan los afiliados de EPS liquidadas a Nueva EPS, a Sura, a Compensar, a las más grandes del país”.

Respecto de la labor de los liquidadores de EPS, indicó que algunos solicitaron acompañamientos puntuales a la Procuraduría Delegada: “Hemos acompañado a liquidadores como el de EPS Barrios Unidos AMBUQ, Luis Carlos Ochoa, y a Felipe Negret (liquidador de Coomeva EPS, Saludcoop), liquidadores con gran experiencia, serios, absolutamente correctos, de gran profesionalismo y con mucha trayectoria en estos temas, cuando nos solicitaron apoyo con demandas que interponen, con el cumplimiento de obligaciones por la ADRES u otra entidad, con la advertencia de que la Superintendencia de Salud debe tener la mayor participación en esos procesos de intervención y liquidación. Hemos actuado cuando hicieron tutelaciones para impedir el cumplimiento de liquidaciones o intervenciones: en el caso de AMBUQ se interpusieron porque querían que no se liquidara esa EPS, que a todas luces estaba actuando irregularmente, pero la gente quedó sumamente satisfecha cuando los pasaron para varias EPS serias en todo el país”.

La procuradora delegada señaló que, cuando la Supersalud ordena liquidar una EPS, la labor de la Procuraduría es trasladar las quejas que recibe en el proceso, ponerlas en conocimiento del liquidador, “para que pague por ejemplo las prestaciones pendientes tanto de tipo laboral como las que se derivan por parte de las IPS. Por otra parte, si se avizora como en otras ocasiones algún tipo de irregularidad de la EPS, la misma Supersalud la debe poner en conocimiento de la Fiscalía y de la Contraloría, porque en últimas son recursos del sistema de salud”.

Entre las acciones que ha emprendido la Procuraduría en los procesos recientes de liquidación de EPS, se incluyen las siguientes:

- Por solicitud de Procuraduría, se levantó el embargo de cuentas maestras de EPS AMBUQ en liquidación para pagar a extrabajadores y acreedores.
- La Procuraduría pidió garantizar continuidad de servicios para usuarios de las EPS en liquidación de Medimás, Coomeva, Comfamiliar Huila y Convida, haciendo el llamado a las EPS receptoras.
- La Procuraduría llevó a cabo vigilancia especial al proceso de intervención y liquidación de Coomeva EPS; además, la Procuraduría Delegada para la Salud, Protección Social y Trabajo ha hecho seguimiento permanente a las medidas de intervención forzosa, con el fin de proteger los derechos de los afiliados, conociendo sus quejas y reclamos frente a la atención recibida, y gestionando soluciones prontas y efectivas con el Agente Especial Liquidador y la misma Supersalud.
- En agosto de 2022, la Procuraduría profirió cargos a representantes legales de EPS Golden Group en liquidación, por presunto desvío de recursos de la salud para uso personal. 

¿Quiénes Somos?

Somos una firma jurídica especializada en el acompañamiento institucional del sector salud. Integramos tecnologías de información y una amplia experiencia, para intervenir y prevenir el riesgo legal de su entidad.

COBERTURA A NIVEL NACIONAL

+ 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR SALUD.

+ 125 CLIENTES DE NIVEL CORPORATIVO.

+ 1650 CASOS DE ÉXITO.



¿Qué hacemos?

ASESORÍA JURÍDICA INTEGRAL A PSS 360° (Prestadores de Servicios de Salud)



Nuestro objetivo se traduce en prestar nuestros servicios jurídicos especializados al **PRESTADOR DE SERVICIOS EN SALUD**, a fin de que con un enfoque de gerencia del riesgo legal, prevención del daño antijurídico y protección del patrimonio económico se mejore el desempeño del área legal del **PSS**.



¿Cómo lo hacemos?

La firma ha desarrollado el -hasta ahora- único software de gestión jurídica **"GP LEGAL HEALTH MANAGEMENT"**, diseñado exclusivamente para actores del Sector Salud. El sistema de información permite:

- Gestión del riesgo legal de la entidad (en más de **243** factores de riesgo).
- Creación y gestión de requerimientos.

- Acceso a minutas y documentos de la firma y del cliente.
- Gestión documental del talento humano.
- Gestión documental de la contratación de bienes y servicios.
- Gestión de litigios.
- Acceso a conceptos jurídicos. (relevantes para los **PSS**)
- Generación de informes.



Escaneé el código qr, programe una cita con uno de nuestros consultores y revisemos su caso.

+57 324 646 7069 info@gonzalezpaezabogados.co

gonzalezpaezabogados @gonzalezpaezab www.gonzalezpaezabogados.co

La ACHC realizó su 30ª Asamblea General de Afiliados



Por primera vez, después de la pandemia por COVID19, la Asamblea General de Afiliados ACHC, se volvió a realizar de manera presencial y contó con la asistencia de afiliados de todo el país.

El pasado 1 de junio se realizó en Bogotá la trigésima Asamblea General de Afiliados a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínica (ACHC), con la asistencia de más de 100 representantes de las entidades afiliadas al gremio.

El inicio de la Asamblea contó con la presencia del señor ministro de salud Guillermo Alfonso Jaramillo, quien reconoció la importancia de este gremio de Instituciones hospitalarias públicas y privadas del país. Además, presentó la visión del Gobierno sobre la reforma a la salud, que se tramita actualmente en el Congreso de la República, y mencionó los pilares que considera fundamentales: el manejo de los recursos a través de la ADRES para evitar la intermediación; el pago a los prestadores con giro directo; la transformación de las actuales EPS en gestoras; la continuidad de las afiliaciones al sistema; los procesos

de referencia y contrarreferencia. “Este sistema no va a funcionar sin lo que hay; quiero que les quede a ustedes claro, es que nosotros no vamos a hacer borrón y cuenta nueva: vamos a construir sobre lo construido”, enfatizó el ministro.

“Aquí nosotros queremos que la ADRES actúe y pague las cuentas en el primer mes y, si hay alguna situación en donde hay alguna dificultad por la glosa, se abone el 80%, con el fin de darle liquidez a los prestadores y que ustedes no tengan una carga terrible y terminen subsidiando desde sus instituciones el sistema”, explicó el ministro Jaramillo.

Al finalizar su intervención, el ministro agradeció la gestión de los hospitales y clínicas colombianas en los años recientes, y se comprometió a atender las peticiones del gremio y revisar temas como el de las tarifas y la conformación de las redes de prestación de servicios de salud.

Por otro lado, en el desarrollo de la Asamblea de la ACHC, el director general, Juan Carlos Giraldo Valencia, presentó el informe de gestión adelantado por el gremio entre enero de 2021 y abril de 2023, recordando las acciones realizadas desde los diversos frentes de gestión gremiales en busca del mejoramiento, fortalecimiento y reconocimiento técnico e institucional de las instituciones afiliadas, así como el informe sobre las propuestas adelantadas para resolver las dificultades de la operación diaria del sistema y los logros obtenidos durante el periodo y el conjunto de actuaciones que aspiran a llevar a nuestro sector a un futuro de calidad, eficiencia y mejores resultados en salud para la población a la cual servimos.

El director de la ACHC recordó las principales acciones que se adelantaron en desarrollo de la gestión político-gremial ante el Gobierno nacional, el Congreso de la República, los entes de control, los organismos judiciales y nuestros pares gremiales, entre otros. La gestión jurídica se lleva a cabo con un estricto monitoreo,

seguimiento y análisis de la normativa expedida para el sector entre 2021, 2022 y el primer cuatrimestre del año; con el estado de las acciones judiciales emprendidas para favorecer al sector prestador; con la generación de conocimiento a través del desarrollo de estudios e investigaciones que han apoyado la gestión con datos aportados por nuestros afiliados; con el fortalecimiento de los procesos de calidad de las instituciones afiliadas a través de capacitaciones y asesoría técnica. Además, aportan en esta dirección las actividades de educación continua, espacios académicos y de educación que contribuyen a la formación del talento humano de las entidades afiliadas y la oferta de beneficios alcanzados con importantes alianzas que se han logrado consolidar para los afiliados. Los asistentes a la asamblea reconocieron y respaldaron la gestión del gremio en los dos últimos años, especialmente el apoyo en pandemia, la rigurosidad de la información que soporta las diversas visiones y propuestas, y la interlocución independiente ante los diferentes entes del sector.



El director general de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, presentó a la Asamblea de Afiliados el informe de gestión adelantado por el gremio entre enero de 2021 y abril de 2023.



Asamblea General de Afiliados ACHC eligió nueva Junta Directiva para el periodo 2023-2025

La asamblea, como máximo órgano rector de la Asociación, en su encuentro del pasado 1 de junio, realizó la elección de los miembros que integrarán la Junta Directiva para el periodo 2023-2025, la cual quedó conformada así:

Principales:

- Hospital Pablo Tobón Uribe: Antonio José Lopera Upegui (Medellín).
- Fundación Santa Fe de Bogotá: Henry Mauricio Gallardo Lozano (Bogotá).
- Hospital Infantil Los Ángeles: Doris Sarasty Rodríguez (San Juan de Pasto).
- Fundación Valle del Lili: Marcela Granados Sánchez (Cali).
- Clínica Palmira: Fernando Humberto Bedoya Herrera (Palmira).
- Clínica Universitaria Bolivariana: Carlos Alberto Restrepo Molina (Medellín).
- Hospital Universitario San Ignacio: Julio César Castellanos Ramírez (Bogotá).
- Instituto Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca: Pedro Pablo Perea Mafla (Cali).
- Corporación para Estudios en Salud, Clínica CES: Andrés Trujillo Zea (Medellín).

Suplentes:

- Servicios Especiales de Salud, Hospital Universitario 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 Dager Fernández (Cali).



La nueva Junta Directiva de la ACHC cuenta con 18 representantes de entidades que prestan servicios de salud en diferentes partes del país.

- Fundación Hospital Universidad del Norte: Diego Castresana Diaz (Barranquilla).
- Clínica del Occidente: Fabio Corredor Leguizamó (Bogotá).
- Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia Orlant S. A.: Gustavo Restrepo Nicholls (Medellín).
- Clínica San José de Cúcuta: Álvaro Salgar Villamizar (Cúcuta).
- ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe: Felipe José Tinoco Zapata (Tuluá).

Representante de los miembros patrocinadores:

- B. Braun Medical S. A.: Jorge Arévalo Ribón.

Representante de los miembros asociativos:

- Cooperativa de Hospitales de Antioquia: Jamel Henao Cardona.

Invitados permanentes:

- Roberto Esguerra Gutiérrez, miembro honorario
- Andrés Aguirre Martínez, miembro honorario

Elegida mesa directiva

En la primera sesión de la nueva Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, realizada el pasado 13 de julio en Medellín, fue designada la Dra. Doris Lucia Sarasty, Rodríguez, directora del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, como presidenta y como vicepresidentes al Dr. Henry Mauricio Gallado, Director de la Fundación

Santa Fe de Bogotá y al Dr. Fernando Humberto Bedoya, Gerente de la Clínica Palmira.

En esta sesión también, fue nombrado como miembro honorario el Dr. Andrés Aguirre Martínez, ex director del Hospital Pablo Tobón Uribe y quien presidió la Junta Directiva de la ACHC durante los últimos 11 años, culminando su periodo el pasado primero de junio.



La nueva mesa directiva de la Junta está integrada por Dra. Doris Lucia Sarasty, Rodríguez, directora del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, el Dr. Henry Mauricio Gallado, director de la Fundación Santa Fe de Bogotá y al Dr. Fernando Humberto Bedoya, gerente de la Clínica Palmira

Afiliados a la ACHC hicieron reconocimiento al Dr. Andrés Aguirre, presidente de la Junta Directiva en los últimos once años

Al final de la Asamblea, el gremio hizo un reconocimiento al Dr. Andrés Aguirre Martínez, quien, durante los últimos once años, presidió la Junta Directiva de la Asociación. La ACHC destacó su liderazgo, dedicación y acompañamiento a cada uno de los procesos del gremio, y le manifestó el orgullo de contarle entre quienes han hecho valiosos aportes a la consolidación y a la preservación de los valores que inspiran la misión de la Asociación.

“Dr. Andrés, queremos reconocer su liderazgo impecable, que se caracteriza por inspirar e impactar con el ejemplo; por una vocación de servicio indeclinable; por una inteligencia

superior que le permite mezclar el humor con la humildad y la honestidad”, expresó el Dr. Henry Mauricio Gallado, director de la Fundación Santa Fe, en nombre de la Junta Directiva 2021-2023.



Los directivos de la ACHC, en nombre de todos los afiliados, entregaron una placa de reconocimiento al Dr. Andrés Aguirre, presidente saliente de la Junta.



Los afiliados aplaudieron y exaltaron el liderazgo y la labor que realizó el Dr. Andrés Aguirre, como presidente de la Junta Directiva de la ACHC, durante los últimos once años.

En representación de todos los afiliados, la Dra. Doris Sarasty Rodríguez, directora del Hospital Infantil Los Ángeles, y la Dra. Marcela Granados, subdirectora general de la Fundación Valle del Lili, entregaron la placa de reconocimiento a su labor.

El Dr. Aguirre, en un momento emotivo, indicó que, así como en el Hospital lo expresó muchas veces, el director brilla por su orquesta y “lo mismo puedo decir aquí: uno no llega a donde llega solo; llega respaldado por muchas personas, que nos dan consejo, su apoyo y su afecto. Yo he sido un privilegiado de la vida... no tengo sino gratitud con la Junta que me aguantó. Dirigirla es un ejercicio exigente, pero muy bonito, porque además fui testigo del deseo de este gremio de contribuir al sector dentro de una cortesía total”.

En su intervención, el Dr. Aguirre reflexionó sobre la felicidad y lo importancia de hacer lo que uno quiere y debe: “Esta tarea tan bonita de nuestro sector, de cuidar vidas, de ayudar en medio de la vulnerabilidad... eso es lo que lo nos mantiene vivos; en-

tonces, yo no hago lo que quiero, yo hago lo que debo... eso es lo que le permite a uno mantener el espíritu en alto en medio de tanta tensión”, y agregó: “La disciplina en nuestra vida debe estar orientada más por sentimientos vitales y no por sentimientos orgánicos... y lo vivimos diariamente con la gente que está en un turno sirviendo a las dos de la mañana: su sentimiento orgánico es de fatiga, de querer estar dormido, pero entienden que su tarea es servir a los demás y tenemos que volver a rescatar eso de los sentimientos vitales, que no es destruirse orgánicamente, sino entender que la vida tiene que tener un propósito noble y un propósito superior”. Y concluyó con una invitación: “No se nos olvide la sensibilidad por el otro; a eso vinimos al mundo”, y reiteró su agradecimiento por el reconocimiento.

El Dr. Andrés Aguirre, después de más de 35 años de trabajo, dirigió hasta el pasado 30 de septiembre el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín y fue presidente de la Junta Directiva de la ACHC hasta el pasado primero de junio. [H](#)

Innovación digital en el sector de la salud: Mejorando el acceso y la educación médica

En un mundo cada vez más conectado, la tecnología se ha convertido en una aliada indispensable para el sector de la salud. Los ecosistemas digitales están impactando de manera positiva la forma en que los profesionales médicos se desempeñan, a nivel mundial, en Latinoamérica y hasta en Colombia. Herramientas como la realidad virtual, la simulación y la medicina a distancia están revolucionando la educación médica y el acceso a la salud.



La integración de la medicina y la tecnología, conocida como MedTech estrechan lazos de colaboración. La Organización Mundial de la Salud reconoce la telemedicina como una estrategia que mejora la salud pública y abre nuevas posibilidades al permitir la atención médica virtual a largo plazo, integrando soluciones virtuales y modelos híbridos. Esto mejora la experiencia del paciente, la accesibilidad y la asequibilidad de las consultas, elevando la calidad de la atención médica mediante diagnósticos más precisos, tratamientos menos invasivos, procesos de rehabilitación más efectivos y **una educación clínica que está evolucionando gracias a las tecnologías disruptivas.**

De igual forma, la simulación médica ha evolucionado significativamente gracias a la realidad virtual. Un caso particular es el de Johnson & Johnson MedTech, compañía de dispositivos médicos, que cuenta con espacios exclusivos para **entrenar y acompañar a los profesionales al cuidado de la salud en el desarrollo de habilidades a través de experiencias inmersivas donde el profesional puede practicar sin límite de repeticiones un procedimiento quirúrgico en un paciente virtual.**

La realidad virtual ha llegado incluso a áreas especializadas como la ortopedia, cardiología y técnicas quirúrgicas, como la cirugía laparoscópica. Los médicos se están preparando para una amplia gama de escenarios, lo que les permite adquirir habilidades y experiencia de manera más eficiente.

En Colombia, el acceso a Internet y a la tecnología en regiones apartadas del país es fundamental para avanzar en la educación y la atención médica, especialmente en estas áreas rurales alejadas de las principales urbes. Según el DANE, se ha evidenciado un crecimiento significativo en la conectividad de hogares en cabeceras municipales y centros poblados y rural disperso. Estos avances en conectividad brindan oportunidades para mejorar el acceso a la salud en todas las regiones del país.

Johnson & Johnson MedTech, una compañía comprometida con transformar el futuro de la salud, reconoce la importancia de la transformación digital, compartiendo conocimiento y proporcionando

soluciones y herramientas que permitan el acceso continuo a diagnósticos y tratamientos de la más alta calidad que lleguen a diversos rincones del país.

Los avances tecnológicos están revolucionando el sector de la salud. La realidad virtual, la simulación y la medicina a distancia están transformando la forma en que los médicos se educan y realizan procedimientos. Todos estos esfuerzos de impulsar una salud más digital permite dar importantes pasos para garantizar una salud más equitativa e incluyente. La combinación de la medicina y la tecnología está cambiando la forma en que cuidamos de nuestra salud y mejorando la calidad de vida de las personas en todo el mundo.

COHAN fue condecorada con el Concejo de Medellín en su aniversario 40



Foto: cortesía COHAN

El Dr. Jamel Alberto Hernao, recibió en nombre de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, la condecoración otorgada por el Concejo de Medellín.

La Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), en el marco de su aniversario número 40, recibió del Concejo de Medellín la Orden al Mérito “Don Juan del Corral”, en el Grado Plata, por su gran trayectoria y logros alcanzados como una Cooperativa multiactiva que trabaja por el desarrollo y el progreso del departamento.

Gracias a su liderazgo como operador logístico en la comercialización y distribución de medicamentos, así como por la gestión de los servicios farmacéuticos para la atención integral de más 2,5 millones de usuarios de las empresas administradoras de planes de beneficios, el Concejo de Medellín otorgó recientemente esta distinción a la cooperativa.

Fundada en 1983 por 28 gerentes de hospitales visionarios, quienes vieron en la asociatividad un camino para sumar capacidades y generar

beneficios conjuntos por la salud en el departamento, COHAN, tras 40 años de fundación, recibe este reconocimiento por consolidarse como un gestor farmacéutico que debe su experiencia a años y años de dedicación a la gestión farmacéutica integral.

Su liderazgo en las conversaciones con los proveedores de la industria farmacéutica para la compra de insumos bajo la economía de escala y su gestión de los procesos logísticos para la dispensación de medicamentos hacen de la Cooperativa un referente en el sector para la atención segura, oportuna y humanizada de sus usuarios.

Para la dispensación ambulatoria e intrahospitalaria de medicamentos, con sus 132 asociados, COHAN articula una red de servicios farmacéuticos a lo largo y ancho del territorio antioqueño, cuya misión es promover el acceso a la salud como garantía

del cumplimiento y la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

Además, con sus cuatro centros de distribución, ubicados en Medellín, Barranquilla, Bogotá y Villavicencio, la Cooperativa amplía su alcance para la comercialización de un portafolio especializado de medicamentos para las diferentes instituciones de salud de Antioquia y el país.

Con sus hospitales asociados, COHAN trabaja, además, en el diseño y la implementación de modelos articulados de prestación de servicios de salud que responden a los desafíos de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), potencializando las capacidades de sus instituciones asociadas para transformar el estado de salud de las comunidades y fortalecer el quehacer institucional.

Es así como, en cumplimiento del acuerdo cooperativo y en atención a su compromiso social de ser un aliado de sus asociados, en 2022 COHAN les entregó a sus instituciones asociadas beneficios financieros, educativos, tecnológicos y culturales por más de 12.500 millones de pesos y más de 53.670 millones en los últimos cinco años.

Sobre la condecoración recibida, el Gerente General de la Cooperativa, el Doctor Jamel Alberto Henao Cardona, aseguró lo siguiente:

"Para el Consejo de Administración, los asociados a la Cooperativa, el equipo directivo y nuestro talento



Miembros del equipo de trabajo de COHAN celebraron el reconocimiento hecho a la Cooperativa.

humano es un honor recibir este galardón, una exaltación que da cuenta del camino recorrido durante estas cuatro décadas, en las que nuestra Cooperativa ha sorteado diferentes dificultades y ha alcanzado valiosos logros en su misión de consolidarse como una institución con la capacidad para articular a los hospitales públicos y a entidades de salud sin ánimo de lucro, en beneficio del bienestar y la calidad de vida de sus comunidades. COHAN reafirma así su compromiso para continuar siendo una empresa sólida y consolidada del sector solidario, que crece y se diversifica por el desarrollo de sus asociados, clientes, usuarios y colaboradores, contribuyendo al cuidado de la salud de las comunidades, con calidad y transparencia."

La Cooperativa agrupa a los hospitales públicos de Antioquia, brindándoles un portafolio de beneficios financieros, educativos, tecnológicos y culturales a través de la distribución de medicamentos, la prestación de servicios farmacéuticos, la prestación de servicios de salud y la formación del talento humano, con el Politécnico COHAN Ciencias de la Salud.

Clínica Somer sigue fortaleciendo la atención de alta complejidad en el Oriente Antioqueño



Fotos: cortesía Clínica Somer

La nueva Unidad de Oncología Pediátrica, de la Clínica Somer, proyecta ofrecer todos los servicios para sus pequeños pacientes en un solo lugar

La Clínica Somer cuenta con cerca de 40 años al servicio de la comunidad, y se caracteriza por su integralidad, su capacidad de innovación y de crecimiento constante, que se ve reflejado en su permanente trabajo para fortalecer los diferentes servicios de salud que ofrece a la comunidad del Oriente Antioqueño. Sus esfuerzos le han permitido, en el segundo trimestre de este año, ser habilitada para hacer trasplante de corazón y para abrir una nueva Unidad de Oncología Pediátrica.

Con más de 129 servicios habilitados, dentro de los cuales se encuentra la Unidad Funcional de Cáncer Adulto (UFCA) —la primera en Antioquia y segunda en el país, según la certificación otorgada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2019—, Somer ha realizado 16.091 quimioterapias, 1.530 radioterapias, 2.252 cirugías y 66.593 consultas especializadas en cancerología, y han sido atendidos 10.980 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer, de diferentes partes del país. Todo esto le ha dado la experiencia para llevar

la integralidad de este servicio a la atención de los más pequeños.

La directora médica de la Clínica, Ana María González, explica que desde hace varios años se tenía este proyecto que busca impactar en la salud y bienestar de la población infantil. Por eso, la Institución unió esfuerzos, recursos y experiencia, para dar vida a este sueño que hoy llena de esperanza a la subregión. De esta manera, la nueva Unidad de Oncología Pediátrica buscará ofrecer todos los servicios para los pequeños, en un solo lugar, por lo que ofrecerá los siguientes servicios: unidad de quimioterapia, radioterapia oncológica, cirugía oncológica pediátrica, urgencias pediátricas, hospitalización oncológica, rehabilitación y dolor y cuidado paliativo. Estos servicios se complementarán con otros de alto nivel como la Unidad de cuidado intensivo pediátrico, el banco de sangre, laboratorio, imagenología, entre otros.

Además de la atención médica, la Clínica se ha preocupado por crear un entorno seguro y amigable para los niños, por lo que cuenta con ambientes, actividades y estrategias pensadas para ellos, que apoyan la labor de todo un equipo interdisciplinario integrado por profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, consejero espiritual, capellán, terapeutas, entre otros.

“Todos en la Clínica Somer estamos llenos de orgullo, muy optimistas frente al proceso que vamos a asumir. Los niños con cáncer infantil y con enfermedades hematológicas son muy especiales y nosotros nos sentimos especiales por atenderlos a ellos”, menciona María Beatriz Ruíz, oncóloga pediátrica de la Clínica Somer.

Segunda Institución en Antioquia habilitada para trasplantar corazón

Este nuevo programa de Somer Incare permitirá la realización de trasplantes de corazón en pacientes adultos y pediátricos, y se hace realidad luego de dos años de trabajo. Con esta habilitación concedida por la Secretaría de Salud de Antioquia y por el Instituto Nacional de Salud, se ofrecerán nuevas alternativas de tratamiento a muchos pacientes que esperan un nuevo corazón.

Esta Institución, que nació como fruto de la unión entre la Clínica Somer de Rionegro y el Instituto Cardiovascular y de estudios especializados Incare de Medellín, se convirtió en la segunda entidad de salud habilitada para realizar trasplantes de corazón en la Regional Número 2 de la Red de donación y trasplantes, conformada por Caldas, Chocó, Córdoba, San Andrés y Providencia, y liderada por Antioquia; además, entró a formar parte del selecto



El talento humano de la Clínica Somer, está comprometido con brindar servicios de salud con calidad y humanismo

grupo de instituciones habilitadas en Colombia para llevar a cabo estos complejos procedimientos.

Según lo menciona el Dr. Rafael Meza Jiménez, cirujano cardiovascular y líder del Programa de trasplante de corazón de Somer Incare, este logro también es posible gracias a un gran trabajo en equipo con la Clínica Somer, que pondrá a su disposición varios de sus servicios para este Programa, como la Unidad de cuidados intensivos adultos y pediátricos.

La implementación de trasplante de corazón por parte de Somer Incare se suma a la Unidad de trasplantes de órganos abdominales y la Unidad de trasplante de médula ósea de la Clínica Somer, que les permitirá a estas dos instituciones ofrecer integralidad en trasplantes en un solo lugar.

En la actualidad, Somer Incare es generadora de empleo y desarrollo para el Oriente Antioqueño, y es reconocido como uno de los centros cardiovasculares más completos de Antioquia, caracterizado por la experiencia, la tecnología y la calidez en la atención.

En los últimos años, esta Institución especializada en salud cardiovascular ha aumentado su cobertura a través de la implementación de tecnología de vanguardia, la incorporación de nuevos servicios y la apertura de otra sede de atención ubicada en el Centro Comercial Reserva Plaza en Rionegro.

Clínica Palermo: 75 años al servicio de la vida

La construcción de la Clínica Palermo se inició en 1944 bajo la mentoría de la madre Saint Martín, en un contexto donde aún retumbaban los cañones de la Segunda Guerra Mundial. Fueron 35 las hermanas de la congregación que se encargarían de administrar el centro médico y de servicios asistenciales como la enfermería, tal y como lo habían hecho desde su llegada al país, 150 años antes, en otras instituciones de salud como el Hospital San Juan de Dios, el Hospital San José y la Clínica Marly, entre otros.

El 21 de junio de 1948 abrió las puertas la Clínica Palermo para el servicio de la vida de los bogotanos. “Hoy, 75 años después, queremos conmemorar este acontecimiento recordando a la Hermana Saint Martín, su primera directora. Aún se mantienen firmes sus objetivos armónicos

de la congregación de atención a los enfermos sin importar la condición socioeconómica o de credo; la atención de religiosos y religiosas; la prevención de las infecciones y la formación en enfermería”, señala Gerardo Burgos Bernal, su actual director.

En la década de los setenta, se dio apertura a nuevos servicios de la Clínica en cuidados especiales: radiología, laboratorio clínico, unidad de neonatos, ampliación de las salas de cirugía, nuevo edificio de consulta externa y la llegada del primer servicio de ecografía en la ciudad, que marcaron la novedosa tendencia de la institución.

En los años ochenta entró en operación la unidad de cirugía ambulatoria y la unidad de cuidados intensivos, y se construyó el puente peatonal que conecta los edificios hospitalarios y de consulta externa.



A lo largo de los 75 años de labores la Clínica Palermo se ha ido adaptando a los retos de la prestación de servicios de salud, ampliando sus capacidades en infraestructura y talento humano

“En los noventa se dio paso a una nueva institucionalidad, por la Ley 10, la Constitución del 91 y el reto de implementar los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia de la Ley 100 de 1993”, explica su director.

Esta década fue de especial recordación para la congregación de las hermanas dominicas por la beatificación de su fundadora Marie Poussepin en 1994. “Esta noticia llegó a la par con nuevos desarrollos tecnológicos y administrativos, que afianzaron la prestación de servicios de alta complejidad y que han permitido a la institución posicionarse, en los últimos 30 años, con una atención orientada a la población cubierta por el plan básico de salud, y sin olvidar nuestra esencia de proteger a los que más lo necesitan”, describió la hermana Alicia Eslava, quien dirigió la clínica en ese entonces.

Coincide en eso su actual director al describir que la Clínica Palermo se ha adaptado adecuadamente a las exigencias institucionales del sector salud, al perfil epidemiológico de la ciudad y a las diferentes demandas de atención. “Seguramente vendrán nuevos desafíos, cambios y retos para el país y para todas las entidades del sector salud. Sin embargo, es el apostolado social de la caridad hacia los enfermos y sus familias el que impera como característica fundamental de su fundadora”, dijo, y finalizó destacando que “esa misión fue dada en su momento por el Pontífice Juan Pablo II (q. e. p. d.) a nuestra fundadora, y hoy permanece bajo la protección de las Hermanas Dominicas dando esa fuerza espiritual para afirmar que sus puertas están siempre abiertas para el servicio de la vida”, concluyó.

En 2001, mediante el Decreto 606, las instalaciones de la Clínica Palermo fueron declaradas como bien de interés cultural del orden distrital. El edificio mantiene sus características que lo

han convertido en un ícono arquitectónico de la ciudad, donde el típico color ladrillo, mezclado con el color beige, predomina en sus marcos exteriores de puertas y ventanas.

En estas siete décadas y media, la Clínica Palermo avanzó en la ampliación de su infraestructura y de servicios: pasó de tener dos niveles a contar con cinco pisos y 170 camas entre unidades de cuidado intensivo y hospitalización.

“Sin olvidar la esencia de atender a los más necesitados, el paso de estos 75 años ha permitido a la clínica Palermo adaptarse a los nuevos desafíos de la salud pública y a la demanda de atención de los ciudadanos. Seguramente, vendrán cambios; sin embargo, la caridad hacia los enfermos como esencia seguirá dando la fuerza y el aliento necesario para que mantengamos abiertas las puertas para la salud de los bogotanos”, concluye su director. ■



¡Te invitamos a conocer todo nuestro catálogo!
EDITORIAL MÉDICA LÍDER EN PUBLICACIONES Y FORMACIÓN MÉDICA

 Libros
  Formación
  PROMIR

Formación virtual para Profesionales en Ciencias de la Salud



www.medicapanamericana.com

Máster en Formación Continuada
 Diplomas de Especialización y Expertos
 Programas formativos
 Cursos online



La formación continua es imprescindible para el desarrollo de las competencias profesionales que contribuyen a la ejecución más eficaz de la profesión, a la par que sustenta los procesos de acreditación de competencias y promoción socioprofesional.

La experiencia de EMP en la edición de contenidos científicos en español desde hace más de 70 años y la incorporación de una metodología docente y las técnicas más innovadoras en formación online ofrecen al alumno una amplia variedad de cursos y formatos de formación continua ajustados a todas las necesidades y demandas profesionales, avaladas por las más prestigiosas sociedades médicas y universidades en España y Colombia, y que cuentan con el máximo reconocimiento profesional en toda América Latina y Europa.

Tras la pandemia por COVID-19, el mundo empieza a recuperar los niveles de inmunización infantil



La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unicef informaron que en 2022 los servicios de salud de inmunización atendieron a 4 millones de niños y niñas más en comparación con el año anterior, lo que evidencia que la mayor parte de los países intensificaron sus esfuerzos para luchar contra el retroceso histórico en la vacunación provocado por la pandemia por COVID-19.

“Estos datos son alentadores y son un tributo a quienes han trabajado con tanto ahínco para restablecer los servicios de inmunización que salvan vidas, tras dos años de descenso sostenido de la cobertura de inmunización”, señaló el director general de la OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien agregó lo siguiente: “No obstante, los promedios mundiales y regionales no reflejan la historia completa y ocultan desigualdades graves y persistentes. Cuando los países y las regiones se quedan atrás, los niños y las niñas son los que pagan las consecuencias”.

Según los datos de la OMS y la Unicef, mientras que en 2021 la información aportada por los sistemas de inmunización evidenció que 24,4 millones de niños en el mundo no recibieron ninguna vacuna, en 2022

ese registro bajó a 20,5 millones de niños y niñas que no acudieron a los servicios de vacunación. Los organismos advierten que, a pesar de esta mejora, la cifra sigue siendo superior a los 18,4 millones de niños y niñas que no recibieron vacunas en 2019 —antes de las interrupciones causadas por la pandemia—; por lo tanto, es necesario continuar con los esfuerzos de puesta al día, recuperación y fortalecimiento de los sistemas, pues, aunque los nuevos datos de la OMS y Unicef muestran signos de restablecimiento de los servicios de inmunización en algunos países, la cobertura sigue estando por debajo de los niveles prepandemia.

El informe reporta que de los 73 países que registraron disminuciones sustanciales que superaron los cinco puntos porcentuales en la cobertura durante la pandemia, 15 han recuperado los niveles prepandémicos, 24 están en vías de lograrlo y, lo que es más preocupante, 34 se han estancado o continúan disminuyendo.

Los organismos mundiales concluyen en su informe que las primeras etapas de la recuperación de la inmunización mundial no han producido resultados uniformes, y las mejoras se han concentrado en unos pocos

países. Los avances en naciones con más recursos y elevada población infantil, como India e Indonesia, enmascaran una recuperación más lenta e, incluso, descensos continuados en la mayoría de los países de ingresos bajos, especialmente en lo que respecta a la vacunación contra el sarampión.

“Detrás de la tendencia positiva se esconde una seria advertencia”, explicó la Directora Ejecutiva de Unicef, Catherine Russell, y advierte que “Hasta que no haya más países que subsanen las deficiencias en la cobertura de inmunización sistemática, los niños y las niñas de todo el mundo seguirán corriendo el riesgo de contraer y morir por enfermedades que podemos prevenir. Los virus como el sarampión no conocen fronteras. Hay que redoblar urgentemente los esfuerzos para poner al día a los niños que se quedaron sin vacunar, al tiempo que se restablecen y se mejoran aún más los servicios de inmunización con respecto a los niveles previos a la pandemia”.

La vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP) se utiliza como indicador mundial para medir la cobertura de vacunación. De los 20,5 millones de niños y niñas que no recibieron una o más dosis de la vacuna DTP en 2022, 14,3 millones no recibieron ni una sola dosis: son los llamados niños “cero dosis”. Esta cifra representa una mejora con respecto a los 18,1 millones de niños y niñas con dosis cero registrados en 2021, pero sigue siendo superior a los 12,9 millones de 2019.

La vacunación contra el sarampión —uno de los patógenos más infecciosos— no se ha recuperado tan bien como otras vacunas, lo que pone a otros 35,2 millones de niños y niñas más en riesgo de infección por esta enfermedad. La cobertura de la primera dosis contra el sarampión aumentó hasta alcanzar

Hay que redoblar urgentemente los esfuerzos para poner al día a los niños que se quedaron sin vacunar, al tiempo que se restablecen y se mejoran aún más los servicios de inmunización con respecto a los niveles previos a la pandemia

el 83 % en 2022 desde el 81 % en 2021, pero se mantuvo por debajo del 86 % registrado en 2019. En consecuencia, el año pasado, 21,9 millones de niños y niñas no recibieron la vacuna de rutina contra el sarampión en su primer año de vida —2,7 millones más que en 2019—, mientras que otros 13,3 millones no recibieron la segunda dosis, un hecho que pone a los niños y niñas de comunidades insuficientemente vacunadas en riesgo de sufrir brotes epidémicos.

Según la OMS y la Unicef, los países que ya contaban con una cobertura de vacunas constante y sostenida en los años anteriores a la pandemia han sido más capaces de estabilizar los servicios de inmunización desde entonces.


La cobertura de la vacuna DTP3 en los 57 países de ingresos bajos apoyados por Gavi, la Alianza mundial para las Vacunas, aumentó hasta el 81 % en 2022, lo que supone un aumento considerable con respecto al 78 % de 2021. A ello se suma una reducción de 2 millones en el número de niños con dosis cero que no reciben las vacunas básicas en estos países. No obstante, el aumento de la cobertura de DTP3 en los países que implementan el programa Gavi se concentró en los países de ingresos bajos y medianos, mientras que los países de ingresos bajos aún no han aumentado la cobertura, lo que da una idea del trabajo que queda por hacer para ayudar a los sistemas de salud más vulnerables a reconstruirse.

Por otro lado, el informe destaca que, por primera vez, la cobertura de la vacunación contra el papilomavirus humano (VPH) superó los niveles prepandémicos. Los programas de vacunación contra el VPH iniciados antes

de la pandemia alcanzaron el mismo número de niñas en 2022 que en 2019. Sin embargo, la cobertura en 2019 estuvo muy por debajo del objetivo del 90 % y esto siguió siendo así en 2022, con coberturas promedio de los programas contra el VPH que alcanzaron el 67 % en los países de ingresos altos y el 55 % en los países de ingresos bajos y medianos. La recién lanzada revitalización del VPH, liderada por la Alianza Gavi, tiene como objetivo fortalecer la ejecución de los programas existentes y facilitar más lanzamientos.

A principios de 2023, la OMS y UNICEF, junto con Gavi, la Fundación Bill y Melinda Gates, además de otros socios de IA2030, lanzaron *The Big Catch-Up*, una campaña mundial de comunicación y promoción en la que se pedía a los Gobiernos que se pusieran al día con respecto al número de niños y niñas que no fueron vacunados durante la pandemia, restablecieran los servicios de inmunización a los niveles anteriores a la pandemia y los reforzaran en el futuro mediante las siguientes acciones:

la inmunización y trabajar con las partes interesadas para desbloquear los recursos disponibles, incluidos los fondos COVID-19, con el fin de restablecer urgentemente los servicios interrumpidos y sobrecargados e implementar los esfuerzos de recuperación.

- Desarrollar nuevas políticas que permitan que las inmunizaciones lleguen a los niños nacidos justo antes o durante la pandemia y que ya han superado la edad en la que serían vacunados por los servicios de inmunización de rutina.
- Fortalecer los servicios de inmunización y atención primaria de salud, incluidos los sistemas de salud comunitarios, y abordar los desafíos sistémicos de la inmunización para corregir el estancamiento a largo plazo de la vacunación y, así, llegar a los niños más marginados.
- Fomentar y mantener la confianza en las vacunas y su aceptación a través del compromiso con las comunidades y el personal sanitario. 



Organiza: 
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

9 y 10
NOVIEMBRE,
de **2023**
Barranquilla,
Hotel Dann Carlton

Escenario integral para la generación de conocimiento, referenciación de atención en salud y relacionamiento entre diferentes actores del sector salud

Mayores informes:

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Email. eventos@achc.org.co y/o informacion@achc.org.co
Tel. 601 – 3124411 Cel. 310-2616106 -

¡AGÉNDENSE Y ASISTA!

Procesos administrativos sancionatorios de las Secretarías de Salud

Conforme lo disponen la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1011 de 2006, las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud tienen como función principal la Dirección Local del Sistema de Salud; además, estas se encuentran autónomamente organizadas y tienen a cargo la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

Por lo tanto, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones las disposiciones establecidas en materia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y en la reglamentación que, para el efecto, expide el Gobierno nacional, así como realizar la divulgación correspondiente y “brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas” (Numeral 3, artículo 5.º, del Decreto 1011 de 2006).

Aun cuando las funciones y atribuciones están claramente establecidas, algunos sujetos vigilados por estas entidades se ven expuestos a complejas situaciones cuando enfrentan procesos administrativos sancionatorios, en los que se vulneran los principios constitucionales del debido proceso y legítima defensa.

Aunque resulta inexcusable cualquier actuación adelantada por una entidad estatal fuera del marco legislativo y constitucional, podría afirmarse que esta situación ocurre, por una parte, porque se trata de entidades que responden a organizaciones regionales diferentes y, por otra, por interpretaciones indebidas frente a sus competencias y a las “facilidades” investigativas que, por transición o aplicación de la Ley 1437 de 2011 o Código General del Proceso, fueron generando confusiones, que en la práctica no se han resuelto y, en algunas ocasiones, derivan en actuaciones y decisiones arbitrarias.

Se ha visto que algunas Secretarías de Salud, en sus investigaciones administrativas sancionatorias, aplican el Procedimiento General administrativo del Código de Procedimiento

Elaborado por:
Fabiola Alba Muñoz¹

¹ Jefe Jurídica ACHC



La Constitución Política consagra el debido proceso como un derecho de rango fundamental y garantiza su observancia no sólo en el ámbito de las actuaciones judiciales sino en las de índole administrativo.

Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), contenido en los artículos 34 al 46 y no el Procedimiento Sancionatorio, contenido en los artículos 47 al 52 de dicho Código, aplicable a los procedimientos sancionatorios que involucren a los sujetos vigilados por dichas entidades.

Dada la naturaleza jurídica de los procesos sancionatorios, la defensa debe contar con estrictas y amplias garantías procesales. Sobre “el debido proceso administrativo, la Corte ha precisado que su cobertura se extiende a todo el ejercicio que debe desarrollar la administración pública en la realización de sus objetivos y fines estatales, lo que implica que cobija todas las manifestaciones en cuanto a la formación y ejecución de los actos, a las peticiones que presenten los particulares, y a los procesos que adelante la administración con el fin de garantizar la defensa de los ciudadanos” (Sentencia C-500 de 2011 MP, Luis Ernesto Vargas Silva).

Respecto de la observancia del debido proceso por parte de la administración, ha señalado la Honorable Corte Constitucional que “La Constitución Política consagra el debido proceso como un derecho de rango fundamental y **garantiza su observancia no sólo en el ámbito de las actuaciones judiciales sino en las de índole administrativo.** Esa garantía constitucional se traduce en el respeto de la administración a las formas previamente definidas, a la salvaguarda de los principios de contradicción e imparcialidad, y a la garantía de que la actuación administrativa se surtirá respetando todas

sus etapas y ajustándose al ordenamiento jurídico legal y a los preceptos constitucionales. Con ello se pretende garantizar el correcto ejercicio de la administración pública a través de la expedición de actos administrativos que no resulten arbitrarios y contrarios a los principios del Estado de derecho” (Sentencia C-500 de 2011 MP, Luis Ernesto Vargas Silva).

Y específicamente en materia administrativa, la jurisprudencia de Corte Constitucional “ha establecido que los principios generales que informan el derecho fundamental al debido proceso se aplican igualmente **a todas las actuaciones administrativas que desarrolle la administración pública en el cumplimiento de sus funciones y realización de sus objetivos y fines**, de manera que se garantice: (i) el acceso a procesos justos y adecuados; (ii) el principio de legalidad y las formas administrativas previamente establecidas; (iii) los principios de contradicción e imparcialidad; y (iv) los derechos fundamentales de los asociados. Todas estas garantías se encuentran **encaminadas a garantizar el correcto y adecuado ejercicio de la función pública administrativa**, de conformidad con los preceptos constitucionales, legales o reglamentarios vigentes y los derechos de los ciudadanos, y **con el fin de evitar posibles actuaciones abusivas o arbitrarias por parte de la administración a través de la expedición de actos administrativos que resulten lesivos de derechos o contrarios a los principios del Estado de Derecho.** En este mismo sentido, esta Corporación ha sostenido que estas garantías inherentes al debido proceso administrativo constituyen un contrapeso al poder del Estado en las actuaciones que desarrolle frente a los particulares” (véase sentencias T-391 de 1997 y T-196 de 2003, entre otras; negrillas fuera de texto)

Al amparo de estos pronunciamientos, y recogiendo esa línea jurisprudencial, en la Ley 1437 de 2011, el CPACA, en consonancia con el Artículo 29 de la Constitución Nacional y su desarrollo jurisprudencial, crea un procedimiento especial sancionatorio, regulado en el Capítulo III, Procedimiento Administrativo Sancionatorio, desarrollado de los Artículos 47 al 52 del CPACA, procedimiento que es el que en muchos casos no aplican algunas Secretarías de Salud, lo cual constituye un error procesal, que deriva en violación de garantías constitucionales y desconoce el ordenamiento jurídico aplicable.

El artículo 47 del CPACA mencionado, sobre el procedimiento administrativo sancionatorio, dispone que “Los procedimientos administrativos de carácter sancionatorio **no regulados por leyes especiales o por el Código Disciplinario Único se sujetarán a las disposiciones de esta Parte Primera del Código.** Los preceptos de este Código se aplicarán también en lo no previsto por dichas leyes”.

Para el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia de las Secretarías de Salud, en materia de procedimiento administrativo, no existe norma especial, ni se ha dispuesto procedimiento administrativo diferente, lo cual les impone que, al adelantar procedimientos administrativos sancionatorios, no regulados por leyes especiales, deben dar aplicación al procedimiento sancionatorio

del CPACA. Quiere decir lo anterior que el procedimiento debe tener: i) unas averiguaciones preliminares; ii) mérito para adelantar proceso, formulación de cargos y notificación personal al investigado; iii) presentación de descargos, en término de quince (15) días; iv) periodo probatorio de treinta (30) días; v) traslado para alegar las partes de diez (10) días, y vi) decisión en treinta (30) días, tal como se ha dicho en los términos de los Artículos 47, Inciso 3², 48³ y 49⁴ del CPACA.

Así las cosas, conforme a los pronunciamientos de la Honorable Corte Constitucional, la no aplicación de la norma especial sancionatoria (artículos 47 al 52 del CPACA) viola abiertamente el derecho fundamental al debido proceso, lo que permite al afectado solicitar el amparo constitucional o legal, mediante acción de tutela o con

² Los investigados podrán, dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la formulación de cargos, presentar los descargos y solicitar o aportar las pruebas que pretendan hacer valer. Serán rechazadas de manera motivada, las inconducentes, las impertinentes y las superfluas y no se atenderán las practicadas ilegalmente. (Subraya y negrilla fuera de texto.)

³ Artículo 48. Período probatorio. Cuando deban practicarse pruebas se señalará un término no mayor a treinta (30) días. Cuando sean tres (3) o más investigados o se deban practicar en el exterior el término probatorio podrá ser hasta de sesenta (60) días.

Vencido el período probatorio se dará traslado al investigado por diez (10) días para que presente los alegatos respectivos. (Subraya y negrilla fuera de texto.)

⁴ Artículo 49. Contenido de la decisión. El funcionario competente proferirá el acto administrativo definitivo dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de los alegatos. El acto administrativo que ponga fin al procedimiento administrativo de carácter sancionatorio deberá contener:

1. La individualización de la persona natural o jurídica a sancionar.
2. El análisis de hechos y pruebas con base en los cuales se impone la sanción.
3. Las normas infringidas con los hechos probados.
4. La decisión final de archivo o sanción y la correspondiente fundamentación.



Un debido proceso sancionatorio debe contar con las etapas procesales correspondientes, notificaciones en debida forma que permitan conocer las actuaciones de la administración

la acción legal de nulidad y el restablecimiento del derecho.

Vale precisar que el procedimiento general administrativo puede describirse como “más informal” en materia probatoria, pues no tiene periodo probatorio definido, ni etapa de alegatos, lo cual le permite al funcionario público decidir las actuaciones con base en las pruebas e informes disponibles, que considere son las necesarias para fallar. Algunos han interpretado que puede ser justamente por su laxitud e informalidad que las Secretarías de Salud prefieren aplicar ese procedimiento administrativo general.

Lo anterior impone la necesidad de que las IPS vigilen que sus derechos fundamentales al debido proceso y contradicción plena de la prueba se garanticen debidamente. Un debido proceso sancionatorio debe contar con las etapas procesales correspondientes, notificaciones en debida forma que permitan conocer las actuaciones de la administración, la oportunidad de realizar descargos, de contar con un periodo probatorio que permita pedir y controvertir las pruebas, impugnar los actos administrativos, así como que acusados e investigados puedan ejercer plenamente el derecho de defensa.

Estos principios y derechos se ven conculcados cuando la administración, en estos casos representada por las Secretarías, no hacen las notificaciones o traslados ni garantizan el acceso en las oportunidades debidas. Adicional a las ambigüedades en el manejo del proceso en general, se vienen presentando con frecuencia interpretaciones respecto de la caducidad de la facultad sancionatoria.

También por vía de interpretación consideran algunas Secretarías que, como el artículo dispone que los actos que resuelven recursos deben ser decididos en el término de un año, este término no contempla la notificación y, por ello, se limitan a que la fecha del acto se dé dentro del año, aun cuando no se notifique en dicho término al investigado. El artículo 52 precisa que el acto sancionatorio debe ser expedido y notificado en un término máximo de tres (3) años; igual interpretación debiera aplicarse al acto que resuelve los recursos, en especial si se encuentra dentro del mismo artículo, porque dicha decisión está poniendo un término a la investigación e, inclusive, puede ser el cierre por vía gubernativa de una investigación administrativa, por lo que no solo debe expedirse sino notificarse en el término establecido en la Ley.

De aceptarse esta interpretación, las instituciones investigadas no tienen la certeza de que los procesos e investigaciones de los que son sujetos caducan en el término establecido, lo cual vulnera el derecho fundamental al debido proceso. **II**



eHealth Labs

INNOVACIÓN EN
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN
EN SALUD



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

¡TU ALIADO ESTRATÉGICO MIPRES!



PRESCRIPCIONES



AUDITORÍA



DIRECCIONAMIENTO



SUMINISTRO



FACTURA



Y MÁS



www.okorum.com

Llega a Colombia la tecnología más avanzada para la gestión automatizada de medicamentos



Rowa es un robot diseñado por la alemana BD, para automatizar el almacenamiento y la dispensación de medicamentos en las farmacias.

Los medicamentos tienen por lo general una fecha de vencimiento entre dos y cinco años después de su producción, debido a que algunos van perdiendo su eficacia con el tiempo. La Organización Mundial de la Salud considera que máximo a los cinco años de fabricado un fármaco se debe declarar como vencido; de ahí que el almacenamiento y la dispensación de las medicinas en las farmacias sea un proceso estricto, ya que de su manejo riguroso depende la buena experiencia y seguridad de los pacientes, al tiempo que asegura la óptima gestión en las farmacias.

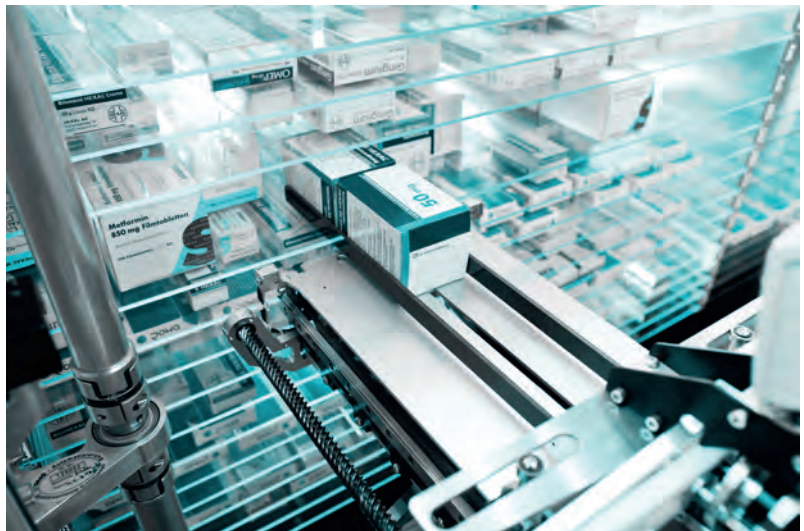
Rowa es un robot diseñado por la alemana BD, una de las mayores empresas globales de tecnología médica, para automatizar el almacenamiento y la dispensación de medicamentos en las farmacias. El robot cuenta con

una interfaz que conecta sus propios sistemas con los de la farmacia y sus controladores de flujo de materiales, integrando en forma estandarizada los procesos de almacenamiento y dispensación. De esta manera, se facilita el control del inventario y de caducidad de productos. Asimismo, permite una mejor alineación de las actividades comerciales relacionadas con el cliente y las de soporte operativo.

Mediante un brazo mecánico, el robot ordena los productos en el sistema de depósito, optimizando el espacio de almacenamiento efectivo al máximo. Asimismo, la robotización también permite gestionar los medicamentos que necesitan mantener la cadena de frío de manera no solo automática, sino también prioritaria, con el objetivo de preservarlos en las condiciones adecuadas y proteger la salud de las personas.

La gestión automática de medicamentos permite disminuir en un 28% el tiempo dedicado a la colocación de artículos y en un 33% de tiempo invertido en su búsqueda, al tiempo que garantiza 14% más espacio de exposición de producto. Esto deriva en el incremento de los niveles de satisfacción del cliente y eliminación de errores asociados a diferencias, faltas, vencimientos de los productos y quiebres de *stock*. De igual manera, los sistemas robotizados liberan a los colaboradores de la necesidad de verificar el *stock*, reconociendo la fecha de caducidad de cada insumo, con lo que se garantiza así la seguridad de los pacientes.

Según Rogerio Sperb, director general de BD para la Región Andina, "BD Rowa™ es sinónimo de eficiencia, confiabilidad y servicio de primera clase. Con nuestros robots dispensadores y soluciones digitales ayudamos a automatizar el proceso de almacenamiento y dispensación en las farmacias, para que estas puedan enfocar su energía y recursos en lo que verdaderamente importa: la atención al cliente y la seguridad del paciente".



▼ Mediante un brazo mecánico, el robot Rowa ordena los productos en el sistema de depósito

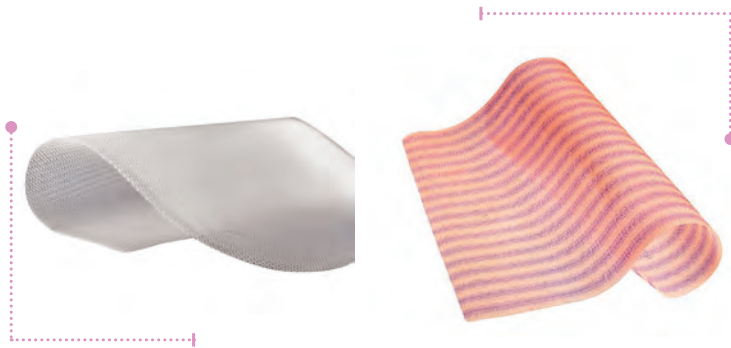
A la fecha, se han instalado más de 12.000 robots BD Rowa en 53 países. Más de 140 equipos están en Latinoamérica, de los cuales 134 se encuentran en Argentina, y el resto en mercados como Chile, Brasil y México. La innovación y eficiencia tecnológica de Rowa, además de sumar a la eficiencia operativa, también aporta al fortalecimiento de la seguridad del paciente en Colombia. De igual forma, su incorporación en los procesos operativos tendrá repercusiones directas e indirectas en la optimización de recursos del sistema de salud colombiano.



**Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas**

www.achc.org.co

Phasix, malla reabsorbible para mejorar la vida de los pacientes



Phasix es una malla reabsorbible, diseñada para reforzar zonas débiles y proporcionar resistencia durante el periodo de curación

Una hernia ocurre cuando el contenido de la cavidad abdominal sobresale a través de un defecto en la pared del abdomen, una afección que puede ser debilitante y dolorosa. Los factores de riesgo incluyen historia familiar, déficit de la pared muscular y cirugías previas. Si bien el riesgo de desarrollar una hernia no se puede evitar completamente, existen medidas preventivas, tales como mantener un peso saludable, consumir alimentos ricos en fibra y evitar levantar objetos pesados.

Sin embargo, una vez son diagnosticadas, el tratamiento de estas hernias se realiza a través de una intervención quirúrgica. Por esta razón, BD, compañía líder en tecnología médica, desarrolló Phasix, una solución quirúrgica innovadora, que consiste en una malla reabsorbible, diseñada para reforzar zonas débiles y proporcionar resistencia durante el periodo de curación.

A diferencia de otras mallas, Phasix se degrada gradualmente a lo largo de 12 a 18 meses, lo que permite una reparación duradera sin dejar materiales extraños en el cuerpo y reduciendo el riesgo de infecciones, debido a su propiedad de baja adherencia bacteriana. Además, su resistencia predecible a largo plazo la convierte en una alternativa confiable y efectiva, así como una opción segura y duradera en la reparación de hernias. Desarrolladas con

tecnología de vanguardia, estas mallas ofrecen resultados clínicos positivos al disminuir las complicaciones futuras y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los estudios han demostrado que la tecnología de las mallas de origen biológico con barrera de hidrogel proporciona una integración anticipada a los procedimientos estándar y brinda resistencia para la reparación. Posteriormente, continúa la incorporación vascular a partir de abundante colágena maduro y transfiere de forma gradual la carga al tejido natural. Finalmente, a medida que se biodegrada, es reemplazada por el tejido funcional, lo que da como resultado una reparación fuerte y una recuperación exitosa del paciente en un año.

Se estima que este avance en tecnología médica está destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos asociados con las complicaciones de las hernias. Esta innovadora malla quirúrgica proporciona una solución eficaz, segura y de larga duración, y su implementación ha sido respaldada por estudios clínicos exhaustivos.

Alternativas para diagnosticar enfermedades de transmisión sexual

Se estima que cada día más de un millón de personas contrae una infección de transmisión sexual y que, anualmente, alrededor de 374 millones de personas en el mundo contraen clamidiasis, gonorrea o blenorragia, sífilis y tricomoniasis. Vale la pena destacar que cada una de estas enfermedades de transmisión sexual (ETS) es curable.

Un factor clave que se debe considerar cuando se trata de ETS es que varias de estas enfermedades no presentan ningún síntoma. Por eso, algunos expertos en materia de salud prefieren usar el término “infecciones de transmisión sexual”, puesto que puede existir una infección sin síntomas, lo que hace que muchas personas permanezcan en desconocimiento de su estado real.

Por otro lado, enfermedades como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), a diferencia de las anteriormente mencionadas, puede evolucionar al punto de convertirse en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), lo que hace más complejo su abordaje y tratamiento médico. Por ello, el grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. recomienda hacerse la prueba del VIH al menos una vez al año, como parte de la rutina de atención médica, si se tiene entre 15 y 65 años.



Se estima que el número de nuevas infecciones por VIH en América Latina ha aumentado un 4,7% de 2010 a 2021, con aproximadamente 110.000 nuevas infecciones en 2021. En este año había 2,5 millones de personas con VIH en América Latina y el Caribe. Se estima que el 18% de las personas con VIH en esta región desconoce su infección. Aproximadamente un tercio se diagnostica tarde, con inmunodeficiencia avanzada.

Gracias a los avances en los últimos años del sector salud, es posible encontrar actualmente diferentes alternativas que permiten tener mayor conocimiento sobre la incidencia de estas ETS:

- *Prueba de hisopo u orina.* Estas funcionan para detectar enfermedades como la clamidia y la gonorrea. Luego de tomar la muestra, se estudian a detalle en un laboratorio.



Con las ETS cualquier persona sexualmente activa puede estar expuesta a contraer cualquier infección cuando no se utilizan los métodos de protección recomendados y no se hacen chequeos por la ausencia de síntomas, que suelen ser silenciosos.

- *Pruebas de antígeno.* Estas pruebas generalmente implican extraer sangre de una vena. Los antígenos son sustancias del propio virus del VIH y, por lo general, son detectables en la sangre unas pocas semanas después de la exposición al VIH.
- *Pruebas de anticuerpos.* Estas pruebas buscan anticuerpos contra el VIH en la sangre. Las pruebas de anticuerpos pueden demorar de tres a doce semanas después de la exposición para volverse positivas. Hay que aclarar que ninguna prueba permite diagnosticar por sí sola la presencia del VIH. Es importante combinar estas pruebas en un orden específico que haya sido validado basándose en la prevalencia del virus en la población objeto de examen.
- *Prueba de Papanicolaou.* Estas pruebas, con un cepillo pequeño, revisan el cuello uterino y extraen células irregulares. Se recomienda hacerse el examen anualmente. Después de dos exámenes consecutivos (con un intervalo de un año) con resultados normales, se puede realizar la prueba preventiva cada tres años.

- *Prueba de VPH.* Las mujeres entre los 25 y 65 años deben hacerse una prueba de VPH sola o una prueba de VPH junto con una prueba de Papanicolaou cada tres años si los resultados de las pruebas anteriores estaban dentro del rango estándar. Las pruebas pueden realizarse con más frecuencia para aquellos que están en alto riesgo de cáncer de cuello uterino o aquellos que tienen resultados irregulares en sus pruebas de Papanicolaou o VPH.

“Aunque los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluida la infección por el VIH, los preservativos no ofrecen protección frente a las ITS que causan úlceras extra genitales —es decir, sífilis o herpes genital—. Lo que sucede con las ETS es que cualquier persona sexualmente activa puede estar expuesta a contraer cualquier infección cuando no se utilizan los métodos de protección recomendados y no se hacen chequeos por la ausencia de síntomas, que suelen ser silenciosos. Esto a su vez aumenta las posibilidades de que quien desconoce su estado contagie a más parejas sexuales y, de esta manera, el ciclo puede repetirse una y otra vez. Por ende, recomendamos la prevención a través de la protección, y hacer chequeos y exámenes de diagnóstico anuales, de modo que se descarte cualquier infección o, en caso tal de que se identifique alguna afectación, se recurra al tratamiento médico inmediato, con el fin de darle el manejo adecuado”, concluyó Héli da Silva, directora de Asuntos Médicos de Siemens Healthineers. **H**

Innova GRD - Abril 2023 - Bogotá

"Hacia una Salud 5.0 en América Latina y Caribe".



Processum



Durante los días 27 y 28 de abril de 2023, se llevó a cabo en el Hotel Dann Carlton de Bogotá, Colombia, **Innova GRD 2023**, uno de los eventos más relevantes en el marco de los Grupos Relacionados de Diagnóstico y la transformación digital en salud 5.0. Esta conferencia, organizada en conjunto por Avedian y Processum, reunió a líderes del sector público y privado de la región, ejecutivos tecnológicos, CEOs de clínicas y hospitales, aseguradoras y profesionales del sector de salud y farmacéutico.

El propósito principal de Innova GRD fue abordar las últimas tendencias, desarrollos tecnológicos y prácticas innovadoras que están transformando el campo de la atención médica en toda LATAM. Durante el evento, se dió especial énfasis en la transformación digital y la gestión en los modelos de atención en salud. Los "líderes de opinión" presentes compartieron sus conocimientos y experiencias, destacando

cómo los avances y otras tecnologías disruptivas están impactando la calidad de la atención y los procesos de toma de decisiones clínicas.

Un aspecto crucial que se discutió en Innova GRD 2023 fue el equilibrio entre la innovación y el costo final de la atención médica. Se reconoció que, si bien las nuevas tecnologías brindan grandes oportunidades para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, también pueden aumentar los costos. En este sentido, encontrar un balance adecuado en la relación costo-utilidad se ha convertido en uno de los principales desafíos para los actuales sistemas de salud.

"Durante el evento, se destacó el papel fundamental de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) en la historia del financiamiento de la salud. Estos grupos han sido una de las innovaciones más importantes en este campo, permiten agrupar y clasificar los casos clínicos en categorías específicas con el fin de facilitar la facturación y el reembolso de los servicios médicos. Los GRD han demostrado ser una herramienta valiosa para la gestión de costos y la optimización de los recursos en los sistemas de salud."

Innova GRD 2023 contó con la participación de 20 destacados oradores y reunió a 212 asistentes ávidos de conocimiento y de establecer contactos en el sector. Las presentaciones se enriquecieron con cientos de diapositivas, generando un ambiente de aprendizaje dinámico y participativo. El evento permitió la generación de millones de datos valiosos, que contribuirán a futuras investigaciones y proyectos en el campo de la transformación digital en salud.

Desde los organizadores se mostraron muy conformes con el resultado y convocatoria de la primera edición y agradecieron a todos los participantes por hacer posible Innova GRD 2023 y a los expositores por su valioso aporte en sus disertaciones. El evento se posiciona como referente y promete seguir de gira por las principales ciudades para llevar y poner al alcance las últimas novedades del sector por todo LATAM



La gestión del conocimiento en las organizaciones de salud¹

Una de nuestras principales características como seres humanos es el conocimiento, es decir, la capacidad consciente de adquirir información y experiencia para desenvolvemos en nuestra propia vida, en el entorno en el que existimos y en nuestra relación con los demás y, de esta manera, desarrollar nuestras propias habilidades.

Pero de igual manera que el ser humano —más allá de su individualidad— es social, el conocimiento adquiere su verdadera dimensión cuando es compartido. Consecuentemente, el funcionamiento de cualquier grupo social depende del nivel y alcance de ese conocimiento compartido, porque su eficacia y eficiencia es directamente proporcional a este.

Obviamente, las organizaciones sociales, en tanto que grupos sociales, poseen esta misma característica esencial. Dependen inexorablemente del nivel y alcance de su conocimiento compartido: lo necesitan, lo adquieren y lo crean. De entre todas ellas, las organizaciones de salud presentan una particularidad muy especial: son generadoras netas y destacadas de un conocimiento reconocido y demandado con una fuerte dimensión de interés social, convirtiéndolo en punto central de su actividad.

La curva del olvido y la economía digital

Hablar de conocimiento significa hablar de aprendizaje. Desde que nacemos incorporamos permanentemente nueva información que, a través de la experiencia y el uso, convertimos en parte esencial de nuestra vida. Todo requiere un aprendizaje y, por lo tanto, un esfuerzo. Durante la mayor parte de la historia, el ciclo de vida del conocimiento ha sido lento y el bombardeo de estímulos, limitado. Sin embargo, hoy en día esas dos características han cambiado dramáticamente, acortando el ciclo de vida del conocimiento y generándose un continuo e incesante bombardeo de estímulos frente al cual diferenciar lo importante de lo inmediato, lo útil de lo inútil, lo serio de lo ridículo. Esto cada vez es más difícil.

Ambas características, a su vez, están agudizando dramáticamente la *curva del olvido* que, aunque es inherente al propio proceso de aprendizaje, hoy está mostrando su cara más destructiva. Aprendemos y olvidamos. Las redes sociales y buscadores han generado la cultura de los diez segundos ante una audiencia distraída por su capacidad de atención tan limitada y la sobreexposición a estímulos incesantes. Se ha generado un mercado de la atención (Instagram, Facebook, TikTok, Twitter, Pinterest...), que solo

¹ Jose Ángel Benito Negueruela, Presidente Windows Channel Group

puede desarrollarse provocando la memoria del pez en nosotros. De hecho, la base de la comunicación desarrollada en estas plataformas es precisamente que la atención media de una persona a un estímulo es de diez segundos.

Este entorno, en el que vivimos en nuestras vidas privadas, obviamente interfiere y afecta directamente a la gestión del conocimiento. El reto, por lo tanto, es cómo desarrollarlo eficientemente sabiendo que las personas, dentro de las organizaciones en las que trabajan (empleados, colaboradores, clientes, usuarios, pacientes, etc.), son las mismas que en sus vidas privadas y de quienes no podemos esperar espontáneamente expectativas, comportamientos y reacciones diferentes. Son distraídas y están bombardeadas y fuertemente audiovisualizadas en medio de un desorden de la información y, por lo tanto, del conocimiento, que se contagia dentro de las organizaciones.

Las claves de una cultura del conocimiento

Todo parte de una posición inicial: asumir estratégicamente que la información y el conocimiento son los mayores activos de la organización, determinado, de esta manera, por cuatro actividades imprescindibles: i) almacenar, ii) distribuir, iii) compartir y iv) participar.

Tradicionalmente, se nos vienen inmediatamente a la cabeza las áreas de educación continua y educación del paciente como las dos más directamente involucradas. Sin lugar a duda lo están, pero hay mucho más. La difusión del contenido compartido abarca por lo menos diez grandes áreas:

1. Formación y capacitación en habilidades operativas: desde la inducción de nuevos empleados hasta los procesos de formación continua.

Asumir estratégicamente que la información y el conocimiento son los mayores activos de la organización, determinado, de esta manera, por cuatro actividades imprescindibles: i) almacenar, ii) distribuir, iii) compartir y iv) participar.

2. Desarrollo profesional orientado a la incorporación de nuevas habilidades y conocimiento para el crecimiento de los profesionales de la organización, generalmente bajo el epígrafe de educación continua.
3. Difusión de los valores, manuales corporativos, estilo de trabajo y compromisos de la organización, tanto interna como externamente, estimulando su aplicación.
4. Divulgación e involucramiento en estilos de vida sanos y respetuosos con el medio ambiente y el entorno social, en el que se trabaja a través de grupos dinamizadores, extendiendo las actividades de responsabilidad social como factor de identificación.
5. Formación en todas aquellas dimensiones que implican mejorar la eficiencia en el trabajo: motivación, trabajo en equipo, gestión del tiempo, etc.
6. Capilaridad organizativa a las políticas de productos, servicios y atención del cliente/usuario/paciente.
7. Generación de actividades lúdicas para compartir como potenciador de vinculaciones emocionales: club de lectura, club de cine, etc.
8. Educación del paciente, familiares y amigos para impulsar la adherencia a los tratamientos y la gestión de las propias enfermedades incorporando estilos de vida saludables.
9. Cumplimiento de los requisitos de las acreditaciones y certificaciones en áreas de competencias, implementación de políticas de seguridad del paciente, etc.
10. Realización de eventos que, por sus objetivos, implicaciones y resultados no pueden quedar reducidos a un mero espacio temporal marcado por un inicio y un fin.

A partir de ahí, aunque cada hospital, clínica y proveedor de servicios de salud obviamente organice sus diferentes

procesos, emerge la necesidad de integrarlos a través de un cerebro corporativo materializado en una plataforma virtual que genere un espacio virtual modular, integrador, adaptable, escalable y controlado, con tres características claves:

- Convertir los eventos puntuales, en un lugar y fechas determinadas, en procesos continuados en el tiempo; es decir, en un *flujo continuo* que permita compartir e innovar en el tiempo.
- Organizarse en torno a *grupos de interés* que comportan una misma necesidad, de manera que la estructura grupal defina la circulación del conocimiento.
- Incorporar los criterios de *jerarquía y control*, pues en cualquier proceso de conocimiento los participantes deben seguir unas pautas debidamente organizadas que permitan que todos accedan y adquieran la misma información.

De esta manera, el conocimiento proveerá un entorno de seguridad a los colaboradores y ayudará a generar organizaciones más resilientes.

Los tres requisitos actuales

Ahora bien, para que la gestión del conocimiento cumpla sus objetivos, no solo es necesario disponer de una plataforma adecuada para ello, bajo el concepto de cerebro corporativo, sino que también se requiere, inexorablemente, responder a los tres actuales requisitos:

1. **Audiovisualización.** Nos movemos en un mundo audiovisual donde, a través de las redes sociales y plataformas OTT, la mayor parte de los mensajes que recibimos son en formato de video. Retenemos el 10 % de lo que leemos, el 20 % de lo que escuchamos, el 70 % de lo que vemos y oímos (video) y el 90 % de lo que hacemos. La conclusión es obvia. La distribución del conocimiento debe ser mayoritariamente en el formato video en un entorno (plataforma virtual) que estimule y facilite la intervención.

2. **Entorno gráfico.** En la vida fuera de nuestras organizaciones estamos acostumbrados a una estética dominada por lo que la Internet pone a nuestro alcance. La experiencia del usuario en entornos gráficos amigables y afines a lo que vemos y usamos de forma normal es un requisito imprescindible para estimular la participación e implicación.

3. **Animación.** Cualquier esfuerzo de difusión exige una estrategia de empuje a través de comprometidos “animadores” encargados de que cada grupo desarrolle su actividad. La improvisación y el funcionamiento espontáneo son buenos conceptos teóricos, pero de mal encaje en la distribución del conocimiento.

Conclusión

En cualquier faceta de nuestra vida y de nuestro trabajo, siempre nos encontraremos con una gran variedad de opciones, desde aquellas que nos tientan a hacer internamente todo nosotros mismos, hasta aquellas que nos permiten externalizar procesos o actividades, pasando por aplicar herramientas diseñadas y pensadas de una manera determinada que, no obstante, son estiradas como podemos para acomodarlas en otras actividades, aunque no sea lo más eficaz. Dicho de otra manera, existe una gran diversidad de herramientas operativas (Office, Google Drive, iWork, etc.), gestores de actividades (Asana, Trello, Slack, etc.), video-reuniones (Zoom, Teams, Meet, Skype, etc.). Ninguna de ellas está diseñada como plataforma para la gestión del conocimiento. De hecho, este no es un proceso más que podamos despachar haciendo, como se dice hoy en día, un par de “Zooms” y compartiendo documentos en carpetas de “Drive”. Los hospitales y clínicas deben empezar por ponerlo en su sitio central, es decir, como una parte esencial de su cerebro corporativo. ■

A un paso de un sistema de salud digital, integral y conectado

El sector salud suele evidenciar una constante lucha con los sistemas de atención fragmentados. Actualmente, los datos de los hospitales y los médicos no son compartidos de una manera lo suficientemente eficiente, lo que puede resultar en una pérdida de información durante la atención al paciente, algo que debemos cuidar a profundidad. Para solucionar esto y empezar a transitar un camino que nos lleve a la atención integrada efectiva, tanto los pacientes como los médicos deben mantener un acceso conjunto, digital y seguro a los datos.

Las transiciones digitales se están acercando cada vez más y con ello se desenlaza el reto de acoplarse a los cambios que se avecinan. Sin duda es necesario destacar cinco de los principales desafíos que se deberán abordar:

La falta de interoperabilidad entre sistemas de información que impiden que los datos del paciente se disponibilicen y se utilicen de manera efectiva para un diagnóstico más óptimo.

La privacidad y seguridad de los datos personales y clínicos de los pacientes es fundamental para establecer una plataforma centralizada. Desde todos los frentes se deberá mantener alternativas y soluciones ante un posible ciberataque con el fin de no interferir en dichos datos.

Los recursos y capacidades limitados pueden obstaculizar las nuevas implementaciones. No deberíamos temer de explorar diferentes opciones que nos permitan crecer y mejorar el servicio que brindamos como empresas.

La falta de adopción de tecnología por parte de los pacientes y proveedores puede limitar la eficacia de este trayecto. Es indispensable contar con los mínimos servicios en todos los rincones del país. Una apuesta que se realizará de manera transitoria y segura.

Es necesario un cambio de cultura. El estar arraigados a prácticas tradicionales puede cegarnos la adopción de nuevas tecnologías y opciones.

En esta transición se proyecta que los pacientes reciban asistencia remota y telesalud sin ningún obstáculo. Y se espera a que paralelamente se desarrolle la interoperabilidad entre sistemas de salud - una tarea que ha venido tomando fuerza normativa desde el 2020.

Según el Ministerio de Salud, la Ley 2015 de 2020 tiene como objetivo regular la práctica de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica con el fin de que se puedan intercambiar datos relevantes de la salud de los colombianos, salvaguardando y respetando el Habeas Data. En conjunto con MinTic, se pretende dar cumplimiento a dicha Ley a cinco años a partir de su entrada en vigor - es decir, desde el 31 de enero del 2020, hasta el 31 de enero del 2025.

“Las adaptaciones vienen paso a paso, y desde nuestro punto de agencia podemos ir implementando acciones que nos acerquen al objetivo, como, acompañar a nuestros clientes en la definición y consecución de la estrategia digital, brindar capacitaciones e información a nuestros equipos con el fin de capacitarlos a la llegada de la asistencia remota, empezar la búsqueda por implementar herramientas adecuadas que potencien la comunicación y el intercambio de datos entre todos, facilitando la correspondiente disponibilidad de los mismos; además de implementar alternativas que nos permitan resguardar toda la información” aseguró Francisco Vélez, Director General para Siemens Healthineers en Colombia, Perú, Ecuador y Venezuela.

Según Vélez, la apuesta de Siemens Healthineers está en brindar a los pacientes la misma accesibilidad y servicio en salud, como lo reciben al momento de comprar algo, de recibir el servicio y finalmente vivir una experiencia o incluso invertir. Para cumplir con estos objetivos, es primordial trabajar de una manera articulada entre todos los actores de la salud que le apuesten a un cambio o a un mejor servicio, pues los beneficios de la interoperabilidad son infinitos.



Colombia buscará declaración de interés público de antirretroviral para tratamiento de pacientes con VIH

A través de la Resolución 881 de 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social inició de oficio el procedimiento administrativo de declaratoria de existencia de razones de interés público para someter las patentes de los medicamentos cuyo principio activo es el Dolutegravir a licencia obligatoria y, de este modo, lograr una reducción significativa de más del 80 % en el precio, lo que permitirá un mayor acceso de este tratamiento a los pacientes.

La Resolución indica que, desde 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó, como régimen preferente para las personas diagnosticadas con VIH que inician tratamiento antirretroviral, la administración de Dolutegravir en combinación con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, en razón de que los tratamientos antirretrovirales basados en esta molécula tienen mejores resultados y menores efectos adversos para los pacientes, siendo así superiores en términos de supresión viral y reducción de la progresión de la enfermedad, con mejor adherencia en relación con eventos adversos, lo que se traduce en mayor efectividad y seguridad, así como en menor frecuencia de aparición de resistencia en pacientes.

Según el Ministerio de Salud, de acuerdo con la información de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, actualmente “la presentación comercial en frasco por 30 tabletas del Dolutegravir de 50 mg es de \$ 401.574 COP, mientras que, de acuerdo con la ‘Lista de Precios de Acuerdos a Largo Plazo (LTA1)’; del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2022, la misma presentación de la versión genérica de este medicamento

tiene un costo de \$ 11.147 COP, de donde se infiere que este último valor permitiría proveer el medicamento a aproximadamente 36 personas, frente al de una persona con respecto del valor comercial”.

La Resolución informa que actualmente en el país existen cuatro patentes sobre las composiciones farmacéuticas cuyo principio activo es el Dolutegravir, y los titulares son las compañías VIV Healthcare Company y Shionogi & Co Ltda.

“Esta resolución es un paso adelante para brindar un acceso igualitario y sostenible a las mejores opciones de tratamiento del VIH para todas las personas que viven con esta enfermedad en Colombia, tanto nacionales como migrantes. Esta acción muestra el compromiso del Gobierno por cerrar la brecha de tratamiento con medicamentos esenciales de calidad garantizada, asequibles, fáciles de tomar y muy bien tolerados”, dice Andrea Boccardi, directora de UNAIDS para los Países Andinos (Perú, Ecuador, Bolivia y Colombia), quien además recordó: “El Gobierno emitió directrices nacionales en 2021, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, pero hasta ahora los altos precios del DTG han sido un obstáculo para que sea ampliamente accesible a las personas que viven con el VIH en Colombia”.

Según el Ministerio de Salud, entre las razones que se han tenido en cuenta para buscar la



declaración de interés público de este medicamento y que la patente sea licencia obligatoria, está el aumento progresivo de la incidencia de casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Colombia que, según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), pasó de 14.064 casos en 2018 a 18.410 en 2022. Esta misma situación se presenta en las personas procedentes del exterior, principalmente de Venezuela, diagnosticadas con VIH, que pasó de 410 casos en 2018 a 907 en 2019, 401 en 2020, 448 en 2021 y 615 casos en 2022; por lo tanto, se hace necesario fortalecer las intervenciones en salud dirigidas a la población que vive con VIH.

“Con esta medida, Colombia da un paso importante para garantizar el acceso de las personas a la medicación más adecuada para ellas en línea con las recomendaciones y compromisos internacionales”, afirma Luisa Cabal, directora regional de Onusida para América Latina y el Caribe. “El acceso oportuno a un tratamiento eficaz contra el VIH puede salvar vidas, mejorar los resultados sanitarios, mejorar la calidad de vida y contribuir al bienestar general de las personas que viven con el VIH. Esta medida muestra el compromiso con el esfuerzo mundial para combatir las desigualdades en el acceso a la salud”.

Onusida explica, en un comunicado, que las licencias obligatorias son una disposición del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (“Acuerdo sobre los ADPIC”), de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que permite a los Gobiernos suministrar a sus ciudadanos versiones genéricas de tratamientos patentados, ya sea a través de la producción nacional o de importaciones, garantizando que los precios de los medicamentos sean asequibles. La Declaración Interministerial de

El acceso oportuno a un tratamiento eficaz contra el VIH puede salvar vidas, mejorar los resultados sanitarios, mejorar la calidad de vida y contribuir al bienestar general de las personas que viven con el VIH.

Doha de 2001, de la OMC, reafirmó los derechos de los Estados miembros a hacer uso de todas las flexibilidades del acuerdo para proteger la salud pública, incluidas las licencias obligatorias, “y la libertad de determinar los motivos por los que se conceden dichas licencias”. Más recientemente, en la Declaración Política de 2021, de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA, los países se han comprometido a hacer uso de las flexibilidades del ADPIC “específicamente orientadas a promover el acceso a los medicamentos”.

El VIH es una infección que han contraído cerca de 84 millones de personas en el mundo en los últimos 40 años y cobrado la vida de más de 40 millones de personas. Quienes viven con la infección requieren a la fecha tratamiento antirretroviral de por vida, el cual debe iniciarse desde el momento del diagnóstico para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por la fase avanzada de la enfermedad (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA]), así como reducir la transmisión de la infección a otras personas, teniendo presente el parámetro que indetectable es igual a intransmisible; por lo tanto, hay un beneficio en la prevención de nuevas infecciones. Aunque en el mundo entre 2010 y 2019 las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en 23 %, en América Latina se incrementaron en un 21 %.

El comité técnico encargado de la revisión de este proceso está conformado por representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y del Departamento Nacional de Planeación. ■

Resultados de los indicadores de permanencia financiera de empresas promotoras de salud (EPS) a marzo de 2023

Elaborado por:
Juan Guillermo
Cuadros Ruiz¹

Introducción

Una vez realizada la revisión más reciente de los indicadores financieros de permanencia, publicados por la Superintendencia Nacional de Salud¹ y consolidados a marzo 30 de 2023 en el caso del régimen de inversión que respalda la reserva técnica, del capital mínimo y el patrimonio adecuado (margen de solvencia), en el marco de los Decretos 2702 de 2014, 780 y 2117 de 2016, 718 de 2017, 1683 y 1424 de 2019, 1811 de 2020 y 1341 de 2021, podemos observar que dicho cumplimiento se puede analizar bajo dos criterios o escenarios:

1. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que a 30 de marzo de 2023 y por regímenes presentan *cuantitativamente superávit o déficit acumulado* en el indicador de “Patrimonio

Adecuado”, desde la implementación del Decreto 2702 de 2014 y a partir de la línea de base a junio 30 de 2015.

2. Las EPS que *cumplen cualitativamente* los indicadores a 30 de marzo de 2023 (“Capital Mínimo”, “Patrimonio Adecuado” y “Régimen de Inversión de la Reserva Técnica”).

A continuación, se presentan los *datos generales* del análisis descriptivo a marzo 30 de 2023:

- Número de EPS evaluadas Régimen Contributivo: 12.
- Número de EPS evaluadas Régimen Subsidiado: 10.
- Número de EPS evaluadas Ambos regímenes: 3.
- Total de EPS evaluadas: 25.
- Defecto acumulado en el “Patrimonio Adecuado” a marzo 30 de 2023 de la totalidad de EPS “deficitarias” evaluadas, desde la implementación del Decreto: \$4,9 billones aproximados, frente al año base 2015 (\$5,3 billones); disminución del “Defecto Patrimonial” en más de \$ 388 mil millones de pesos (gráfico 1).

¹ Miembro del Área de investigación y proyectos de la ACHC. Administrador de Empresas por la Universidad Nacional de Colombia. Maestría en MBA por la Universidad Nacional de Colombia.

² Para mayor información, consúltense los informe de evaluación y cumplimiento en [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20Y%20RI%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20\(1\).pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20Y%20RI%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20(1).pdf)



2023, un año de expansión y crecimiento para la compañía Vitalis

Gracias al incremento en su capacidad productiva, a la mejora continua en los procesos de análisis físico químico y microbiológico, la optimización de su fuerza comercial y a su logística de distribución, la compañía Vitalis sigue consolidándose en el país como líder en medicamentos inyectables estériles, pero además continúa creciendo con pasos firmes a nivel internacional.

Con una historia de más de 45 años, el laboratorio Vitalis, nacido en Colombia, y experto en la fabricación y comercialización de medicamentos inyectables, hoy se destaca como líder del sector a nivel nacional, ámbito en el cual aporta un 30% de la producción de unidades de medicamentos inyectables genéricos, equivalentes a 140 millones de unidades al año.

Mediante este mismo impulso, la compañía rompe fronteras como un relevante actor en la industria farmacéutica mundial, gracias a sus 7 plantas de producción en Colombia, México y Chile, y su presencia en 20 países de Latinoamérica, Asia y África.

Para el caso de Colombia, Esteban

Lizarazo, CEO de Vitalis asegura: *"Hemos aumentado nuestra capacidad de producción, conscientes de los desafíos en la seguridad farmacéutica que tiene el mundo y en particular Latinoamérica; por esto, invertimos en la compra de maquinaria para la producción de productos liofilizados y ampollas, reafirmando nuestro compromiso con la salud"*.

En el 2023 la compañía expande sus metas en sostenibilidad, innovando con la apertura de su PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales) bajo una implementación propia que logra eliminar la gran mayoría de los contaminantes; además, hoy cuenta con un Sistema de Gestión Ambiental certificado, así como la activación de proyectos voluntarios entre los cuales se encuentran la siembra de árboles, el aprovechamiento de residuos, un plan piloto de infraestructura fotovoltaica, y un proyecto de economía circular del agua, en línea con su compromiso de lograr la reducción de emisiones de CO₂, que planea bajar hasta en un 70% para el 2025.

Buscando mantener el bienestar de sus más de 1.500 colaboradores, Vitalis trabaja arduamente aplicando

buenas prácticas frente a aspectos como la seguridad y salud en el trabajo, la justa remuneración, horarios laborales, libertad de asociación y la lucha contra la discriminación, encaminando sus esfuerzos en la certificación SA8000.

"Es nuestro compromiso y deber producir medicamentos que salvan vidas, trabajar genuinamente con elevar los estándares de atención segura y buscar la cooperación entre la industria farmacéutica y la comunidad médica en general para promover medicamentos más seguros al servicio de los pacientes, bajo nuestro propósito superior de brindar salud y calidad de vida a las personas, mediante medicamentos estériles, seguros y eficaces", afirma su CEO.

Vitalis, Plantas de producción sanas, seguras y sostenibles.





Cifras del sector

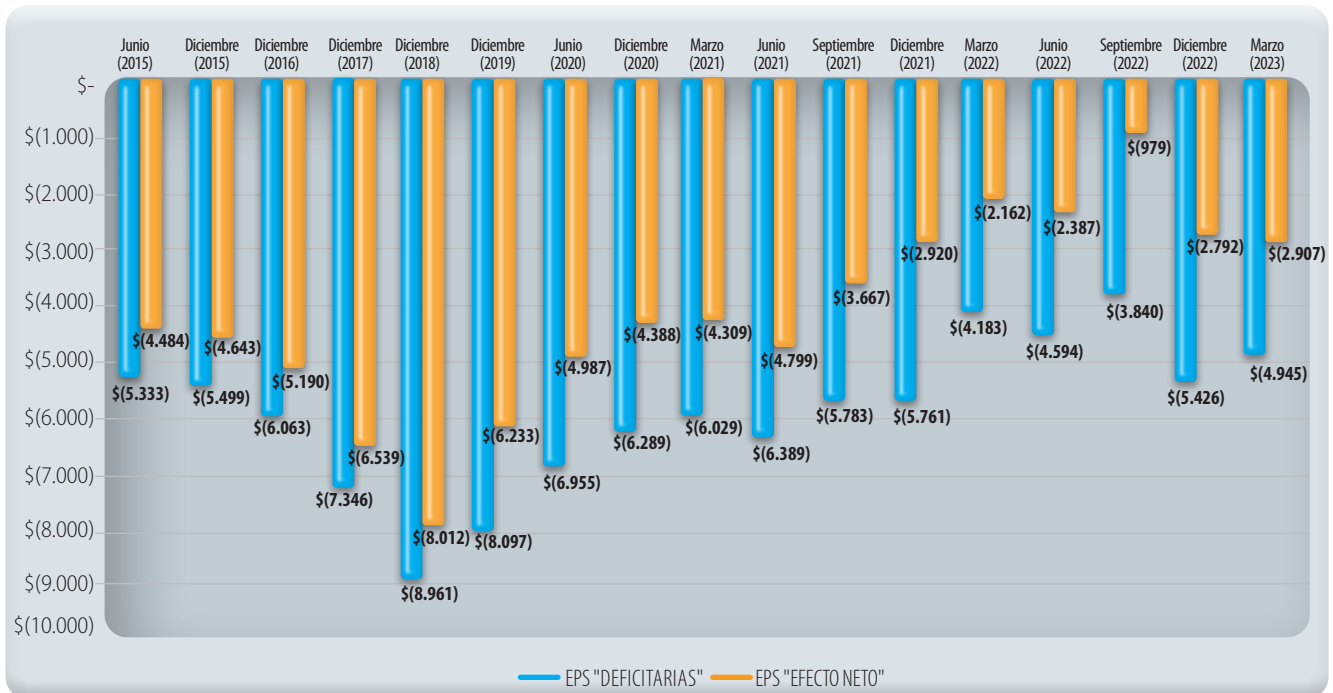
- Defecto acumulado en el "Patrimonio Adecuado" de EPS "deficitarias" a marzo 30 de 2023 por regímenes (gráfico 2):
 - EPS del régimen contributivo: \$2,3 billones frente al año base 2015 (\$2,3 billones).
 - EPS del régimen Subsidiado: \$2,6 billones frente al año base 2015 (\$2,0 billones).
 - EPS de ambos Regímenes: sin déficit frente al año base 2015 (\$1,0 billones).
- Defecto acumulado en el "Patrimonio Adecuado" a marzo 30 de 2023 de la totalidad de EPS "Efecto neto"³ evaluadas, desde la implementación

del Decreto: \$2,9 billones aproximados, frente al año base 2015 (\$4,5 billones); reducción del "Defecto Patrimonial" en más de \$1,5 billones de pesos aproximados (gráfico 1).

- Defecto acumulado en el "Patrimonio Adecuado" de EPS "Efecto neto" a marzo 30 de 2023 por regímenes (gráfico 2):
 - EPS Contributivo: \$ 836 millones frente al año base 2015 (\$1,6 billones).
 - EPS Subsidiado: \$ 2.5 billones frente al año base 2015 (\$1,9 billones).
 - EPS Ambos Regímenes: \$ 399 mil millones frente al año base 2015 (\$1,0 billones).

³ Diferencia del *Patrimonio Adecuado* entre EPS superavitarias y deficitarias.

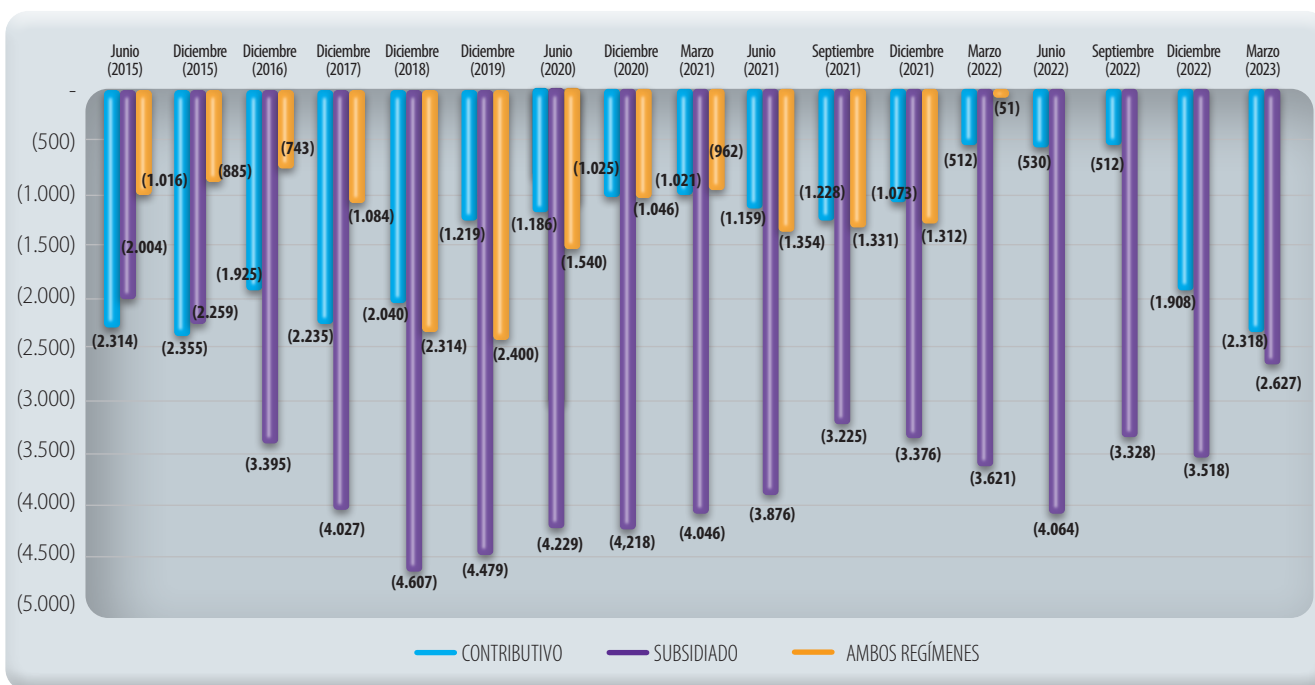
Gráfico 1. Seguimiento al resultado del Patrimonio Adecuado (cifras en miles de millones) tanto de EPS "deficitarias" como efecto "neto" (superavitarias y deficitarias), periodo junio 2015 a marzo 2023



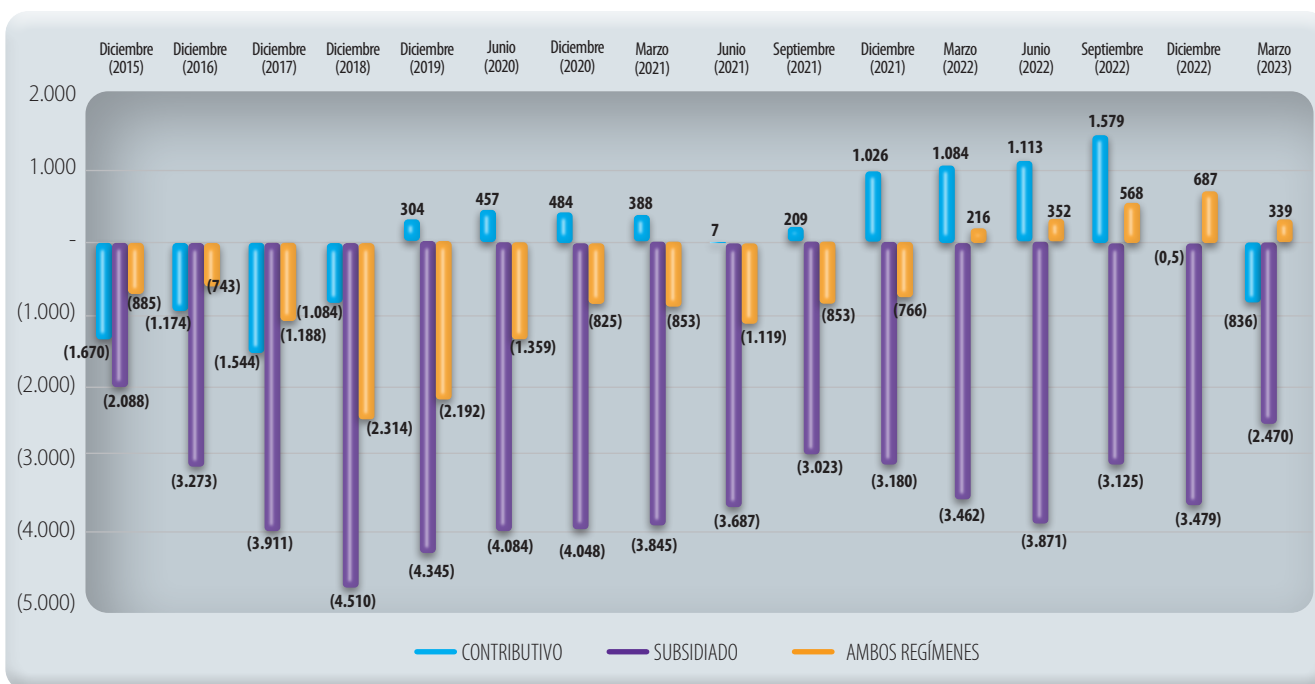
Fuente: Recopilación de la ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. Consultar documentos "Informe de seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS".

Gráfico 2. Seguimiento al resultado del Patrimonio Adecuado (cifras en miles de millones) por regímenes tanto de EPS “deficitarias” como efecto “neto” (superavitarias y deficitarias), periodo junio 2015 a marzo 2023

PANEL EPS DEFICITARIAS



PANEL EPS EFECTO NETO



Fuente: Recopilación de la ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. Para consultar documentos, véase “Informe de seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS”.



Se observa una mayor problemática para las EPS del subsidiado (\$ 2.6 billones de pesos de déficit) a marzo de 2023, aunque el régimen contributivo también presenta defectos significativos del margen de solvencia considerables y por encima de los \$ 2.3 billones de pesos.

Análisis descriptivo

Hablando del análisis cuantitativo, el mayor defecto patrimonial del margen de solvencia (tanto de las EPS “deficitarias” como del “efecto neto”) se presentó en el corte a diciembre de 2018 (más de \$8 billones de pesos) y para marzo de 2023 los defectos se sitúan por debajo de los niveles del inicio del Decreto 2702, es decir, en el corte de inicio de medición a junio de 2015, lo que implica que no se ha podido presentar un avance significativo en este aspecto, lo que evidencia la problemática en la habilitación financiera de las EPS y el incumplimiento de los estándares mínimos establecidos para el conjunto global de aseguradoras. Esto se suma a que durante este periodo se liquidaron EPS de gran envergadura que, hasta su funcionamiento, presentaban grandes defectos de su patrimonio adecuado e incumplimiento de

los tres indicadores evaluados, como es el caso de Cafesalud, Emdisalud, Medimás, Coomeva, entre otras (a la fecha se presentan 18 liquidaciones en el periodo⁴ de vigencia del Decreto 2702), por lo que el mejoramiento de la situación podría deberse a una situación artificial por eliminación, y no por un mejoramiento real y estructural de la situación financiera de las EPS.

Adicionalmente, hay que mencionar que, para el periodo de marzo de 2023, tres EPS (Asmet, EPM y Capresoca) no realizaron el reporte de los archivos tipo “Condiciones Financieras”, como menciona la Supersalud en su reporte. Por lo anterior, el defecto patrimonial para este periodo puede estar “subestimado”.

Por otra parte, y en relación con el defecto evidenciado por regímenes de afiliación, se observa una mayor problemática para las EPS del subsidiado (\$ 2.6 billones de pesos de déficit) a marzo de 2023, aunque el régimen contributivo también presenta defectos significativos del margen de solvencia considerables y por encima de los \$ 2.3 billones de pesos (para las EPS “deficitarias”), siendo igualmente el corte a diciembre de 2018 el de mayor inconveniente financiero para estas empresas.

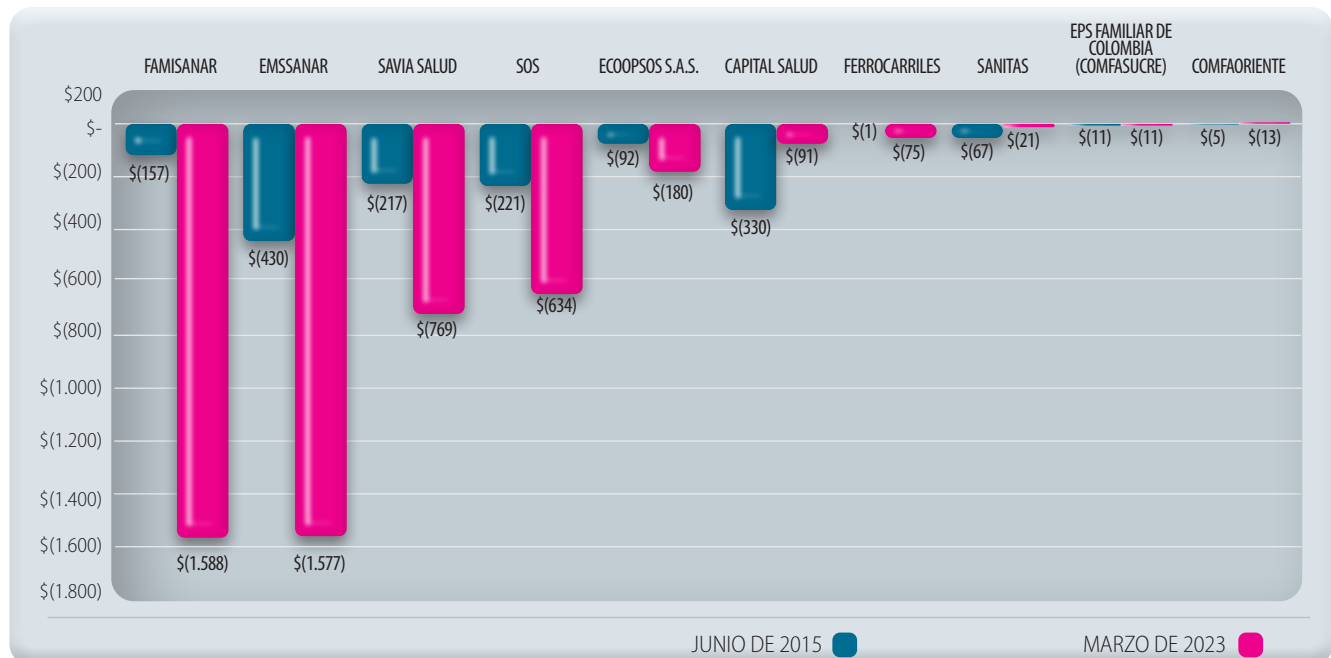
Al analizar el defecto del patrimonial para las diez principales EPS del régimen contributivo y subsidiado, encontramos que únicamente Capital

⁴ Desde 2019 se han liquidado 13 EPS, aunada a las liquidaciones posteriores de ECOOP-SOS ESS, COMFAMILIAR GUAJIRA, COMFAMILIAR HUILA, CONVIDA y MEDIMÁS EPS SAS. Ver nota de prensa sombras sobre futuro de la salud en: <https://www.portafolio.co/economia/desde-2019-se-han-liquidado-13-eps-sombras-sobre-futuro-de-la-salud-561286>

Salud EPS y Sanitas, al 30 de marzo de 2022, habían logrado disminuir el margen del defecto, como se muestra en el gráfico 3. Por otro lado, se observan los casos extremos presen-

tados por Famisanar y Emssanar, que presentan déficits de más de \$1,5 billones de pesos, teniendo cada una 3 y 1,9 millones de afiliados, respectivamente.

Gráfico 3. 10 principales EPS con mayor defecto Patrimonio Adecuado
(Cifras en miles de millones), periodo junio 2015 vs. marzo 2023



Fuente: Recopilación de la ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. Para consultar documentos, véase “Informe seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS”.

A continuación, se presenta el análisis cualitativo de las EPS que a la fecha cumplen a cabalidad los indicadores de “Capital Mínimo”, “Patrimonio Adecuado” y “Régimen de Inversión de la Reserva Técnica” a marzo 30 de 2023.

En el cuadro 1 se puede observar que, con base en el cumplimiento de los tres indicadores de permanencia y habilitación financiera de EPS (capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión

de la reserva técnica), tan solo ocho empresas cumplen a cabalidad dichos estándares; es decir, el 32% de los 25 evaluados. Finalmente, el 71,4% de la población colombiana (más de 34 millones de habitantes) estaba afiliado durante el mes de marzo a una EPS que incumplía alguno de los parámetros financieros establecidos, resaltando la crítica situación que se registra en el régimen subsidiado, donde solo dos de diez empresas evaluadas logran el cumplimiento total.

Cuadro 1. Evolución Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado y Régimen de Inversión de la Reserva Técnica por regímenes y número de afiliados EPS a marzo 2023

RÉGIMEN	CÓDIGO	EPS	AFILIADOS A MARZO DE 2023	CUMPLIMIENTO INDICADOR CAPITAL MÍNIMO	CUMPLIMIENTO INDICADOR PATRIMONIO ADECUADO	CUMPLIMIENTO RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS	TOTAL CUMPLIMIENTO (A CABALIDAD 3 INDICADORES) A MARZO 2023
				MARZO 2023	MARZO 2023	MARZO 2023	
CONTRIBUTIVO	EPS005	SANITAS	5.740.383	SI	NO	SI	5 DE 13 EPS (41,7%)
	EPS010	SURA	5.231.345	SI	SI	SI	
	EPS002	SALUD TOTAL	4.580.343	SI	SI	SI	
	EPS017	FAMISANAR	3.037.725	NO	NO	NO	
	EPS008	COMPENSAR	2.156.461	SI	SI	NO	
	EPS018	SOS	753.125	NO	NO	NO	
	EPS012	COMFENALCO VALLE	295.662	SI	SI	NO	
	EPS001	ALIZANSALUD	247.020	SI	SI	SI	
	EPS046	FUNDACION SALUD MIA	57.223	SI	SI	SI	
	EAS027	FERROCARRILES	32.183	NO	NO	NO	
	EAS016	EPM	7.635	NO	NO	NO	
	EPS047	SALUD BOLIVAR EPS	768	SI	SI	SI	
TOTAL AFILIADOS			22.139.873				
SUBSIDIADO	ESS062	ASMET S.A.S.	2.019.059	NO	NO	NO	2 DE 10 EPS (20,0%)
	ESS118	EMSSANAR	1.88.928	NO	NO	NO	
	EPSS40	SAVIA SALUD	1.687.679	NO	NO	NO	
	CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	1.531.594	SI	SI	NO	
	EPSS34	CAPITAL SALUD	1.181.199	SI	NO	NO	
	ESS091	ECOOPSOS SAS	355.032	NO	NO	NO	
	CCF049	COMFAORIENTE	234.756	SI	SI	NO	
	CCF033	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA (COMFASUCRE)	224.756	SI	SI	SI	
	EPS025	CAPRESOCA	177.631	NO	NO	NO	
	CCF102	COMFACHOCÓ	171.827	SI	SI	SI	
TOTAL AFILIADOS			9.471.952				
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	EPS037 - EPSS041	NUEVA EPS	10.164.404	SI	SI	NO	1 DE 10 EPS (33,3%)
	EPS042 - ESSC024	COOSALUD ESS	3.369.067	SI	SI	SI	
	EPS048 - ESSC07	MUTUAL SER	2.583.192	SI	SI	NO	
TOTAL AFILIADOS			16.116.663				
TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO			47.728.488				

POBLACIÓN A MARZO DE 2023

Cumplimiento TOTAL o incumplimiento de alguno de los "tres" parámetros (capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica)	Nº DE EPS
13.635.329	28,6% 8
34.093.159	71,4% 17

Fuente: ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. La información de afiliados incluye la movilidad y, adicionalmente, no se incluyen las EPS-indígenas según la normativa vigente. Para consultar el resultado de los indicadores de dichas EPS véase [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20Y%20RI%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20\(1\).pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20Y%20RI%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20(1).pdf)

Conclusiones

Como se pudo observar en el análisis descriptivo realizado (defecto de más de \$4,9 billones o de \$2,9 billones dependiendo de si se toma el de EPS deficitarias o efecto neto), si bien es cierto que el Decreto 2702 de 2014 estipula que la presencia del defecto patrimonial no implicaba, en sí misma, incumplimientos en el indicador, dada la transitoriedad que normativamente figuraba establecida para el cierre de dicho defecto y en los plazos señalados⁵, la situación se ha vuelto crítica, y más aún cuando la misma reglamentación ha permitido prorrogar en el trascurso del tiempo (siete años, inicialmente pactados por el Decreto, y hasta de diez años, luego de la modificatoria del Decreto 2117 de 2016) el cumplimiento de los estándares definidos, de donde se observa con gran preocupación un deterioro de la situación global, especialmente en el régimen subsidiado.

Detallando la situación a marzo de 2023, el régimen subsidiado presenta dos EPS que cumplen a cabalidad los indicadores de permanencia; en el contributivo, únicamente cinco de doce y, en ambos regímenes, para las EPS que cuentan con la doble habilitación, solo una de tres. Lo anterior tiene lugar sin contar que, a la fecha de elaboración del presente análisis (junio de 2023), se habían liquidado en los últimos cuatro años 18 EPS⁶ (es decir, cerca de 4,5 por año). Esto permite anotar que la situación podría ser aún más crítica con base en los defectos patrimoniales de las entidades que actualmente se encuentran en operación; además, para el último periodo evaluado, el defecto patrimonial podría estar “subestimado” por tres EPS (Asmet, EPM y Capresoca) que no reportaron información al ente de control y vigilancia.

El régimen subsidiado presenta dos EPS que cumplen a cabalidad los indicadores de permanencia; en el contributivo, únicamente cinco de doce y, en ambos regímenes, para las EPS que cuentan con la doble habilitación, solo una de tres.

Es menester indicar también que, dada la normativa aplicable en cuanto a las EPS que en el último tiempo se han acogido a los programas de reorganización institucional o plan de ajuste autorizados por la Supersalud (como Cajacopi, EPS Familiar de Colombia, Nueva EPS, Emssanar, Asmet Salud, Ecoopsos, y las ya liquidadas Coomeva y Medimás), tan solo una ha logrado mejorar su situación financiera y, por el contrario, cuatro de estas EPS han sido intervenidas con fines de liquidación y toma de posesión (intervención para administrar). Esta situación demuestra la poca o inexistente eficacia de dichas medidas para lograr salvaguardar el comportamiento económico de las entidades sujetas de inspección, vigilancia y control.

La misma Supersalud indica en su más reciente estudio, a marzo de 2023, que tres EPS más solicitaron autorizaciones de plan de reorganización institucional, las cuales se encontraban pendientes de respuesta mediante acto administrativo, a saber: EPS S.O.S., Savia Salud y Capresoca. **II**

⁵ Al cierre de la vigencia de 2017, las EPS deben haber cubierto el 30% del defecto a junio 30 de 2015 o el porcentaje propuesto cuando se acogen al Decreto 2117 de 2016 (Fuente: Superintendencia Nacional de Salud). Adicionalmente, el literal C del artículo 4 del Decreto 2117 de 2016, titulado “Plazos y tratamiento financiero especial”, establece que “. . . los porcentajes para cubrir el defecto de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de reservas técnicas podrán ser ajustados por la EPS y aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, a partir del 23 de diciembre de 2017. En todo caso al final del quinto año deberán haber cubierto como mínimo el 50% del defecto a diciembre 31 de 2015 y para cada uno de los siguientes años un adicional mínimo del 10% hasta el cubrir total del defecto. . .”.

⁶ Desde 2019 se han liquidado trece EPS, que se suman a las liquidaciones posteriores de Ecoopsos ESS, Comfamiliar Guajira, Comfamiliar Huila, Convida y Medimás EPS SAS. Véase la nota de prensa “Sombras sobre futuro de la salud” en <https://www.portafolio.co/economia/desde-2019-se-han-liquidado-13-eps-sombras-sobre-futuro-de-la-salud-561286>.

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2294 (19 de mayo).

Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, “Colombia potencia mundial de la vida”, del cual destacamos los siguientes artículos de aplicación al sector salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, tiene como objetivo sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social, que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza.

Este proceso debe desembocar en la paz total, entendida como la búsqueda de una oportunidad para que todos podamos vivir una vida digna,

basada en la justicia, es decir, en una cultura de la paz que reconoce el valor excelso de la vida en todas sus formas y que garantiza el cuidado de la casa común.

Para el sector salud, se destaca la preservación del concepto de giro directo cuando no se cumpla el indicador de patrimonio adecuado de las EPS y el saneamiento definitivo de los pasivos de la nación con el sector salud, así como el fortalecimiento del Invima, la política nacional de salud mental, la cofinanciación de atención en salud de población migrante, entre otros.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución 881 (2 de junio).

Por la cual se inicia de oficio el procedimiento administrativo de declaratoria de existencia de razones de interés público para someter las patentes de los medicamentos cuyo principio activo es el dolutegravir a licencia obligatoria.



Se inicia de oficio el procedimiento administrativo de declaratoria de existencia de razones de interés público para someter las patentes de los medicamentos cuyo principio activo es el dolutegravir a licencia obligatoria. Así, se ordena comunicar el inicio del procedimiento administrativo a los titulares de las patentes VIIV HEALTHCARE COMPANY y SHIONOGI & CO., LTD., y a los titulares del registro sanitario de los medicamentos contentivos del principio activo, dado el alto costo del dolutegravir como medicamento base de los regímenes preferidos en personas con edad igual o mayor a 18 años con diagnóstico de infección por VIH, por lo que limita la capacidad de respuesta del sistema de salud en términos de cobertura de la población afectada y compromete el uso eficiente de los recursos de este.

****Resolución N.º 879 (2 de junio).**

Por la cual se establecen directrices para el trámite y emisión de conceptos institucionales a los proyectos de ley y actos legislativos que cursan en el Congreso de la República, y en relación con sus posibles objeciones presidenciales.

La presente Resolución tiene por objeto establecer directrices para el trámite y emisión de conceptos técnico-jurídicos, por medio de los cuales se expresa la posición institucional frente a los proyectos de ley y de actos legislativos que cursan en el Congreso de la República y sus posibles objeciones presidenciales ante la Presidencia de la República. El resultado de ese proceso también se denominará *pronunciamento institucional*. El pronunciamento institucional es el resultado de la elaboración de un concepto técnico-jurídico unificado, consolidado y actualizado, a cargo

de los viceministerios, y un componente jurídico, a cargo de la Dirección Jurídica. Este documento es el soporte para fijar la posición política, jurídica y técnica del Sector Salud y Protección Social ante el legislativo.

*****Resolución N.º 861 (31 de mayo).**

Por la cual se definen los montos que se deben aportar, reconocer y pagar de la vigencia 2022 a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, así como a las entidades adaptadas, en aplicación del mecanismo adicional, para ajustar la desviación de la siniestralidad "Hemofilia A Severa".

Mediante la presente Resolución se definen los montos que se deben aportar, reconocer y pagar a las EPS de los regímenes contributivos y subsidiados, así como a las entidades adaptadas de la vigencia 2022, que se encuentran relacionadas en el presente acto administrativo, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad "Hemofilia A Severa". Los valores determinados en el artículo anterior deberán ser girados mensualmente por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con cargo a los recursos correspondientes a la UPC de la vigencia 2023, durante el primer semestre, de manera concomitante con el proceso de compensación y liquidación mensual de afiliados.

*****Resolución N.º 851 (30 de mayo).**

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023.

Mediante la presente Resolución, se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023, una vez aplicada la metodología prevista en la Resolución 2509 de 2012, modificada por la Resolución 2249 de 2018. Durante los años 2020, 2021 y 2022, no se realizó la



categorización, como consecuencia de la emergencia sanitaria generada por la pandemia por COVID-19.

****Resolución N.º 849 (30 de mayo).**

Por la cual se realiza la distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 de los laboratorios Janssen Farmacéutica NV y Sinovac Life Sciences Co.

Con la presente Resolución, se asignan 25.770 dosis de vacuna del laboratorio Janssen Farmacéutica NV y 7.400 dosis de la vacuna del laboratorio Sinovac Life Sciences Co. contra la COVID-19, a las entidades territoriales relacionadas en el presente acto administrativo.

****Resolución N.º 748 (25 de mayo).**

Por la cual se reglamenta el procedimiento de designación de los miembros elegibles del Consejo Directivo del Instituto Nacional de Cancerología.

Se establece que la elaboración de las ternas que se postularán para la conformación del Consejo Directivo del Instituto Nacional de Cancerología (INC) se realizará democrática y meritocráticamente, garantizando tanto la amplia participación del sector al cual pertenecen como la equidad de género. En desarrollo de lo anterior, las asociaciones e instituciones deberán diseñar un proceso de elección público, participativo y transparente. Los mismos principios deberán atenderse para la elección del miembro designado por el ente o entes que se constituyan por iniciativa del INC para apoyar financieramente las labores de investigación, del representante del estamento médico o de investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología y de los representantes de las asociaciones de usuarios del Instituto Nacional de Cancerología, en su calidad de pacientes.

****Resolución N.º 654 (28 de abril).**

Por la cual se adopta el Plan Provisional de Acción para materializar el derecho fundamental a la salud del pueblo Wayúu en las comunidades de Uribia, Manaure,

Maicao y el Distrito de Riohacha, ubicados en el departamento de La Guajira.

A través de la presente Resolución, se adopta el Plan Provisional de Acción en Salud dirigido al pueblo Wayúu, residente en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha, ubicados en el departamento de La Guajira, contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto administrativo. Para lo anterior, la Gobernación del Departamento de La Guajira y los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha, a través de las secretarías de salud o quienes hagan sus veces, en coordinación con las EPS y EPSI, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, organizará y conformará la red funcional de prestación de servicios de salud en los términos del artículo 62 de la Ley 1438 de 2011, así como las disposiciones contenidas en el Capítulo II: Redes Integradas de Servicios de Salud, del Título VI: De la Prestación de Servicios de Salud, de la referida Ley, para lo cual se contará con 30 días calendario a partir de la expedición de la presente Resolución.

****Resolución N.º 648 (27 de abril).**

Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, en el sentido de ampliar un plazo a los prestadores de servicios de salud.

Mediante la presente Resolución, se amplía en dos (2) meses el plazo para que los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) actualicen el portafolio de servicios y realicen la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la Resolución 3100 de 2019, pasando de seis (6) a ocho (8) meses, y así garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud a

la población del país, bajo los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

**** Resolución N.º 555 (05 de abril).**

Por medio de la cual se establece el uso obligatorio del tapabocas y se mantienen las medidas de autocuidado.

Con la presente Resolución, se establece el uso obligatorio del tapabocas para ingresar a instituciones prestadoras de servicios de salud y hogares geriátricos. Se recomienda el uso de tapabocas para las personas de 60 años en adelante o aquellas con comorbilidades e inmunosupresión, así como las que presentan síntomas respiratorios.

*****Resolución N.º. 544 (03 de abril).**

Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019, en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.

La presente Resolución modifica los artículos 2, 3, 4, 7, 12, 13, 15, 19 y 20 de la Resolución 3100 de 2019, con respecto a la adopción de medidas para garantizar la accesibilidad a las personas con discapacidad, en cumplimiento de la Ley 1618 de 2013 y ajuste frente a la inscripción de prestadores, relacionados con I) las condiciones que deben cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS); II) la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de los organismos de cooperación y las organizaciones no gubernamentales, particularmente el registro de su domicilio; III) el procedimiento para la inscripción

de prestadores que cambien de NIT y continúen prestando ininterrumpidamente servicios de salud en la misma infraestructura; IV) los requisitos que deben anexar las entidades con objeto social diferente para habilitar el servicio de transporte asistencial básico (baja complejidad) y medicalizado (mediana complejidad).

Así mismo, se ajustan las condiciones de habilitación, con el propósito de, i) definir los requisitos para la verificación del estándar de infraestructura cuando se prestan servicios en la modalidad extramural-unidad móvil; ii) modificar la condición de disponibilidad de permanencia en el servicio de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos adulto y pediátrico, para hacer uso de la categoría telexperticia sincrónica; III) la habilitación de los servicios de traslado de pacientes por parte del Cuerpo de Bomberos de Colombia. Por último, se fortalece la comunicación continua entre las IPS trasplantadoras y los bancos de tejidos, con el propósito de adelantar la consecución y gestión oportuna de tejidos, particularmente oculares para el trasplante de córneas, teniendo en cuenta que el tiempo de vida útil de los tejidos oculares es de aproximadamente siete (7) días.

*****Resolución N.º 529 (31 de marzo).**

Por la cual se modifican los artículos 7 y 8 de la Resolución 166 de 2021, en relación con el procedimiento para el pago de saldos por la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 y el proceso de validación, apoyo y verificación a cargo de las entidades responsables del aseguramiento.

Teniendo en cuenta que a partir del 1 de enero de 2023 y hasta el 31 de diciembre de 2023 la Subcuenta para Mitigación de Emergencias COVID-19 entró en fase de liquidación, se establecen disposiciones para el pago del saldo restante a los prestadores de servicios de salud por el agendamiento y la aplicación de la vacuna hasta el 31 de diciembre de 2022, relacionadas con la depuración de la información y validación, así como con la legalización del giro previo y facturación del saldo. De



igual forma, se establece el procedimiento para el reconocimiento y pago de los costos por verificación, apoyo y validación de las vacunas contra la COVID-19.

*****Resolución N.º 531 (31 de marzo).**

Por la cual se modifica el artículo 14 de la Resolución 4245 de 2015, en relación con la ampliación del plazo para el cumplimiento de los requisitos de obtención del certificado de Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos (BPER).

A partir del 1.º de abril de 2024 las radiofarmacias hospitalarias y las centralizadas que se encuentren funcionando deberán contar con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos (BPER). Las radiofarmacias hospitalarias y las centralizadas que al 1.º de abril de 2024 no cuenten con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radio fármacos no podrán realizar ninguna actividad relacionada con radiofarmacia y se les aplicarán las medidas sanitarias de seguridad a que haya lugar.

***** Resolución N.º 527 (31 de marzo).**

Por la cual se adiciona un párrafo transitorio al artículo 5 de la Resolución 295 de 2023, que modificó el artículo 16 de la Resolución 518 de 2015.

Para la vigencia 2023, se autoriza de manera excepcional a las secretarías de salud departamentales, distritales o municipales, para que la contratación del plan de inversiones colectivas a que se refiere el inciso primero del artículo 5 de la Resolución 295 se lleve a cabo a más tardar el día 30 de abril de 2023.

****Decreto 439 (29 de marzo).**

Por el cual se modifica el artículo 6 del Decreto 616 de 2022, en el sentido de ampliar un plazo.

Con el presente Decreto se amplía el plazo para la actualización de la información y clasificación de las personas

afiliadas al Régimen Subsidiado a partir de la metodología vigente del Sisbén. Así, la implementación de los desarrollos tecnológicos que se requieran para la operación de la afiliación en el Régimen Subsidiado, a través del mecanismo de la contribución solidaria, deberá efectuarse en un plazo no mayor a un mes, a partir de la expedición del presente Decreto. A más tardar el 5 de marzo de 2024, las entidades territoriales deberán haber actualizado la clasificación de las personas afiliadas en el Régimen Subsidiado a la metodología IV del Sisbén. Las EPS deberán informar a sus afiliados, por lo menos cada tres (3) meses, la obligación de aplicarse la encuesta.

**** Circular Externa N.º 007 (29 de marzo).**

Instrucciones para la Continuación de la Prueba Piloto de Actualización y Ajuste de la Herramienta Tecnológica MIPRES para el Acceso y Prescripción de tecnologías y Servicios de Salud Financiados con Recursos de la Unidad de Pago por capitación (UPC) Participación Piloto de MIPRES 3.0.

Mediante la presente Circular, se da continuidad a la prueba piloto de MIPRES 3.0 hasta el 30 de junio de 2023, permitiendo la evaluación de las nuevas funcionalidades y perfeccionando el adecuado uso y diligenciamiento por parte de los profesionales de la salud en los diferentes roles y módulos, y de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la ampliación de las instituciones prestadoras de servicios de salud que participan en el Piloto MIPRES 3.0. La prescripción de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC estará sujeta a lo previsto en el Título II, Capítulo I, de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

*****Circular Externa N.º 008 (29 de marzo).**

Instrucciones para el Reporte de Prescripción en la Herramienta Tecnológica MIPRES de los Procedimientos Odontológicos, según lo establecido en las Resoluciones 2808 de 2022 Y 2775 de 2022.

Teniendo en cuenta que en el análisis de los datos del monitoreo durante el año 2022 la información reportada no fue suficiente para evidenciar una tendencia en el uso de los procedimientos de odontología y tomar decisiones a corto plazo, se determinó para el año 2023 dar continuidad a la prescripción de los procedimientos de odontología por el aplicativo MIPRES, identificados con código y descripción acorde a la Resolución 2775 de 2022, que actualizó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y, además, los que señala la presente Circular.

****Resolución N.º 406 (21 de marzo).**

Por medio de la cual se establecen parámetros para la depuración de los documentos temporales de Adulto y Menor sin identificar (AS y MS), que se encuentran en la Base Única de Afiliados (BDUA).

A través de la presente Resolución, se establecen los parámetros para la depuración de los registros que se encuentran en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), correspondientes a los tipos de documento adulto sin identificar (AS) y menor sin identificar (MS), y las reglas para la disposición de estos tipos de documentos, cuando proceda.

****Resolución N.º 407 (21 de marzo).**

Por la cual se modifica la integración del Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección

Social para el Proceso Estratégico de Inmunización de la Población Colombiana frente a la COVID-19, creado mediante la Resolución 1270 de 2020.

Con el fin de garantizar el funcionamiento permanente del Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente a la COVID-19, se hace necesario incluir la posibilidad de designar un delegado de quien preside dicho Comité y, en tal sentido, se modificará la Resolución 1270 de 2020, modificada a su vez por la Resolución 2273 de 2020.

*****Resolución N.º 367 (13 de marzo).**

Por la cual se modifican los artículos 6 y 8 de la Resolución 3496 de 2019, que establece el proceso para el fortalecimiento de la gestión de la salud ambiental a nivel territorial.

Con el fin de garantizar de manera oportuna y con calidad el reporte de la información del seguimiento a la gestión de la salud ambiental a nivel territorial, así como la elaboración de los planes de fortalecimiento de capacidades, el Ministerio de Salud y Protección Social modifica los tiempos definidos para el reporte de información establecidos en la Resolución 3496 de 2019.

***** Decreto 322 (7 de marzo).**

Por el cual se modifican los artículos 6, 19, 23, 28 y 29 del Decreto 334 de 2022.

Se modifica el Decreto 334 de 2022, con respecto a las guías para identificar la clase de modificación al registro sanitario, el análisis de desabastecimiento por no comercialización temporal, el agotamiento de existencias de producto y empaques, el procedimiento para la renovación de oficio de medicamentos y productos fitoterapéuticos, así como el periodo transitorio para la adopción de las medidas.



***** Resolución N.º 326 (2 de marzo).**

Por la cual se determina el procedimiento de cobro y pago que aplicará la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en relación con los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT) con rango diferencial por riesgo.

Se establece que los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), con rango diferencial por riesgo, serán reconocidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en los términos y condiciones establecidos en la Resolución 1645 de 2016 o aquella que la modifique o sustituya. La ADRES deberá definir ventanas de radicación de solicitudes de dicho reconocimiento, una vez cada dos (2) meses.

Los prestadores de servicios de salud deberán anexar a la radicación de las reclamaciones de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) con rango diferencial por riesgo, de que trata el numeral 3 del artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, el certificado de reconocimiento de los servicios de salud prestados hasta 263,13 Unidades de Valor Tributario (UVT), emitido por la respectiva aseguradora autorizada para operar el ramo SOAT. Este documento deberá incluir el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora y el valor en pesos y en Unidades de Valor Tributario (UVT), sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal A, del artículo 17, de la Resolución 1645 de 2016 o aquella que la modifique o sustituya.

**** Resolución N.º 318 (1 de marzo).**

Por la cual se actualiza el procedimiento técnico científico, participativo de carácter público, colectivo y transparente,

que determina las tecnologías y servicios que no serán financiados con recursos públicos asignados a la salud.

La presente Resolución actualiza el procedimiento técnico científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud, con el propósito de optimizar su aplicación y explicitar la etapa de validación dentro de la primera fase del procedimiento para identificar las nominaciones de servicios y tecnologías indicados para enfermedades huérfanas o raras, así como aquellos clasificados como cosméticos y no aprobados por autoridad competente.

3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

***** Resolución N.º 2023320030003984-6 (16 de junio)**

Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS "SAVIA SALUD EPS identificada con el NIT 900.604.350-0".

De esta manera, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a Alianza Medellín Antioquia EPS SAS "SAVIA SALUD EPS", por el término de un (1) año, es decir, desde el 16 de junio de 2023 hasta el 16 de junio de 2024, teniendo en cuenta que se evidencia el deterioro de la entidad vigilada en los componentes financiero, técnico-científico y jurídico, y las causales previstas en los literales d), e), h) e i) del artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF).



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:





***** Resolución N.º 2023320030002798-6 (11 de mayo).**

Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar a ASMET SALUD EPS SAS, identificada con Nit. 900.935.126-7.

Se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a ASMET SALUD EPS SAS, por el término de un (1) año, es decir, desde el 12 de mayo de 2023 hasta el 12 de mayo de 2024, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente Resolución, por presentarse las causales de los literales a), d), e), f), g), h) e i) del artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF).

***** Resolución N.º 2023320030002332-6 (12 de abril).**

Por la cual se ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a la empresa promotora de salud ECOOPSOS EPS S.A.S.

La Superintendencia Nacional de Salud ordena la liquidación, como consecuencia de la toma de posesión, a la empresa promotora de salud ECOOPSOS EPS S.A.S., por el término de dos (2) años, es decir, del 12 de abril de 2023 hasta el 12 de abril de 2025, teniendo en cuenta que la entidad incurrió en las causales previstas en los literales a), d), e), f) e i), del artículo 114, de la Ley 663 de 1993: Estatuto Orgánico del Sistema Financiero Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Esto es la suspensión del pago de sus obligaciones, incumplimiento reiterado de las órdenes e instrucciones de la Supersalud debidamente expedidas, violación de sus estatutos y la Ley, manejo de los negocios en forma no autorizada o insegura, e incumplimiento de los requerimientos de capital mínimo para su funcionamiento.

Conforme a lo anterior, se designó como liquidadora de Ecoopsos EPS a ARMY JUDITH ESCANDÓN DE ROJAS, para adelantar la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar.

4. PROCURARÍA GENERAL DE LA NACIÓN

*****Circular N.º 002 (21 de marzo).**

Los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables. Las Empresas Sociales del Estado carecen de competencias para adelantar procesos de cobro coactivo en contra de las EPS, las ERP y la ADRES.

Mediante la presente Circular, la Procuraría General de la Nación advierte sobre las disposiciones legales y jurisprudenciales que impiden a las Empresas Sociales del Estado (ESE) adelantar procesos administrativos de cobro coactivo en contra de Empresas Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Responsables de Pago (ERP) y en contra de la Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES), así como la ejecución de medidas de embargo de los recursos públicos de la seguridad social en salud, que afectan gravemente el flujo de recursos financieros del sistema y vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la vida.

Por lo tanto, insta a los destinatarios de la presente Circular a observar rigurosamente el ordenamiento jurídico y jurisprudencial citado, a adelantar las actuaciones que correspondan en el marco de sus funciones y a denunciar los casos que se conozcan sobre esta irregular e ilegal práctica de cobros coactivos en procedimientos administrativos por parte de las ESES y el embargo de recursos del SGSSS. También advierte que se compulsará copia a las autoridades disciplinarias, fiscales y penales de los casos de transgresión del ordenamiento jurídico puestos en conocimiento de este organismo de control. [II](#)



Atención Integral en Oncología

Pensando siempre en tus necesidades y las de tu familia



Servicios diagnósticos

- Laboratorio Clínico Especializado
- Patología
- Imágenes Diagnósticas



Consulta, Cirugía y Especialidades Oncológicas

- Oncología Clínica
- Hemato Oncología
- Dermato Oncología
- Ginecología Oncológica
- Ortopedia Oncológica
- Urología Oncológica
- Mastología
- Coloproctología
- Dolor y Cuidados Paliativos
- Hematología
- Neurocirugía
- Cirugía Gastrointestinal
- Cirugía Hepatobiliar
- Cirugía Cabeza y Cuello
- Cirugía Tórax
- Cirugía Plástica Oncológica
- Cirugía de Mama y Tumores Tejidos Blandos
- Entre otras.



Tratamiento, Rehabilitación y Complementarios

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Medicina Nuclear
- Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
- Servicio Farmacéutico
- Nutrición
- Psicología
- Trabajo Social



PET - CT

(Tomógrafo por Emisión de Positrones)

Próximamente

¡Síguenos en nuestras redes!

@losnogalesclinica



www.clinicanogales.com



PASO A PASO PARA LA PRESTACIÓN EFECTIVA DE LAS SOLICITUDES MIPRES QUE REQUIEREN JUNTA DE PROFESIONALES:



PRESCRIPCIÓN:

Se genera la prescripción médica de un servicio o tecnología en salud No PBS que según la resolución 1885 cuenta con criterio de "requiere evaluación de junta de profesionales".



LA IPS ORDENADORA:

Deberá tener conformada una junta de profesionales, que cuente con mínimo 3 profesionales de la salud, uno de ellos debe tener la misma especialidad del profesional prescriptor. La junta debe evaluar las solicitudes a través de la plataforma MIPRES, máximo 5 días siguientes de la preinscripción de acuerdo con la normatividad vigente.



DIRECCIONAMIENTO:

Posterior a la evaluación de la junta por parte de la IPS con criterio de aprobación, la solicitud viaja a través de la plataforma Mipres para que la EPS dirija a nuestros protegidos al lugar donde le será prestado el servicio o suministrada la tecnología en salud.



PRESTACIÓN EFECTIVA:

Finalmente, después de prestado el servicio, la IPS que lo prestó debe realizar el reporte de dispensación a través de la plataforma MIPRES, de manera que la EPS y el Ministerio de Salud, puedan obtener la información de calidad y oportunidad en el acceso, así como tener la data para todos los procesos internos de cada actor.

ESTIMADO PRESTADOR, RECORDEMOS QUE, DE LA AGILIDAD Y CALIDAD DE CADA ACTOR DEL SISTEMA DEPENDE LA PRONTA RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE NUESTROS PROTEGIDOS, ESPERAMOS ESTA INFORMACIÓN LE SEA DE GRAN UTILIDAD.

