

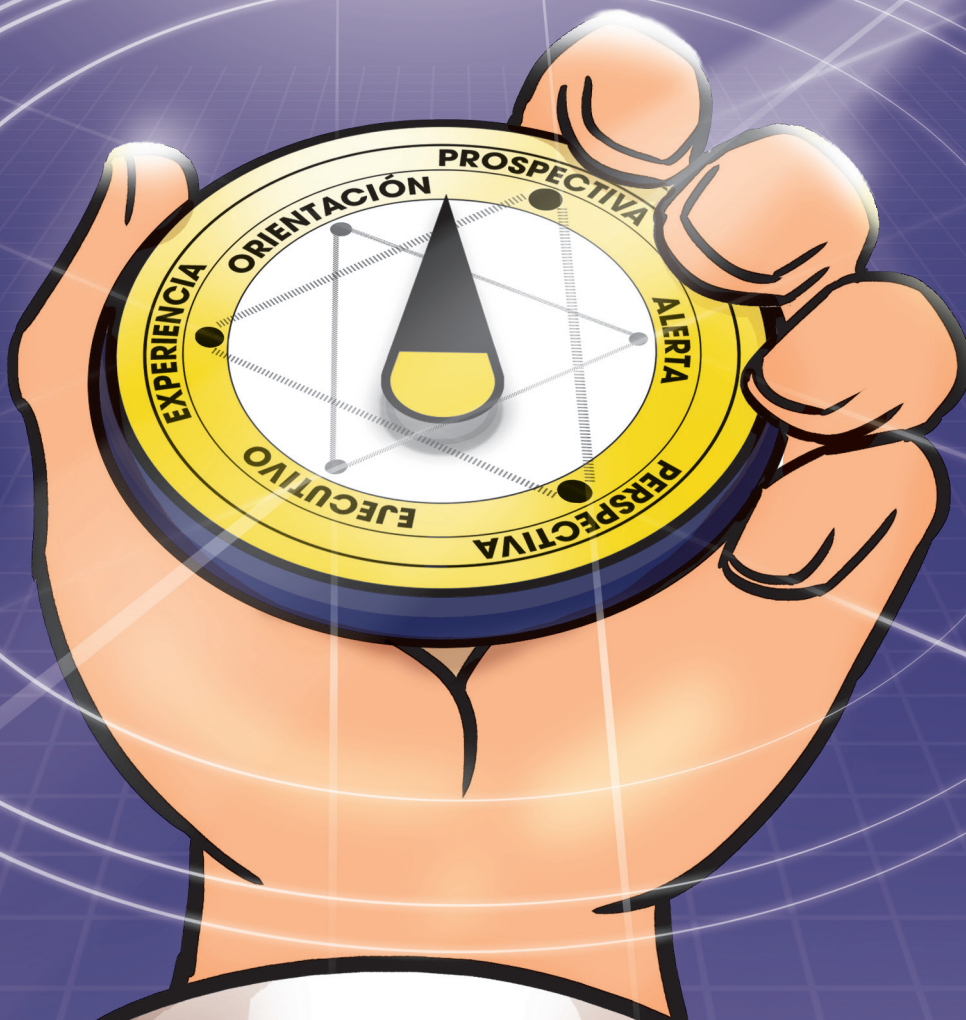


Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

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

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



**Del espacio en blanco
a un campo de atención**

Calidad e innovación para mejorar **TU SALUD**

Oferta de servicios

Brindamos atención humanizada y de calidad a nuestros usuarios.



Consulta médica general y especializada



Procedimientos diagnósticos especializados



Promoción y prevención



Urgencias y hospitalización



Atención domiciliaria



Odontología



Cirugía ambulatoria



Imagenología



Programas de cohortes especializadas



Rehabilitación



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

Escanea éste código y conoce más de nuestro portafolio de servicios



www.virreysolisips.com



SaludTotal EPS-S

VIRREY SOLIS I. P. S.





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 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 ANTIOQUIA 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 AREVALO RIBÓN

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA - 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

De la incertidumbre a la acción

4 De portada

Del espacio en blanco a un campo de atención

45 Agenda gremial

- La ACHC y Johnson & Johnson Medtech se unen para formar en Atención Basada en Valor
- La ACHC pidió al Gobierno nacional un plan extraordinario de liquidez para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

54 Notas del sector

- Clínica Orlant: treinta y cinco años transformando vidas
- E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana: 90 años de compromiso con la salud colombiana y la calidad en el servicio
- Icontec mantiene acreditación en salud al Hospital General de Medellín por 4 años
- La Fundación Cardioinfantil con sus 50 años llega a la Perla del Pacífico, Tumaco, para salvar el corazón de los niños

64 Internacional

Se ampliará vigilancia genómica a virus transmitidos por mosquitos en las Américas

66 Nos preguntan

El pago de servicios mediante anticipos en el sector salud

74 De nuestros patrocinadores

Ampliar el acceso a atención de calidad con la más alta tecnología, un propósito compartido

76 Columna

Acreditación en salud: buenas prácticas en el eje de responsabilidad social

83 De los pacientes

Se inició suministro de medicamentos a 2.000 pacientes con hepatitis C en el país

85 Cifras del sector

Cáncer en Colombia a 2022

88 Cifras del país

Las cifras de la educación en Colombia

91 Glosario

De la incertidumbre a la acción

En este tiempo tal vez la palabra que más se usa en las conversaciones cotidianas del sector salud es *incertidumbre*. En diferentes niveles y sobre cualquier temática, la conclusión es que no se puede avanzar por cuenta de la incertidumbre. Primero, fue la pandemia; luego, la transición al mundo post-COVID; después, el cambio de Gobierno; y, ahora, es la reforma al sistema de salud. Cada uno de esos momentos ha retado las certezas y, al final, a muchos los ha llevado a la parálisis. En el presente número de *Hospitalaria*, analizamos este fenómeno y le proponemos al sector una forma de gestionar la incertidumbre.

La propuesta del gremio es poder conducir a nuestro sector desde el espacio en blanco hasta un estadio que hemos denominado “campo de atención”. El campo de atención hace las veces de matriz de acciones que se deben desarrollar en diferentes ámbitos —gubernamentales, gremiales, de sociedad—, y busca concretar agendas, pero también ampliar el campo visual de los que deciden. La intención explícita del documento es provocar pensamientos de avance y desarrollo que puedan escapar de la reducida y muy presente discusión sobre la reforma al sistema de salud. Parodiando la frase de los maestros de medicina: “parecería que el que sólo habla de reforma ni siquiera de ella sabe o entiende”.

Son muchos los asuntos que podemos trabajar y expandir sin necesidad de concentrarnos en los cambios

de una ley; a esa reducción nos quieren conducir algunos. La conversación sobre los elementos fundamentales del sistema: cómo se financia; cuánto requiere; para qué existimos; a quién servimos, etc., se encuentra relegada. De igual manera, lo que podemos lograr entre los agentes, y sin presencia del Gobierno, ha dejado de discutirse: cómo nos medimos; qué lenguaje hablamos, cómo nos comparamos; cómo nos integramos; cómo premiamos los resultados superiores; cómo le damos la mano a los rezagados, etc., también se ha dejado de conversar.

Muchos contenidos tiene el documento, pero en resumen se trata de una invitación a encontrar luces, a hallar alternativas y a creer que, de los ejercicios previos, como los de la doble aceptación, se pueden seguir extrayendo ideas para ajustar día a día la operación, las metas y el fin último del sistema que nos une.

Por otra parte, y volviendo a la coyuntura sectorial, desde el gremio encontramos que cada vez más se erosiona la concordia entre actores. Inclusive al interior de cada subsector, hay grandes dificultades para mantener ideas unificadas o un norte común. Indudablemente, pasado el momento de la Reforma, será necesario refun-

dar las relaciones entre todos, con el ánimo de avanzar hacia los mismos objetivos sanitarios, organizacionales y de sector. El liderazgo está a prueba. Esa mezcla de visión, audacia, templanza y conocimiento escasea. De esta manera, un buen campo de atención requiere que los líderes pasen al tablero y lo sepan ejecutar.


Además de la reforma, que más temprano que tarde tendrá su desenlace —esperamos muy positivo—, en la actualidad seguimos sufriendo el efecto de la crónica problemática de flujo de recursos. “Plantones”, “apagones”, “cierres” son expresiones usuales en esta temporada. Desde la ACHC creemos que el sector debe seguir avanzando y no plantarse, que no puede apagarse la ideación y que tenemos que propiciar la apertura, no la clausura de todos los servicios. Por esta razón, en lugar de bajar la guardia o hacer expresiones amenazantes contra los pacientes, le hemos planteado al Ministerio de Salud un paquete de medidas que, integradas y ejecutadas simultáneamente, puedan darle ese impulso,

ese “estartazo” a la liquidez del sistema prestador de servicios. Esperamos que el Gobierno sepa diferenciar y aprecie la propuesta.

El plan inmediato y extraordinario de liquidez es una necesidad: giro directo universal; segundo tramo de liberación de reservas técnicas para el pago de carteras vencidas; más créditos de Findeter; nuevas compras de cartera; menos trámites imposibles en SOAT; fondo de garantías y uso para la prestación de servicios del medio punto de IVA social, etc., todas estas son medidas factibles. Actuando al unísono, se puede obtener un efecto potente que preserve a las instituciones presta-

doras de servicios de salud, cara visible del sistema frente a los pacientes y certeza última de la existencia de un sistema de atención.

A modo de postdata

¡Qué confusión la que introducen al debate los estudios que, de manera clara, muestran unos resultados, pero que son forzados antitécnicamente a querer expresar otras cosas! ¡Ojo!, la técnica tiene que ser siempre, y en todos los tiempos, un refugio del y para el conocimiento, en la búsqueda del bien común. 

Del espacio en blanco a un campo de atención

Juan Carlos Giraldo Valencia¹

Con el apoyo del Grupo de investigación de la ACHC:

Liliana Claudia Delgado²

Ana Sofía Zea Ruiz³

Juan Guillermo Cuadros⁴

Resumen

El presente artículo aborda la visión y desafíos del sistema de salud en Colombia, desde un concepto novedoso denominado *campo de atención* como un método para abordar el *espacio en blanco* generado por un contexto influenciado por la incertidumbre y distracción de los actuales tiempos. El método *Campo de atención* se construye a partir de tres dimensiones temporales de análisis: *Experiencia*, que es el aprendizaje del pasado y del conocimiento empírico, especialmente de la pandemia por COVID-19, identificando aciertos y áreas de mejora; *Perspectiva*, que combina pasado y presente mediante estudios técnicos para fundamentar decisiones; y *Prospectiva*, que visualiza el futuro, ideando cambios y estableciendo acciones para alcanzar visiones a largo plazo.

El *campo de atención* se articula en tres categorías de redes cognitivas: ejecutiva, orientación y alerta. La red ejecutiva promueve la visibilidad, coordinación y ampliación de ámbitos, trascendiendo lo meramente hospitalario y abordando el sistema de salud en su conjunto. Además, subraya la importancia de fomentar la calidad y entrega de valor al paciente. La red de orientación enfatiza la importancia de la sostenibilidad del sistema de salud, discute la necesidad de una reforma profunda que trascienda los cambios legislativos, y propone la *Ruta lógica hacia una salud progresiva* como el camino hacia esta transformación. Finalmente, en la red de alerta se subraya la importancia de la atención primaria de salud, reconociendo su papel crucial en la respuesta a la pandemia y en la promoción de la salud pública, así como la necesidad de abordar la importancia de servicios altamente vulnerables y esenciales para el bienestar de la sociedad.

En conjunto, estas propuestas buscan alcanzar un *óptimo de salud*, centrado en mejorar el sistema de salud y garantizar el bienestar integral de la sociedad.

¹ Director general de la ACHC. Médico y cirujano por la Universidad de Caldas, diploma en evaluación de impacto de proyectos sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Especialista en alta dirección del Estado por la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Magíster en Administración de Salud por la Universidad Javeriana y máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.

² Coordinadora del Área de Investigación. Economista, magíster en Cooperación Internacional al Desarrollo por la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

³ Economista y politóloga por la Pontificia Universidad Javeriana.

⁴ Administrador de empresas y MBA por la Universidad Nacional de Colombia

NOS SINCRONIZARNOS CON LOS LATIDOS

de nuestros pacientes para cuidar de los
más importante: **su vida.**

Dr. Gabriel Sálazar
**Jefe de métodos
no invasivos**

Conoce nuestros servicios:

- Cardiopatías congénitas
- Cardiología Clínica
- Ayudas diagnósticas cardiovasculares
- Electrofisiología
- Hemodinamia e intervencionismo
- Cirugía cardiovascular
- Falla cardíaca
- Trasplante de corazón
- Rehabilitación cardíaca

Elige la mejor opción para tus **pacientes**
Remítelos en LaCardio



Palabras clave: incertidumbre, sistema de salud, campo de atención, campo de atención de atención, reforma, sostenibilidad, atención primaria, salud pública.

Abstract

This document elucidates both the vision and challenges confronting the health system in Colombia, employing an innovative concept termed “field of attention” this methodology tackles the ‘blank space’ within a context overshadowed by modern-day uncertainties and distractions. The “Field of attention” method is constructed upon three Temporal Dimensions of Analysis: “Experience,” which assimilates knowledge from the past and empirical understanding, particularly from the pandemic, identifying successes and areas necessitating improvement; “Perspective,” which amalgamates past and present through technical studies to substantiate decisions; and “Foresight,” which envisages the future, conceiving changes and establishing actions to realize long-term visions.

Furthermore, the field of attention is articulated into three network categories: executive, orientation, and alert. The executive network fosters visibility, coordination, and expansion of scopes, transcending mere hospital environments and addressing the health system in its entirety, while also underscoring the imperative of enhancing quality and delivering value to the patient. Pertaining to the orientation network, it accentuates the significance of the sustainability of the health system, debates the necessity for a profound reform that surpasses legislative alterations, and proposes the “Logical Path to Progressive Health” as the trajectory towards this transformation. Lastly, the alert network underscores the paramountcy of a revolution in primary health care, acknowledging its pivotal role in responding to the pandemic and in advocating public health, as well as the exigency to address the importance of highly vulnerable, essential services for societal well-being. Collectively, these proposals aspire to attain an optimum of health, centered on ameliorating the health system and ensuring the comprehensive well-being of society.

Keywords: uncertainty, health system, field of attention, reform, sustainability, primary care, public health.

I. Espacio en blanco

La falta de un conocimiento seguro sobre el resultado que tendrá un suceso genera en los individuos lo que comúnmente se conoce como incertidumbre, que justamente está ligada a la intranquilidad generada por la falta de certeza sobre algo y los espacios en blanco que dejan los vacíos de información. En la actualidad, son varios los ejemplos de sucesos que generan incertidumbre, tales como: los conflictos bélicos, los pronósticos sobre una recesión económica, la crisis energética, el cambio climático, la pandemia por la COVID-19, los cambios políticos, entre otros, han llevado a que sea común escuchar hablar de este concepto en distintos espacios tanto académicos como gubernamentales.

La incertidumbre es un concepto que ha tenido una connotación negativa, lo que se puede ver en los diversos estudios realizados para mostrar los efectos nocivos que esta tiene en campos como la economía, la sociedad y lo político, que abarcan desde el estrés y la ansiedad hasta un alto riesgo en la toma de decisiones, inseguridad y un impacto significativo en la planificación a mediano y largo plazo. En últimas, estos efectos nocivos generan aversión, dado que las personas, ante la falta de información y no poder tener una rápida respuesta, se juzgan desde una posición débil, generando con ello resistencia a situaciones bajo incertidumbre (Jackson, 2018; Sconnes, 2019).

Dicha aversión se controla a través de diferentes acciones, siendo la primera, la negación de la incertidumbre, de forma tal que, al no reconocer la duda, se disminuya la desconfianza

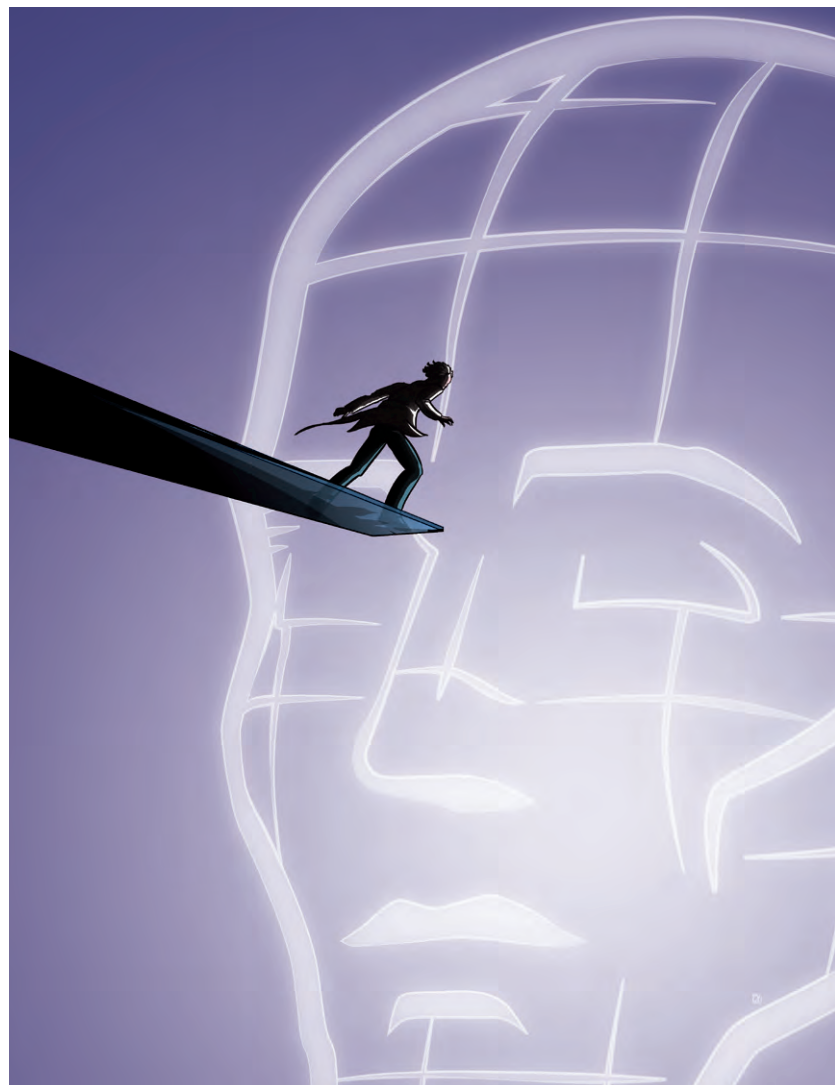
o la parálisis que se podría generar con esta (Loayssa & Tandeter, 2001). Otro de los mecanismos utilizados para disminuir la incertidumbre es la búsqueda de respuestas automáticas mediante el favorecimiento de uso de herramientas que las otorgan de manera instantánea, las cuales son validadas socialmente, por lo que no se da el espacio para profundizar en más preguntas (Jackson, 2018). Por último, también se tienen aquellas acciones que están enfocadas en la generación de confianza como las regulaciones, normativas y protocolos que llevan a una sensación de control sobre posibles escenarios inciertos (Sconnes, 2019).

En la literatura disponible, se encuentra que la incertidumbre tiene efectos negativos sobre la salud mental de las personas, lo que genera tensiones emocionales que pueden derivar en una ansiedad patológica (Rodríguez, 2021). De igual forma, se evidencia que este fenómeno se encuentra en diversos sectores, como el de los líderes empresariales y el de los trabajadores de la salud (Salgado Cabezas et al., 2022; Juárez-García, 2020; Plambeck & Weber, 2010), lo que nuevamente es reflejo de la dificultad que tienen las personas para desligarse de la aversión a la incertidumbre y la percepción de vulnerabilidad que genera.

Sin embargo, también existen visiones contrarias, desde las cuales la incertidumbre es positiva. Una de estas visiones es la que expone la autora Maggie Jackson (2018), quien la presenta de forma beneficiosa para el pensamiento crítico y la creatividad, ya que es un estado en el que las personas se encuentran en alerta por lo desconocido y abiertas a los nuevos aprendizajes que pueden obtener, por lo que se considera como un “buen estrés”. De esta forma, se puede dejar de lado el enfoque aversivo, para abrazar la incertidumbre, y de esta manera encontrar el valor que tienen los espacios en blanco, siendo

flexibles, saliendo de las zonas de confort, acercándose a lo propuesto por Kahneman (2011) en su libro *Thinking fast and slow*, donde hay que pensar despacio, alejarse un poco y reflexionar para producir mejores respuestas.

De igual forma, Jackson (2010) propone otro tema que complejiza la incertidumbre: la distracción, asociada a tener múltiples tareas dispersas, ejecutadas al mismo tiempo. En la actualidad, las personas se encuentran expuestas a una multiplicidad de estímulos e información de acceso inmediato, por la facilidad de conexión que permiten las nuevas tecnologías que, a su vez, han transformado la forma del relacionamiento entre individuos. Estas dinámicas tienden a ser justificadas por medio de las virtudes y el potencial que tiene la tecnología y el ser





Es importante destacar que el sector salud no está exento del escenario de incertidumbre y desatención. En el ámbito global, enfrentamos un incremento insostenible en los costos de salud, crisis y reformas en los sistemas sanitarios.

multitarea; sin embargo, para Jackson (2010) esto ha llevado a una cultura de difusión social, fragmentación intelectual y desapego sensorial, así como a una inmersión en la virtualidad que lleva a que las personas cada vez usen menos sus sentidos para comprender lo relevante, lo que ha causado una pérdida generalizada de la atención, considerada una de las tragedias de la era actual.

Es importante destacar que el sector salud no está exento del escenario de incertidumbre y desatención. En el ámbito global, enfrentamos un incremento insostenible en los costos de salud, crisis y reformas en los sistemas sanitarios. En Colombia, a esta situación se suman cambios gubernamentales y, por supuesto, el impacto significativo de la pandemia que alteró la operación habitual de la atención en salud.

Dentro del ámbito de las políticas públicas y el sector salud, la incertidumbre y la distracción pueden ser visualizadas como *espacio en blanco* en el vasto mapa de la gestión y planificación. Estos espacios, a menudo percibidos como vacíos o áreas sin resolver, en realidad representan oportunidades para la innovación y la reinvención. En este lienzo de posibilidades, los líderes y gestores del sector salud y políticas públicas tienen la oportunidad de trazar nuevas rutas, de diseñar intervenciones que no solo respondan a las necesidades inmediatas, sino que también construyan un futuro más inclusivo, equitativo y saludable.

En lugar de permitir que estos espacios en blanco nos detengan, podemos considerarlos como áreas que requieren una atención especial, donde la falta de certezas

se convierte en una invitación a la colaboración interdisciplinaria y la co-creación de soluciones.

II. Campo de atención

Ante el panorama anteriormente descrito, se requiere un enfoque integrado tanto a nivel macro (políticas públicas y reformas profundas) como a nivel micro (virajes administrativos y cambios de estrategias) en los agentes del sector, en especial en las instituciones hospitalarias. Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) se enuncia la necesidad de proporcionar un método, para afrontar y manejar las dificultades que enfrenta el sistema de salud ante un escenario de incertidumbre; así, se plantea que el *espacio en blanco* que deja la incertidumbre y la distracción se puede llenar mediante ideación, construyendo diversos escenarios, para ello es necesario un método que en este caso hemos denominado *campo de atención* el cual se operativiza a partir de tres dimensiones temporales de análisis y tres redes de atención cognitiva, conceptos que se explicaran a continuación.

1. Redes de atención (cognitivas)

Ante la incertidumbre y la distracción, se propone como antídoto recuperar la *atención*, definida por el psicólogo y filósofo William James como “la toma de posesión por parte de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios objetos o trenes de pensamiento simultáneamente posibles, lo que implica retirarse de algunas cosas para tratar eficazmente con otras” (James, 1890, pp. 403-404).

En complemento, el psicólogo y neurocientífico cognitivo Michael Posner ha realizado importantes contribuciones a la comprensión de la atención y su papel en el cerebro. Sus ideas

apuntan a la idea de que la atención es un proceso que involucra diferentes áreas del cerebro, y que estas áreas están interconectadas en una red (Posner, 1980). Asimismo, la atención está relacionada con la voluntad y también con la propia capacidad de asombro de los individuos de interesarse por algo. En suma, la atención es un proceso cognitivo crucial que permite enfocar la consciencia y atención en un estímulo específico, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, y es fundamental para la percepción y la acción.

La teoría de las redes de atención de Posner (1980) describe cómo las áreas del cerebro interactúan para permitir que un individuo pueda concentrarse en un estímulo y filtrar la información no deseada; igualmente, define la atención como un sistema de órganos similar a nuestro sistema respiratorio o circulatorio, en donde el cerebro se compara con el director, que dirige la mente, y se compone de tres redes, a saber: *orientación*, *ejecutivo* y *alerta*, cada una de las cuales tiene distintas funciones y estarían asociadas a diferentes áreas cerebrales; pero fuertemente interconectadas entre sí.

Si las tres redes de atención son comparables a un sistema de órganos, entonces la primera red, la *orientación*, es equivalente a una *boca cognitiva*, una puerta de entrada a la percepción; en otras palabras, se trata de un explorador, que se enfoca permitiéndonos percibir algo nuevo, girar la atención hacia él y determinar su importancia. La segunda red, la *ejecutiva*, promueve la selección y el control, con una especialidad en resolución de conflictos y captura de errores. Se traduce en habilidades de control, juicio y planificación.

Por último, la red de *alerta* es la red de guardia, el cuidador que enciende y apaga las luces en el cerebro, cuya función es la vigilia, manteniendo

un nivel de conciencia a lo largo del tiempo, con el fin de anticipar el siguiente estímulo y responder de una manera acertada en tiempos de respuesta cortos.

Figura 1. Redes de atención cognitivas



Fuente: elaboración propia a partir de Petersen, S. & Posner, M., 2012.

Auditamos y asesoramos al sector salud



AAACPT
CONSULTORES SAS

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

2. Dimensiones temporales de análisis

Las *Dimensiones Temporales de Análisis* se refieren a un enfoque o marco que contempla diferentes tiempos (pasado, presente y futuro) para analizar, comprender y proyectar fenómenos o situaciones. Estas dimensiones para el presente documento son:

- **Experiencia.** Basados en el pasado y a partir del conocimiento empírico, es esencial analizar y aprender de la reciente experiencia, especialmente en relación con la pandemia. Esto implica reconocer lo que se ha ganado, identificar áreas que requieren ajustes y señalar prácticas intolerables que deben ser erradicadas.
- **Perspectiva.** Basado en el pasado y presente con una visión panorámica y a través de estudios técnicos y profundos, se pueden obtener evidencias cualitati-

vas y cuantitativas que orienten y fundamenten las decisiones ofreciendo una base sólida para la formulación de políticas y estrategias. La ACHC, con su estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, ha proporcionado *insights* valiosos en este sentido.

- **Prospectiva.** Imaginar un futuro y traerlo al presente es esencial. Se trata de idear cambios, visualizar escenarios próximos y establecer acciones presentes que conduzcan a esas visiones a largo plazo.

En conjunto, las *Dimensiones Temporales de Análisis* ofrecen un marco holístico que abarca diferentes etapas temporales, en conjunto, aportan insumos e información sustentada para abordar los desafíos actuales y futuros en el ámbito de la salud y las políticas públicas.

Figura 2. Dimensiones Temporales de Análisis



Fuente: ACHC ponencia *Espacio en Blanco*, XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas de la ACHC 14 de Julio de 2022.

III. Aplicación del Campo de Atención

En esta sección, basándonos en los conceptos previamente explicados, transformaremos el *espacio en blanco* en un *campo de atención*. Este se concibe como un panel

que reúne acciones y propuestas extraídas de los eventos observados en distintos momentos. Que se consolidan en un tablero que organiza y define los cursos de acción a seguir.

1. Experiencia

Basándonos en el pasado inmediato y tomando la pandemia de COVID-19 en el contexto nacional como marco, analizaremos el desempeño del sector salud, reflexionando sobre aspectos clave derivados de la experiencia adquirida durante la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19.

Al respecto, se sugieren tres categorías:

- 1. Lo que se ganó**, donde se caracterizan algunas experiencias y/o aprendizajes que se obtuvieron, dentro de las que se incluyen revaloración de lo misional, la visibilidad, la coordinación, el reconocimiento de las redes y la practicidad.
- 2. Abordaje de los asuntos que requieren ajustes**, comenzando a considerar posibles soluciones, entre ellas, las relaciones laborales, el *burnout*, la relación con la academia y la industria.
- 3. Clasificación de los intolerables**, es decir, aquellas situaciones que no se pueden seguir permitiendo, entre las que se encuentran el retroceso en la ampliación de ámbitos, el exceso de trámites como barreras de acceso y el manejo inadecuado del riesgo.

Lo que se ganó

En relación con *lo que se ganó*, desde la experiencia de las instituciones en pandemia algunos aspectos adquirieron gran visibilidad y reafirmaron la misión del sector salud. Durante este periodo, se logró reconectar con su propósito esencial: brindar atención en salud desde un profundo reconocimiento a la vocación de servicio. Esto permitió revalorizar el enfoque humanista en la labor del personal asistencial.

Durante la pandemia, se hizo habitual hablar exclusivamente de la mortalidad causada por el virus; sin embargo, también es de suma relevancia tener en cuenta la contraparte de estas cifras. Con corte a junio de 2022, según el Instituto Nacional de Salud Colombia, hubo cerca de 6,2 millones de pacientes contagiados con COVID-19, de los cuales aproximadamente seis millones de pacientes se recuperaron; es decir, aproximadamente el 97 % de las personas que se contagiaron con el virus, se recuperaron satisfactoriamente (*Figura 3*). Cabe resaltar que este número de recuperados no fue espontáneo, sino que es el resultado de un arduo trabajo realizado por el sector salud en su conjunto y en especial por las instituciones hospitalarias que realizaron la prestación del servicio aunado a otras medidas como el uso del tapabocas, el distanciamiento social y las cuarentenas.



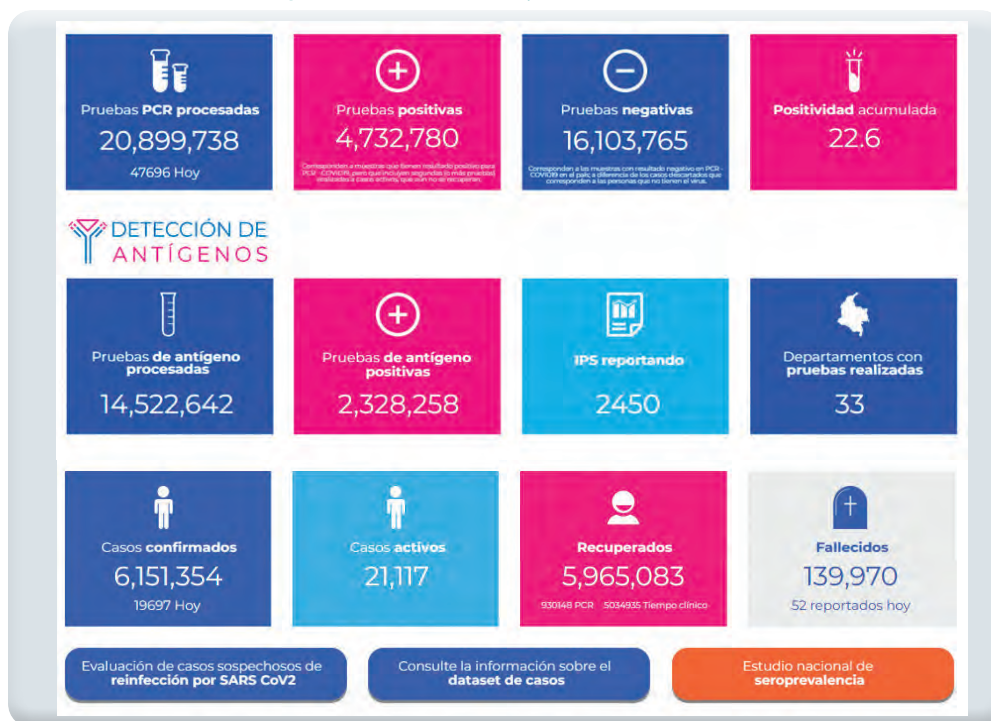
DM-CER969862

**¡Somos la primera
compañía en
Latinoamérica con
la certificación
ISO 13485!**

Escanea el código y
descubre todo sobre
esta certificación.



Figura 3. Número de casos de contagio por COVID-19 confirmados, activos, recuperados, fallecidos y pruebas realizadas al 29 de junio de 2022 en Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS, 2022).

También se debe mencionar el Plan Nacional de Vacunación por COVID-19, con el que se aplicaron más de 85.767.160 de dosis, ya que, con este plan, según estimaciones realizadas por Rojas-Botero et al. (2022), durante el año 2021 se

logró evitar cerca de 22.000 muertes⁵ entre los mayores de 60 años, lo que representó una reducción del 32,4 % respecto a las muertes esperadas para ese año (Tabla 1). Logros tan significativos como este, hicieron del sistema de salud un componente visible e importante para la sociedad; sin embargo, ahora que se logró dicha *visibilidad*, es momento de reflexionar y reafirmar que, luego de superar la pandemia, esta es una característica que se debe promover y sostener en el tiempo.

⁵ “Este resultado del estudio Efectividad de las vacunas contra COVID-19 aplicadas en Colombia -Cohorte Esperanza-, se centró en las personas vacunadas con esquema completo de 60 años y más, priorizadas en las etapas 1 y 2 del Plan Nacional de Vacunación. La inmunización evitó que al menos 22 mil adultos mayores más murieran por esta causa, es decir, el 32,4 % de las muertes esperadas”. Boletín de Prensa N° 121 del 16/02/2022. MINSALUD.

Tabla 1. Impacto en tasas de mortalidad del año 2021, según resultados del estudio de efectividad de las vacunas contra la COVID-19 aplicadas en Colombia

Edad	Efectividad de vacunación completa	Cobertura de vacunación (%)	Muertes observadas	Muertes evitadas	Tasa de mortalidad observada por 100,000	Tasa de mortalidad esperada por 100,000	Fracción prevenible (%)
60-69	87.6	71.5	16,503	4,570	584.2	745.9	21.7
70-79	78.9	77.2	15,431	7,889	733.1	1,107.9	33.8
80+	61.2	84.8	14,049	9,619	1,338.3	2,254.7	40.6
60+	--	--	45,983	22,078	646.9	957.5	32.4

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Otro aspecto relevante de *lo que se ganó* fue la forma en la que se dio la *coordinación* entre actores, que fue efectiva gracias a que, durante la pandemia, se suprimieron procesos burocráticos engorrosos para dar espacio al conocimiento y a las conversaciones entre expertos y los diferentes actores del sistema para, de esta forma, establecer los lineamientos necesarios en tiempo real. Esta experiencia demostró que la coordinación puede funcionar de manera eficiente cuando existe voluntad para resolver problemas, más allá de disposiciones normativas, por lo que se destaca la importancia del conocimiento y la flexibilidad para manejar los diferentes grados de autoridad en todos los niveles gubernamentales, lo que a su vez permitió una toma de decisiones eficiente que resultó vital durante la pandemia.

Dentro de *lo que se ganó* también se encuentra la *practicidad* en respuesta a la pandemia, ya que, durante este periodo, se realizaron acciones que se encuentran fuera de la “hoja de ruta” habitual de un Gobierno. Algunos ejemplos de esto son los siguientes: la decisión de firmar comodatos con entidades privadas para utilizar equipos comprados con recursos públicos; la creación de áreas extrahospitalarias en lugares no habilitados y la propuesta de pago por disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) e intermedias. Respecto de esta última, en el año 2020, tras la gestión de la ACHC, el Gobierno nacional otorgó estos reconocimientos económicos por un periodo de once meses, mediante las Resoluciones 1161 de 2020 y 1576 de 2021, por las cuales se establecieron *los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus COVID-19 y se regulaba el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios*. La Administradora de los Recursos del Sistema

General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por su parte, dispuso el mecanismo para el cálculo y giro correspondiente de los recursos, conforme a la tarifa definida en dichas Resoluciones (*Tabla 2*), con el que se buscó apoyar que las instituciones prestadoras mantuvieran la disponibilidad de camas necesarias para la atención durante la emergencia sanitaria por la COVID-19.

Tabla 2. Anticipos pago disponibilidad camas (UCI-intermedias) giro ADRES de junio 2020 a abril 2021 en el marco de la pandemia por COVID-19 (cifras en pesos)

Ítem	Total
Total de dinero girado	\$604.771.117.574
Total de IPS beneficiadas	398

Fuente: ACHC a partir de información reportada por ADRES en la plataforma Lupa al giro, 2023.

También se destaca la gestión realizada por la ACHC ante el Gobierno nacional para la obtención de recursos que permitieran el adecuado flujo de dinero dentro del sistema y, por consiguiente, la atención oportuna de los pacientes tanto en la pandemia por COVID-19 como posterior a esta. Uno de los logros de la gestión fue el *pago de servicios de urgencias de población migrante*, mediante las Resoluciones 1897 de 2021 y 1199 de 2022 del Ministerio de Salud y la ADRES se giraron \$ 500.000.000.000 de pesos a más de 459 IPS con los que se sanearon facturas por concepto de atenciones prestadas a personas en condición de migración irregular o no afiliada al sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Sumado a lo anterior, mediante la Resolución 1161 del 15 de julio del 2020, el Gobierno nacional fijó las Canastas COVID, las cuales incluyeron todos los servicios para la atención del coronavirus y el valor que se pagaría por estas. De esta manera, se giraron aproximadamente 1,8 billones de pesos (*Tabla 3*), con los que se pudo garantizar que las instituciones contaran con los recursos necesarios para brindar una atención integral y completa a los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Tabla 3. Beneficiados ACHC por pago de canastas COVID-19 (cifras en pesos)

Resumen (mayo-junio de 2021)	Monto	Porcentaje
Total General de IPS de país (902 IPS)	\$ 917.487.962.660	49,9 %
Monto no girado a IPS (100 IPS retiradas por instrucción de Minsalud)	\$ 17.268.907.885	0,9 %
Total general EPS país (22 EPS)	\$ 905.137.042.498	49,2 %
Total canastas COVID-19 girado (IPS-EPS)	\$ 1.839.893.913.043	100 %

Fuente: ACHC a partir de Resolución 1585 de 2021 Minsalud y ADRES.

Otras medidas que se usaron para garantizar el flujo de recursos al interior del sistema fueron la compra de cartera por parte de la ADRES a las instituciones prestadoras y la liberación para el uso de los recursos que respaldan las reservas técnicas de las EPS para el pago de la cartera que tuvieran con las IPS.

Sobre esta última, mediante la Resolución 2572 de 2020, la ADRES giró aproximadamente 407.500 millones de pesos a 381 IPS beneficiarias. Por su parte, con el Decreto 995 del 2022 ideado durante pandemia y concretado en post-pandemia, el Ministerio de Salud autorizó a las EPS cuya deuda fuera mayor a 60 días y esta concentrara el 15 % o más de la deuda total a hacer uso de los recursos que respaldan las reservas técnicas para pagar la cartera de largo plazo. De esta forma nueve EPS giraron aproximadamente 848.100 millones de pesos a IPS públicas, privadas y mixtas, así como a otros acreedores, contribuyendo a la disminución de la cartera que tienen las EPS con las IPS, que, para diciembre de 2022, alcanzó los 14 billones de pesos (ACHC, 2023).

Simultáneamente, es crucial subrayar la resiliencia demostrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esta resiliencia se manifiesta de una parte por la habilidad para mantener su integridad ante los desafíos y de otra, la capacidad para construir y reconstruir en respuesta a las adversidades, según lo define Vanistendael en 1995 (citado por Uriarte, 2005).

Durante el periodo que duró la pandemia, la ACHC (2020) realizó un continuo ejercicio de documentación de medidas que tomaron las instituciones prestadoras para adaptarse y fortalecerse ante los retos generados por la COVID-19, mediante seguimiento y encuestas⁶, que buscaron ilustrar la situación hospitalaria ante pandemia, dentro de las que se puede reseñar:

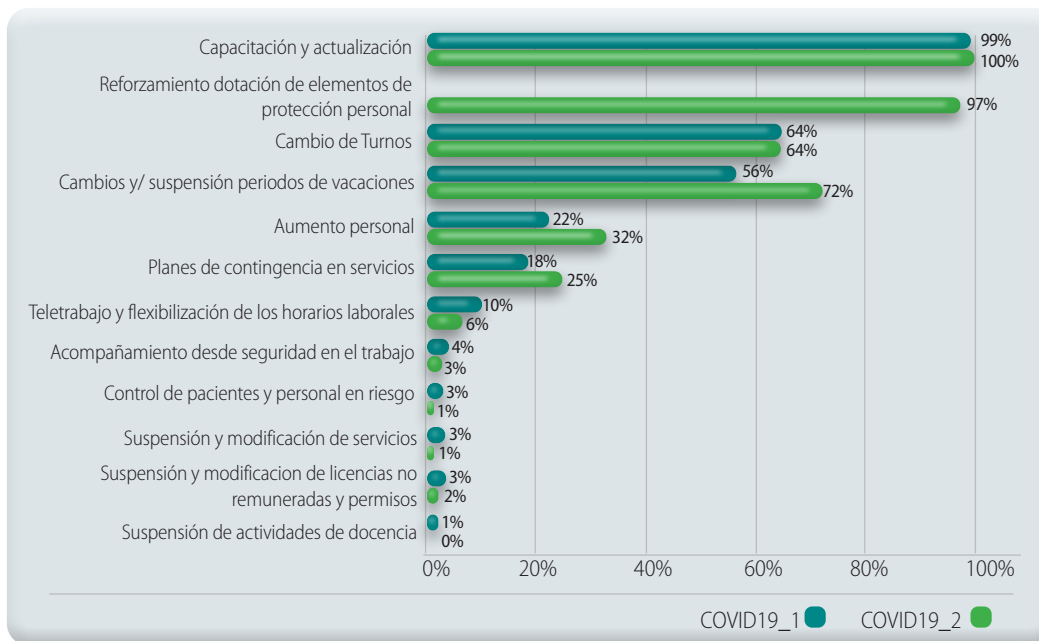
En el ámbito interno, se implementaron varias medidas de las instituciones en respuesta a pandemia: en primer lugar, la capacitación y actualización implementadas en el 100 % de las instituciones durante las dos cohortes de la encuesta; en segundo

⁶Se realizaron dos encuestas: la primera tuvo lugar el 23 de marzo del 2020 y, la segunda, el 15 de mayo del 2020.

lugar, el reforzamiento de los elementos de dotación para la protección personal con el 97%⁷; en tercer lugar, los ajustes en los turnos se realizaron en más del 64 % las instituciones; en

cuarto lugar, se ubican los cambios en los periodos de vacaciones y el aumento de personal con un 56 % para el primer corte y 72 % para el segundo (Gráfica 1).

Gráfica 1. Medidas implementadas por las instituciones hospitalarias afiliadas durante la pandemia por COVID-19



Fuente: ACHC (2020; cruce de las mismas instituciones reportantes en ambas encuestas).

De igual forma, las instituciones tomaron medidas hacia lo externo, en este caso enfocadas a los pacientes, dentro de las que se resalta la restricción a los acompañantes y visitantes, que fue tomada por más del 90 % de las instituciones en las dos cohortes de la encuesta; asimismo, se implementó la realización de un triage especializado para pacientes con síntomas de COVID-19, siendo esta realizada por el 79 % y el 87 % de las instituciones en cada una de las cohortes de la encuesta, respectivamente. Adicionalmente, entre el 79 % y el 84 % optaron por aplazar o reprogramar las intervenciones (Gráfica 2).

Si bien esta medida tuvo impacto positivo en la mitigación de la propagación del virus durante la pandemia, ahora en el post-COVID-19 se asocian a problemáticas asociadas al represamiento de intervenciones y diagnósticos de enfermedades no transmisibles.

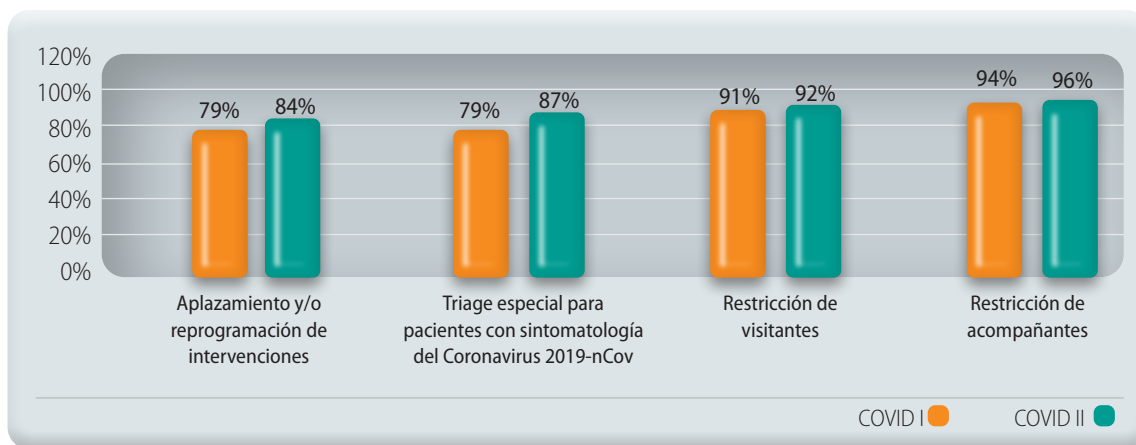
Un ejemplo de lo anterior fue que, durante el primer y segundo pico de la pandemia en Colombia, se redujeron los procedimientos cardiológicos y, en estos, aumentaron las complicaciones que se podían presentar a los pacientes. De manera similar, manifestó una creciente pre-

⁷En la primera encuesta no se incluyó esta medida como opción, por lo que solo se cuenta con información de la segunda encuesta.

ocupación, debido a que las cancelaciones de citas médicas y las barreras en la prestación de servicios podrían resultar en un aumento de diagnósticos tardíos de cáncer, complicando así el acceso a tratamientos oportunos. Para mitigar este escenario, las instituciones hospitalarias implementaron diversas estrategias

a medida que avanzaba el proceso de vacunación. Entre estas medidas se incluyó la reapertura completa de servicios con horarios de atención extendidos para satisfacer la creciente demanda, así como la priorización en la atención de pacientes con altos niveles de vulnerabilidad o comorbilidades (ACHC, 2021).

Gráfica 2. Medidas implementadas por las Instituciones Hospitalarias afiliadas durante la pandemia por COVID-19 respecto a los pacientes



Fuente: ACHC-2020 (cruce de las mismas instituciones reportantes en ambas encuestas)

En conclusión, la flexibilidad que tuvo tanto el Gobierno como las Instituciones prestadoras resalta la importancia de la coordinación eficiente y la toma de decisiones acertadas en situaciones de crisis, por la necesidad de disposición para encontrar soluciones creativas. Esta actitud práctica y orientada a resolver problemas se considera invaluable y debe mantenerse en el futuro, por lo que, sin dejar de reconocer la necesidad de respetar los marcos normativos generales, se insta a mantener una actitud resolutiva que permita encontrar soluciones rápidas y crear mecanismos y normatividad adaptable al entorno cambiante.

Asuntos que requieren ajustes

Si bien *lo que se ganó* es amplio, también se debe reconocer la necesidad de abordar aquellos *asuntos que requieren ajustes*. Dentro de esta categoría se encuentra un tema prioritario relativo al talento humano en salud, ya que hoy se reconoce abiertamente el desgaste, desmoralización y agotamiento debido a la situación de la pandemia, que llevó a un fenómeno global de renuncia en el sector y una fricción entre lo vocacional y lo misional, *generado por el síndrome de Burnout⁸ y fatiga por compasión⁹*.

Según una encuesta realizada por Madero et, al (2022), en la que se buscó

⁸ Leiter & Maslach (2016) afirman que el síndrome de Burnout reúne síntomas como la falta de energía física y mental, pérdida del interés por el trabajo, despersonalización y sentimientos de autodesvalorización, lo que muestra el agotamiento que tiene el trabajador.

⁹ Janet Aguilar (2021) define fatiga por compasión como: "Tipo de estrés resultante de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional con el paciente que sufre y padece."

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**

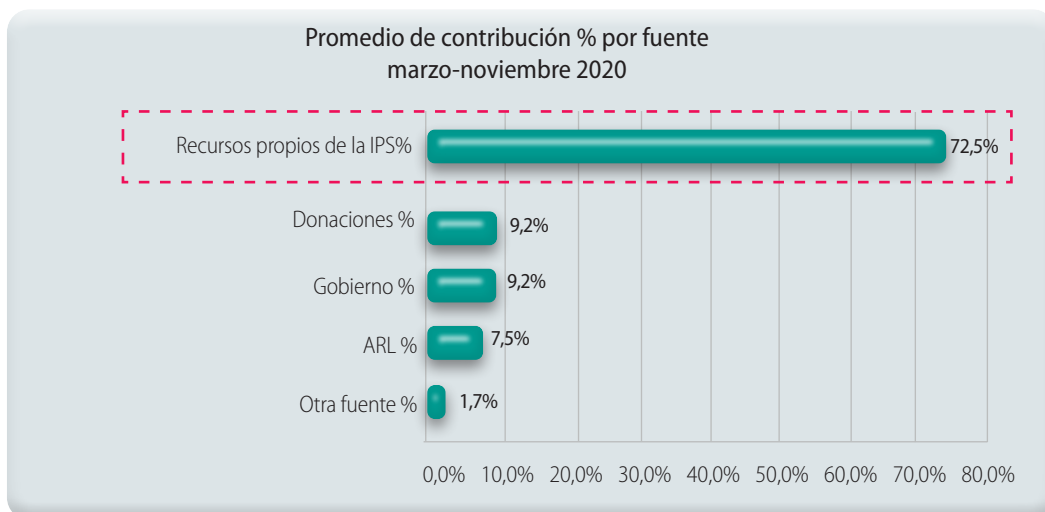
indagar por las distintas características que componen el burnout, en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19, el 25,4% de los profesionales encuestados sufrió de agotamiento severo, el 27,9% de despersonalización severa y el 62,5% de baja realización personal severa. Estos factores son indicativos del síndrome de agotamiento profesional, también conocido como burnout. Cabe destacar que, en ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el burnout como una enfermedad relacionada con el trabajo.

Durante la pandemia por COVID-19, acciones como la intubación de pacientes, trabajar en unidades de cuidados intensivos, enfrentar fallecimientos frecuentes, comunicar noticias desfavorables y la pérdida de un colega o ser querido estuvieron estrechamente vinculadas con el agotamiento emocional o fatiga por compasión en los trabajadores de la salud.

Ante este contexto, se requiere un enfoque integral que trascienda las simples reformas salariales y modelos de contratación. Es imperativo elaborar un proyecto comprensivo que contemple elementos como la compensación emocional, el bienestar del empleado y la redefinición del rol de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Frente al relacionamiento con las ARL, se constató en pandemia cómo la no entrega oportuna de los elementos de protección personal obligó a que las instituciones hospitalarias realizaran inversiones significativas para revertir esta situación, lo cual fue documentada por la ACHC (2020) en otra de las encuestas realizadas a sus afiliados, sobre la adquisición de elementos de protección personal (*Gráfica 3*). Esta encuesta fue aplicada a 93 IPS afiliados a la ACHC, de las cuales el 47 % corresponde a la alta complejidad, 18 % a mediana y 35 % a baja, mientras que el 63 % corresponde a privadas y el 37 % a públicas. Las instituciones manifestaron en su momento que la variación porcentual entre el gasto promedio que tuvieron en elementos de protección personal en el año 2019 (antes de pandemia) y el que tuvieron entre marzo y noviembre de 2020 (en pandemia) fue del 163 %, siendo el mes de julio de 2020 en el que se alcanzó el punto más alto del gasto. Del gasto en elementos de protección personal que se dio entre marzo y noviembre de 2020, un 72 % corresponde a recursos propios de las instituciones hospitalarias, 9,2 % corresponde a donaciones, 9,2 % al Gobierno, las ARL contribuyeron con un 7,5 % y otras fuentes 1,7 %.

Gráfica 3. Encuesta sobre adquisición de elementos de protección personal de instituciones afiliadas a la ACHC



Fuente: elaboración propia con base en información suministrada por 93 instituciones reportantes afiliadas a la ACHC durante el año 2020.

Respecto de la relación con la industria, es necesario entablar un diálogo constructivo, pues esta debe participar como coproductora y coparticipe en la gestión y atención de la salud, yendo más allá del rol de comercialización. Además, el diálogo con la industria es fundamental para abordar el tema de la soberanía sanitaria, estableciendo una reserva estratégica nacional de bienes sensibles para el sector de la salud, cuyo tema se ampliará en la sección final de enfoque prospectivo.

Lo que no se puede permitir

Finalmente, dentro de la categoría de *lo que no se puede permitir*, se encuentra el tema de la calidad en la atención que, dentro de la búsqueda de la cobertura universal, ha sido relegada a un segundo plano. Por esta razón, se señala la necesidad de implementar una *política nacional de fomento de la calidad* que abarque diversos aspectos como incentivos reales, políticas tributarias y conversaciones con el sector educativo, propuesta que será ampliada más adelante en la sección de prospectiva.

De igual forma, durante la pandemia se pudo comprobar que es posible reducir la burocracia y agilizar los procesos administrativos. Ejemplos de esto son el *giro directo* y los movimientos de pacientes críticos a través de los centros reguladores de urgencias (más allá de las redes de contratación de las EPS) que resolvieron los asuntos de manera eficiente, lo que también demuestra que el sistema funcionó sin tantos trámites.

Es importante tener en cuenta las lecciones aprendidas y buscar formas de mantener la eficiencia y agilidad en el sistema de salud. Esto implica continuar simplificando los procesos administrativos, reduciendo la burocracia y promoviendo un flujo adecuado de las operaciones. Esto podría incluir la revisión

y actualización de los procedimientos, la utilización de tecnología adecuada para agilizar los trámites, así como la promoción de una cultura organizacional que valore la eficiencia y la calidad en la atención de la salud.

Otro punto que no debe seguir permitiéndose es el uso del concepto de *gestión del riesgo* en ciertos contextos para encubrir prácticas como la integración vertical, transferir o derivar el riesgo e imponer barreras de acceso a la población. La verdadera gestión integral del riesgo en salud es una estrategia que busca anticiparse a eventos relacionados con la salud pública, enfermedades y traumatismos para prevenir su aparición o, en caso de presentarse, detectarlos y tratarlos tempranamente para reducir su impacto y consecuencias. Esta gestión involucra la coordinación de diferentes agentes para identificar y actuar sobre las circunstancias y condiciones que afectan la salud, originadas en los individuos, colectivos y su entorno.

Cuando se aplica de manera adecuada, este enfoque tiene un gran valor. Por ello, es esencial que dentro de un sistema de aseguramiento se mantenga y refuerce esta función. Es fundamental asegurar que todos los involucrados entiendan sus responsabilidades y que no se deleguen inapropiadamente, como ha sucedido anteriormente mediante contratos, glosas no justificadas o la falta de reconocimiento de deudas en los procesos de liquidación. También es crucial que las aseguradoras cumplan con ciertos requisitos que, hasta ahora, han sido ignorados. Entre estos se incluye el respeto a los estándares de habilitación y permanencia. Cabe destacar que, según la Superintendencia de Salud, en su informe de Superintendencia de Salud decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones, con corte a junio de 2022 solo 7 de las 25 EPS evaluadas cumplían completamente con estos estándares¹⁰.

Cada agente dentro del sistema tiene un rol y unas funciones que no deben ser pasados por alto ni traspasados a

¹⁰ En su informe del cumplimiento de indicadores de permanencia, la Superintendencia de Salud no tiene en cuenta a las 5 EPS indígenas, de allí que el número sea 25.



La pandemia por COVID-19 ha sido un catalizador para cambios y evaluaciones en el sistema de salud. Ha expuesto tanto las fortalezas como las debilidades del sistema, ofreciendo una oportunidad única para entender y proponer una reforma.

otros sin consideración. Reconocer y respetar estas competencias individuales es fundamental para un funcionamiento eficiente y efectivo. Esto implica adaptar y aplicar las estrategias de gestión del riesgo de acuerdo con las características y responsabilidades de cada entidad. Al personalizar el enfoque de la gestión del riesgo, se puede garantizar que las acciones y decisiones se ajusten a las necesidades y capacidades específicas de cada agente del sistema, lo que aumenta la efectividad general.

En síntesis, sobre la experiencia, la pandemia por COVID-19 ha sido un catalizador para cambios y evaluaciones en el sistema de salud. Ha expuesto tanto las fortalezas como las debilidades del sistema, ofreciendo una oportunidad única para entender y proponer una reforma. La capacidad del sistema para adaptarse rápidamente a circunstancias excepcionales, como la implementación de un plan de vacunación masiva y la adaptación a nuevas formas de atención como la telemedicina, demuestra un nivel de resiliencia y flexibilidad que debe ser capitalizado en el futuro.

No obstante, la pandemia también ha puesto al descubierto notables deficiencias en aspectos como el bienestar mental de los trabajadores de la salud, la pérdida de relevancia del tema de calidad, el exceso de trámites y las prácticas indebidas por parte de algunos actores del sector, aspectos que demandan soluciones de largo aliento y así trasciendan la mera reacción ante la emergencia.

Las lecciones aprendidas durante la pandemia deberían servir como un punto de partida para reformas estructurales que fortalezcan la resiliencia del sistema de

salud mejore la calidad de la atención y aseguren una distribución más equitativa de los recursos. Esto incluye la adopción de tecnologías emergentes, la revisión de protocolos y la implementación de políticas que promuevan la salud pública de manera más efectiva, así como la reconstrucción de la confianza para restaurar la relación entre los actores del sistema mediante una comunicación clara y el fomento activo de la colaboración entre actores.

2. Perspectiva

Hace referencia al pasado reciente y el presente, por medio de perspectivas obtenidas a partir del desarrollo y uso de estudios técnicos, de modo tal que se construye “una película” con hechos recientes que orientan y dan pautas para implementar mejoras. En tal sentido, y desde un ejemplo de un estudio con aplicación global desde hace varios años la ACHC viene realizando el estudio titulado *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, con el que ha buscado analizar el desempeño de los sistemas de salud de diferentes países mediante la construcción del índice compuesto de resultados de salud (ICRS).

En el año 2022, se presentó la tercera edición del ICRS (ICRS 2022) —las dos anteriores son de 2013 y 2017—, en la que se estudiaron 94 países mediante el análisis de 38 variables. 12 de estas variables corresponden a resultados y/o desempeño en salud, siendo estas variables con las que se construye el índice, las cuales se agrupan en cinco grupos o factores: 3 variables son de *organización y estructura*, con las que se caracteriza y describen los sistemas; 23 variables más son de *insumo y contexto*, divididas en capacidad de respuesta, contexto, cobertura y capacidad del sistema y factores de riesgo, con las que se realiza el análisis de correlación entre el índice y las variables de insumo. Cabe resaltar que en esta versión se incluyó el factor COVID dentro de las

Experiencia

iSuite



Más de
10.000

quirófanos en todo el mundo están equipados con las soluciones iSuite.



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

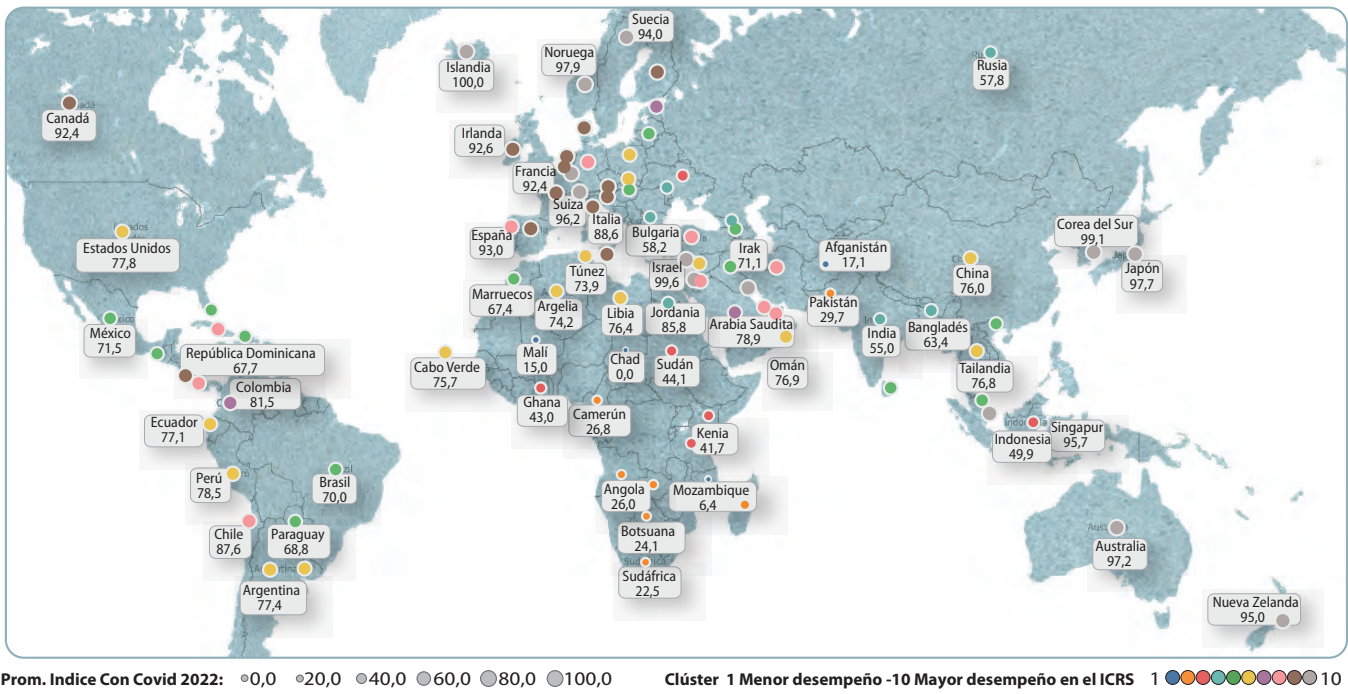
variables de resultado, con el que se adaptó el estudio a la coyuntura generada por la pandemia por COVID-19.

Los resultados del ICRS 2022 revelaron que en el clúster 10, conformado por trece países, se destacaron naciones como Islandia, Israel, Corea del Sur, Noruega y Japón, alcanzando una puntuación promedio de 96,9 puntos. De manera contraria, en el clúster 1 (países con el desempeño más deficiente en el índice) aparecen cuatro países: Chad, Mozambique, Mali y Afganistán, que obtuvieron una puntuación promedio de tan solo 9,6 puntos.

Por su parte, Colombia se ubicó en el clúster 7, un grupo de países con desempeño medio-alto, con un índice de 81,5 puntos, el cual está por encima del promedio global de 71,7 puntos, ocupando la posición 39 dentro de los 94 países evaluados. En la región, Colombia es superada por países como Canadá, Costa Rica, Chile, Panamá y Cuba, mientras que países como Perú, México, Argentina y Brasil se ubican en puestos inferiores.

Al desagregar los resultados del ICRS 2022 en los cinco factores que lo componen, se muestra que el factor 2, relacionado con las tasas de mortalidad (materna, infantil, menores de cinco años, neonatal y adultos), fue en el que los países tuvieron un mejor desempeño medio con 83,6 puntos; seguido por el factor 4, relacionado con la incidencia de tuberculosis y la tasa de enfermedades no transmisibles, con 73,4 puntos, y el factor 3, compuesto por los años de vida ajustados por discapacidad con 72,5 puntos. El factor 1, asociado con los años de vida al nacer y saludables, marcó una puntuación media de 67 puntos, mientras que el factor 5, relacionado con la mortalidad por COVID-19, fue en el que se tuvo un menor desempeño promedio con 53,2 puntos, lo que refleja en cierta medida las dificultades que tuvieron los países para afrontar la pandemia en el corte temporal del estudio.

Mapa 1. Índice Compuesto de Resultado en Salud -ICRS- 2022 agrupado por clústeres de desempeño.



Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S., 2022.

Respecto de la relación del índice con la estructura del sistema, si bien categorías como *Estado guardián*¹¹ y *modelo Bismarck* (seguridad social)¹², dentro de la organización y estructura de los sistemas, se relacionan con mejores puntajes promedio frente a otras, no se puede concluir categóricamente que existe una combinación única e ideal para organizar los sistemas de salud, lo cual ratifica los hallazgos obtenidos en la edición de 2017 de este estudio. Asimismo, un mayor nivel de gasto en salud (gasto total, gasto público, gasto en atención primaria, etc.) en general es determinante en el desempeño de los sistemas; sin embargo, no se puede olvidar que esto está directamente relacionado no solo con la voluntad política, sino también con el nivel de ingreso y desarrollo de cada país.

El análisis de correlaciones estimado entre el ICRS 2022 y variables de insumo y/o contexto buscó determinar cómo las variables *vacunación contra COVID, densidad de médicos y de enfermeras y parteras, gasto adicional en atención COVID, índice de percepción de corrupción, porcentaje de personas con agua potable, probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años*, entre otras, se relacionan con el resultado obtenido en el ICRS 2022.

Como resultado, se obtuvo que los países con mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras), ma-

yor Índice desarrollo humano -IDH-, menores niveles de corrupción, mejor respuesta a la pandemia (aplicaron un mayor número de vacunas y gastaron más dinero para atenderla), entre otros, se relacionaron de manera positiva con el ICRS 2022; es decir, estos países mostraron un mejor desempeño en el índice. De manera contraria, variables como la *probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años* se correlacionaron de forma negativa con el ICRS 2022, lo que significa que los países con una mayor probabilidad de morir por estas enfermedades se asociaron con un resultado en el ICRS 2022 más bajo.

Como conclusión, el estudio mostró que, en general, los países de mejor desempeño disponen no solo de una mayor cantidad (y posiblemente calidad) de recursos en términos financieros, sino también de mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras), frente a los países de menor desempeño. De igual forma, se resalta la importancia del contexto socioeconómico en el desempeño de los sistemas de salud, dado que indicadores como el Índice de

¹¹ El Estado es el administrador, mas no el propietario, de los servicios de salud, que garantiza una cobertura mínima de los servicios para los ciudadanos, y la financiación se basa en agencias de seguro social de propiedad y operación privada.

¹² En el modelo Bismarck, la financiación se debe dar por medio del recaudo de cuotas obligatorias de las empresas y los trabajadores a las aseguradoras. En este, el aseguramiento es obligatorio para la prestación de los servicios.

A mayor capacidad instalada, mayor talento humano, un nivel más alto de gasto en salud, la garantía de bajos niveles de corrupción y una mayor efectividad gubernamental contribuyen a un mejor posicionamiento en el ranking.

Desarrollo Humano (IDH) o el índice de percepción de corrupción se asocian positivamente con el ICRS 2022.

Dentro de la dimensión Contexto, se resalta el indicador efectividad del Gobierno, este hace parte del proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) indicadores sobre gobernanza que analizan las instituciones por las cuales se ejerce la autoridad, la efectividad del gobierno captura las percepciones de la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y el grado de su independencia de las presiones políticas, la calidad de la formulación e implementación de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno con dichas políticas, al respecto se encontró evidencia de correlación positiva con el -ICRS-.

En la dimensión Cobertura y capacidad del sistema, se incluyó el índice de cobertura UHC construido por GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet (2020) para medir la cobertura efectiva el cual se construye con 23 indicadores de cobertura efectiva en una matriz que representa los tipos de servicios de salud (por ejemplo, promoción,

prevención y tratamiento) y cinco grupos de población-edad que abarcan desde reproductivos y recién nacidos hasta adultos mayores (≥ 65 años). Los indicadores de cobertura efectivos se basaron en la cobertura de la intervención o en medidas basadas en los resultados, como las razones de mortalidad a incidencia para aproximar el acceso a una atención de calidad. En este indicador Colombia se clasifica en este grupo clúster 7 y su UHC Índice de cobertura efectiva (IHME UW) para el año 2019 fue de 74,3.

Dicha variable se asocia positivamente con el índice de resultado evaluador por la ACHC, es decir un acceso efectivo en materia de atención en salud se asocia con la obtención de mejores resultados en salud.

En síntesis, respecto de las variables de insumo, se observa que, a mayor capacidad instalada, mayor talento humano, un nivel más alto de gasto en salud, la garantía de bajos niveles de corrupción y una mayor efectividad gubernamental contribuyen a un mejor posicionamiento en el ranking. Por lo tanto, no solo es el tipo de modelo y financiación de un sistema lo que determina el resultado final, sino el uso adecuado de los diversos recursos, lo que lleva a mejores desenlaces.

La naturaleza de este estudio permite observar tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas de salud. De forma puntual, para Colombia surgen preguntas como las siguientes: ¿Se puede aspirar a tener un mejor modelo de salud? ¿Cuáles

La experiencia nos respalda

COMERCIALIZAMOS

Un portafolio especializado de medicamentos y dispositivos médicos.



BRINDAMOS

Una gestión farmacéutica integral, prestando servicios farmacéuticos ambulatorios e intrahospitalarios.



ATENDEMOS



Poblaciones a través de modelos integrales de atención en salud.
(Patologías de alto costo, crónicas, huérfanas y autoinmunes).


cohan
Más vital

FORMAMOS



Para la transformación de la atención en salud.

Contrata hoy una experiencia vital
para tu institución de salud



Se visualizan las tres redes de atención cognitivas de Posner (1980) como una brújula tridimensional, esencial para navegar en el vasto océano de la atención y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

son las características que tienen los mejores sistemas y como se podrían adaptar al contexto nacional? ¿Podemos pretender ascender en este ordenamiento? Frente a estas cuestiones, se considera que las respuestas son positivas y que este tipo de estudios son una hoja de ruta para lograrlo. Esto permite identificar las características particulares de cada sistema de salud para poder compararlos y así evidenciar los *rasgos distintivos* de aquellos que obtienen un mejor desempeño, aportando argumentos desde lo técnico que respalden propuestas de cambio en pro de sistemas que mejoren su capacidad de respuesta.

3. Prospectiva

Del futuro ideal al presente, es un catálogo de propuestas en buscar del mejoramiento del sistema y su optimización.

Para la operativización de este enfoque, se visualizan las tres redes de atención cognitivas de Posner (1980) como una brújula tridimensional, esencial para navegar en el vasto océano de la atención y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La primera red, la orientación, representa el eje horizontal de esta brújula. Al igual que la aguja que señala el norte, esta red guía hacia nuevos estímulos, permitiendo descubrir nuevos caminos. Es la que determina la dirección a seguir, identificando qué es relevante y qué no, permitiendo girar la atención hacia lo que realmente importa, lo esencial.

La segunda red, la ejecutiva, es el eje vertical. Es la que permite sumergirse en la profundidad de la información, seleccionando, filtrando y tomando decisiones basadas en el juicio y la planificación. Esta red nos indica cuán profundo debemos ir en nuestra atención, resolviendo conflictos y capturando errores para garantizar una navegación segura y efectiva.

Por último, la red de alerta representa el eje de profundidad, el que mide la altura y la vigilancia. Es el faro que se eleva por encima del horizonte, manteniendo un nivel constante de conciencia y anticipación. Esta red nos asegura estar siempre preparados para el siguiente estímulo, manteniendo la atención en un estado óptimo para responder rápidamente a cualquier eventualidad.

A continuación, se presentan las propuestas de la ACHC en torno a estas tres de redes del campo de atención. Cabe aclarar que dichas redes pueden traslaparse, por lo que la clasificación aquí presentada de las propuestas se da en función del dominio del concepto al cual se asimila en mayor grado su alcance.

1

Covid/futuras pandemias
Cambio de gobierno local
Conflicto internacional
Crisis económica mundial

- Impacto en **sistemas de salud**
- Impacto **política del sector**
- Impacto **en las instituciones**

INCERTIDUMBRE

2

ESPACIO EN BLANCO

3



MÉTODO



3

3 DIMENSIONES TEMPORALES

- 1-Experiencia:** Basados en el pasado y a partir del conocimiento empírico
- 2-Perspectiva:** Basado en el pasado y presente con una visión panorámica y a través de estudios técnicos y profundos
- 3-Prospectiva:** Imaginar un futuro y traerlo al presente es esencial. Idear cambios y escenarios próximos

3 REDES DE ATENCIÓN COGNITIVAS

I. ORIENTACIÓN

Dirección a seguir, identificando qué es relevante y qué no, permitiendo girar la atención hacia lo que realmente importa, lo esencial.

II. ALERTA

Manteniendo un nivel constante de conciencia y anticipación, manteniendo la atención en un estado óptimo para responder rápidamente a cualquier eventualidad.

III. CONTROL/EJECUTIVO

Esta red ejecuta acciones, resuelve conflictos y captura errores para garantizar una navegación segura y efectiva.

REDES DE ATENCIÓN

El espacio en blanco como marco de oportunidades y posibilidades

4

ATENCIÓN

Toma posesión por parte de la mente!

5

APLICACIÓN DEL CAMPO DE ATENCIÓN

I. ORIENTACIÓN

- Sostenibilidad del sistema
- Reforma

II. ALERTA

- Fomento de servicios de salud vulnerables
- Revolución en la atención primaria de salud y nuevos recursos

III. CONTROL/EJECUTIVO

- Visibilidad
- Coordinación y practicidad
- Ampliación de ámbitos
- Calidad
- Entrega de valor
- Recurso humano
- Redes integradas de servicios de salud
- Soberanía sanitaria

La visibilidad adquirida por el sector salud ha permeado profundamente en la conciencia social, generando un reconocimiento sin precedentes hacia los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios.

3.1. Red ejecutiva

Visibilidad

Se mencionó en la sección anterior que, la pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto en el sector salud, no solo porque obligó a una constante alternancia entre cierres y aperturas del sector prestador, sino también porque estos cierres afectaron a otros sectores, profundizando problemáticas de gran impacto en la sociedad, como la vulnerabilidad social y económica.

No obstante, la pandemia también ha traído un cambio de paradigma en relación con la *visibilidad* del sector hospitalario. Desde un cambio global en la agenda de preocupaciones, los sistemas de salud han recuperado su protagonismo e importancia, poniendo de relieve su valor estratégico sanitario como núcleo central en la atención de los pacientes.

Este contexto ha reafirmado el papel crucial del sector salud no solo para el bienestar físico de los individuos, sino también para el funcionamiento óptimo del resto de la sociedad. En tiempos de incertidumbre y crisis, el sector hospitalario se ha mostrado como un pilar imprescindible en la protección y salvaguarda de la salud de la población, subrayando la necesidad de invertir y priorizar su fortalecimiento y desarrollo.

Adicionalmente, la visibilidad adquirida por el sector salud ha permeado profundamente en la conciencia social, generando un reconocimiento sin precedentes hacia los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios. La sociedad ha sido testigo del compromiso, la dedicación

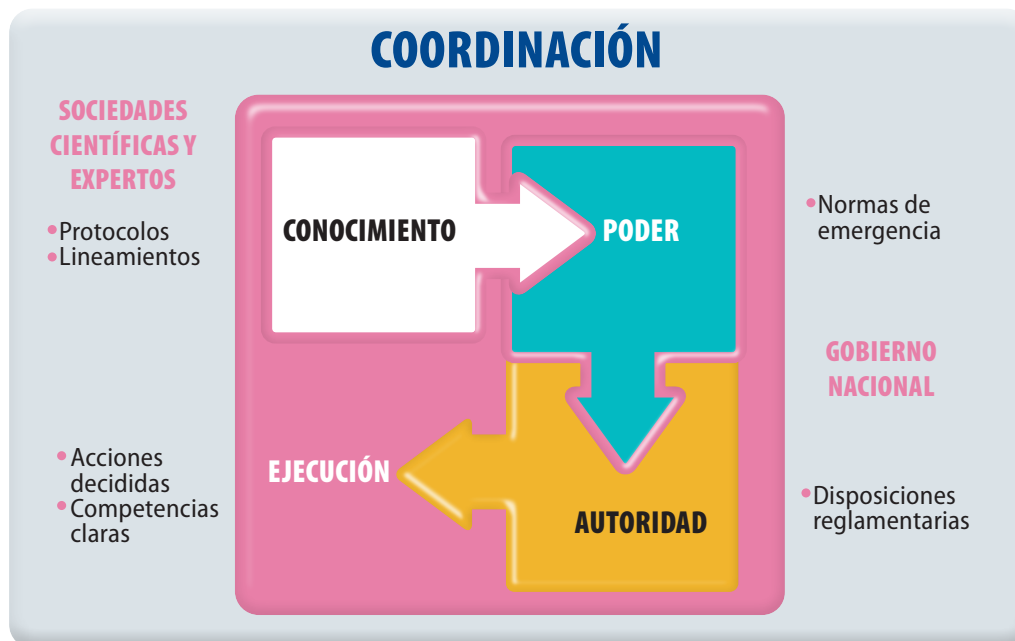
y, en muchos casos, del sacrificio de los trabajadores de la salud, lo que ha propiciado una valoración más profunda y genuina hacia el sector. Este fenómeno ha propiciado un diálogo público más robusto acerca de la necesidad de garantizar condiciones laborales justas, inversión en infraestructuras sanitarias y acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población. En este sentido, la pandemia ha servido como catalizador para posicionar al sector salud como un eje fundamental no solo en la política y la economía, sino también en el tejido social y cultural de las naciones

Coordinación y practicidad

La *coordinación* se logró gracias a la articulación plena de cuatro elementos: i) el conocimiento, ii) el poder, iii) la autoridad y iv) la ejecución; la excelencia en las decisiones con base en el conocimiento, desde la academia y las sociedades científicas y los expertos del sector, permitió plasmar en protocolos y lineamientos que dieron el sustento teórico a las instancias superiores de poder, aunado a un ejercicio de descentralización fuerte, lo que permitió transmitir, desde el Gobierno central a las autoridades locales, órdenes que se alinearon con un interés común, ejecutándose acciones decididas por parte del sector prestador que respondieron a las necesidades reales de la sociedad a gran escala, en un contexto de emergencia (*Figura 4*).

Se demostró que la coordinación puede funcionar de manera eficiente cuando existe voluntad para resolver problemas, sin depender en exceso de procedimientos complejos que entorpecen los procesos en las diversas instancias de poder, razón por la cual se destaca la coordinación como un proceso que genera flexibilidad posibilitando generación de esquemas ágiles y dinámicos a futuro para resolver otras deficiencias en el sector en un contexto post-COVID.

Figura 4. Articulación entre actores para la respuesta a la pandemia por COVID-19



Fuente: elaboración propia.

La orientación hacia la practicidad en la resolución de problemas se valora como extremadamente valiosa y debería considerarse una de las lecciones que ha dejado la experiencia de la pandemia por COVID-19. Aunque se reconoce la importancia de respetar los marcos normativos generales, esta situación insta a mantener una actitud resolutiva que facilite la búsqueda de soluciones expeditas y la creación de mecanismos y normativas adaptables a un entorno en constante cambio.

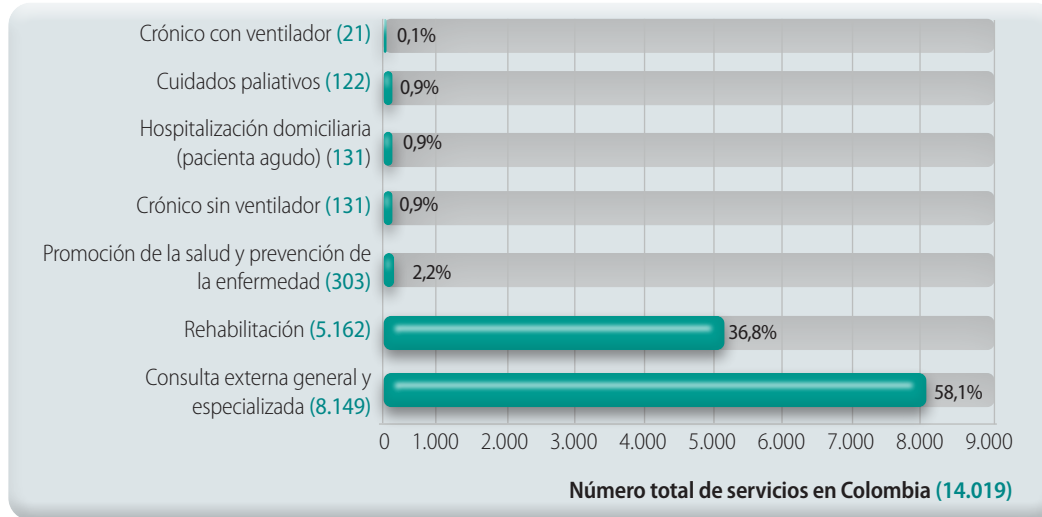
Ampliación de ámbitos

La pandemia por COVID-19 ha catalizado cambios significativos en el sector de la atención médica, acelerando transformaciones que se habían estado postergando durante años. Este impulso ha llevado a una expansión de los ámbitos de atención más allá de los entornos hospitalarios tradicionales, permitiendo una comprensión más amplia del ecosistema de atención médica. La urgencia de la situación ha impulsado innovaciones como

la telemedicina y los servicios de atención domiciliaria, complementando y fortaleciendo la capacidad ya existente del sistema de salud.

De esta manera, se hace una revisión de la disponibilidad estructural de servicios de atención domiciliaria, referida al número de servicios y al nivel de complejidad reportado por los proveedores de atención médica. La gráfica 8 muestra el total de servicios reportados para el año 2022, que incluyen atención al paciente crónico con ventilador, atención al paciente crónico sin ventilador, cuidados paliativos, hospitalización de pacientes agudos, rehabilitación, consultas externas generales y especializadas, así como promoción de la salud y prevención de enfermedades. En esta se puede observar cómo el sector de la atención domiciliaria está satisfaciendo una porción significativa de la demanda de servicios médicos, en especial los servicios de consultas y rehabilitación (Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliarias [ACISD], 2022). Es crucial fomentar estos modelos de prestación de servicios extendidos, reconociéndolos como componentes integrales del sistema de atención médica, en lugar de meros apéndices del sector hospitalario.

Gráfica 4. Número total de servicios de atención domiciliaria en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ASCID Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria, 2022

Además, solo se trata de la telemedicina y la atención a domicilio; también se observa un incremento en el número de centros especializados en enfermedades crónicas, raras y huérfanas que ofrecen modelos de prestación de servicios extendidos. Estas instituciones deben ser completamente integradas en el sistema de atención médica y estar respaldadas por un marco normativo adecuado.

Hoy en día, más que nunca, resulta imperativo implementar sistemas que vayan más allá de las estructuras médicas tradicionales hospitalarias y domiciliarias, y que también incorporen la rehabilitación y las crecientes oportunidades que ofrece la telemedicina. Por lo tanto, es necesario un rediseño que responda de manera flexible y eficaz a las necesidades de los pacientes en diversos contextos.

Al respecto, la propuesta de la ACHC en el año 2015 denominada

*Hospital 360*¹³, planteo que la anticipación y expansión de los ámbitos de atención en el sector salud se perfilan como estrategias cruciales para una gestión eficiente de las enfermedades y el apoyo continuo a los pacientes, incluso en sus hogares. Esto involucra la implementación de tecnologías de la información y comunicación (TICs) para facilitar la atención remota por parte de profesionales asistenciales, identificación y evaluación de grupos de alto riesgo, y la creación de equipos multidisciplinarios que aseguren una asistencia basada en evidencia científica. Entre las acciones propuestas se encuentran la implementación de clínicas ambulatorias comunitarias, hospitalización a domicilio, monitoreo remoto, citas médicas compartidas para optimizar la productividad médica, y centros express de alta resolución que ofrezcan diagnósticos y tratamientos en una única jornada. Todo ello, con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria integral, accesible y de alta calidad.

¹³ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. *Revista Hospitalaria*, Edición 099

VENTILADOR BELLAVISTA - Nueva Generación

Turbina Alto Rendimiento

Be-Modos

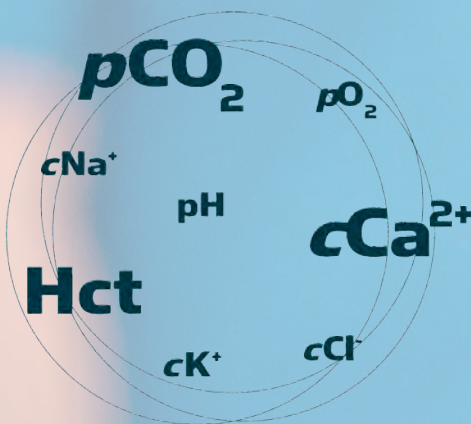
Pulmón Dinámico



Herramientas

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

ANALIZADORES RADIOMETR DE GASES ARTERIALES POCT



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



Para este rediseño se propone un cambio en la concepción del continuum asistencial, basados en las concepciones manejadas en el ámbito de la acción humanitaria. Tradicionalmente, este continuum se ha entendido como una concatenación de diferentes fases cronológicas, cada una de las cuales comienza al acabar la anterior, en una línea de progresión. Sin embargo, en el contexto actual, resulta más adecuado hablar de un *contiguuum* asistencial. El *contiguuum* implica que, en cada momento, es necesario combinar diferentes formas de asistencia que pueden superponerse en el tiempo, en función de las necesidades de cada paciente. Esto permite una atención más personalizada y flexible, que puede adaptarse a los cambios en la salud del paciente y a las diferentes etapas de su tratamiento y recuperación (Macrae & Harmer, 2004).

Calidad

En Colombia, a pesar de contar con 11.211 instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2023), solo 57 están acreditadas. Este panorama, tras al menos 25 años desde la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, muestra la necesidad urgente de fomentar la calidad en el sector. Es crucial que desde la política pública se promuevan normas y disposiciones que realmente impulsen la calidad en la atención médica. Esto podría incluir incentivos fiscales, tarifas diferenciales y visibilidad para las instituciones que cumplan con altos estándares. Para avanzar en este sentido, se propone desde el gremio una *Política Nacional de Fomento de la Calidad* que priorice la calidad en todos los aspectos de los servicios de salud. Esta política debe establecer un lenguaje común (como ejemplo, los grupos relacionados de diagnóstico -GRD-) en el sector y enfocarse en intervenciones al mercado que establezcan estrategias en materia de fidelidad, tarifas y tiempos.

En el ámbito de la formación y educación, los hospitales deben servir como referentes de calidad. Asimismo, es esencial expandir el proceso de acreditación mediante asistencia técnica, cofinanciación e incentivos para reacreditaciones. Iniciativas como *Hospital Seguro* y *Hos-*

pital Confiable de la ACHC deben recibir apoyo y alinearse con las políticas gubernamentales para servir como modelos que se puedan replicar en todo el sector.

En resumen, la calidad en la atención médica no puede seguir siendo relegada. Es tiempo de actuar y, para ello, el fomento desde la política pública es esencial. Este enfoque integral permitirá equilibrar la ecuación entre la agregación de valor y el reconocimiento de la calidad, beneficiando tanto a las instituciones como a los pacientes.

Entrega de valor

En el ámbito de la atención médica, la agregación de valor se está convirtiendo en un enfoque esencial que va más allá de las métricas tradicionales. No es apropiado limitar el aporte del sector a cantidades de procedimientos o intervenciones realizadas; es crucial preguntarnos qué valor estamos aportando tanto a la sociedad como a la vida de los pacientes. Los sistemas de atención médica modernos han empezado a adoptar una fórmula que relaciona la calidad del servicio con su costo, definiendo así el valor en términos más amplios.

En tiempos recientes, el concepto de valor en la atención médica ha evolucionado para abarcar aspectos intrínsecamente importantes para la calidad de vida de los pacientes. Ahora, factores como la comodidad, la tranquilidad, el afecto, la seguridad y la autonomía se consideran componentes esenciales que añaden valor al servicio médico. Además, elementos como el estado clínico alcanzado, el tiempo de recuperación, el nivel de dolor y discomfort asociado al tratamiento, las complicaciones y las readmisiones o reintervenciones, así como el estado clínico y funcional a largo plazo, son indicadores clave en esta nueva ecuación de valor (HFMA's Value Project, 2011).

Desde el sector hospitalario, estamos comprometidos con la transición hacia un enfoque de atención basada en el valor. Este cambio implica más que simplemente contar con procedimientos; se trata de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a través de una atención más eficiente y efectiva. Para lograrlo, estamos trabajando en varios frentes: la generación de una cultura centrada en el valor, el liderazgo en el proceso de cambio, la implementación de herramientas de calidad y la gestión de procesos orientados a la transformación. Además, estamos incorporando guías clínicas y otros elementos esenciales en la implementación y articulación con los procesos de atención existentes en nuestras entidades hospitalarias.

La creación de valor en el ámbito de la salud está intrínsecamente ligada a la prevención de enfermedades, la detección temprana, diagnósticos precisos, tratamientos adecuados y la implementación de tecnologías apropiadas. Estos factores conducen a menos complicaciones, una ralentización en la progresión de las enfermedades y, en última instancia, a una mejor calidad de vida para el paciente. Para alcanzar estos objetivos, es esencial una coordinación efectiva entre todos los actores involucrados, incluyendo al paciente y su familia. Además, es crucial reducir la variabilidad en la atención, lo que se traduce en resultados clínicos consistentes y optimización de los costos. Todo esto, junto con una mejora en la experiencia del paciente y la formación de equipos de alto rendimiento, garantiza una atención de calidad superior. Johnson & Johnson medtech & ACHC. (2023).

En resumen, la atención basada en el valor trasciende la mera tendencia, para convertirse en una de las contribuciones más significativas que estamos aportando a la redefinición y mejora del sistema de atención médica en gene-

Las profesiones asistenciales en el sector de la salud son fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema y para la prestación de servicios de calidad.

ral. Este enfoque representa una revolución operacional que va más allá de ofrecer servicios médicos convencionales; en contraposición, busca otorgar un mayor significado a la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Al incorporar más disciplina en nuestros procesos y alinearlos con lo que es más favorable para el bienestar del paciente, estamos creando un sistema de atención más integral y centrado en el ser humano.

Recurso humano

La pandemia por COVID-19 dio mayor visibilidad a la importancia que tiene el talento humano en salud para los Sistemas de Salud, ya que los países que cuentan con una mayor densidad de médicos y de enfermeras también obtuvieron mejores resultados afrontando la pandemia (ACHC, 2022); sin embargo, también ha dejado en claro la urgencia de implementar nuevas políticas de protección para el talento humano en el sector de la salud. Este es un desafío de gran magnitud, puesto que se ha observado un fenómeno global de renuncias masivas en el sector, conocido como *la gran renuncia*, que ha dejado a muchos sistemas de salud en estado crítico.

Las profesiones asistenciales en el sector de la salud son fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema y para la prestación de servicios de calidad. Por lo tanto, se deben desarrollar e implementar políticas que fomenten e incentiven estas carreras. Esto incluye estrategias de bienestar, la creación de una remuneración justa y competitiva, la implementación de salarios emocionales (que proporcionen un reconocimiento y satisfacción más allá de la remuneración económica), y la oferta de compensaciones alternativas que hagan del sector de la salud una opción atractiva para los profesionales.



En este contexto, las administradoras de riesgos laborales (ARL) pueden desempeñar un papel crucial. Su papel tradicionalmente se ha centrado en la prevención y gestión de los riesgos ocupacionales; sin embargo, en el escenario actual se requiere que adopten un nuevo rol de apoyo, que no solo gestione los riesgos, sino que también promueva activamente el bienestar y la satisfacción laboral.

La pandemia por COVID-19 ha puesto a prueba los sistemas de salud en el mundo, y ha dejado en claro que, si queremos que sean resistentes ante futuras crisis, debemos proteger y valorar a los profesionales de la salud, ya que ellos son el motor que impulsa estos sistemas, y su bienestar y satisfacción son fundamentales para garantizar la calidad y la eficacia de la atención médica.

Adicionalmente, en el contexto post-pandemia, la responsabilidad del sector educativo adquiere una dimensión crítica al enfrentar el desafío de formar recurso humano que responda eficazmente a las demandas y necesidades cambiantes del sector salud. La pandemia ha dejado en evidencia la importancia de contar con profesionales capacitados, resilientes y versátiles, capaces de adaptarse a escenarios imprevistos y de alta complejidad. Por ello, las instituciones educativas deben reevaluar y adaptar sus currículos, metodologías y enfoques pedagógicos para garantizar una formación integral, que no solo dote a los futuros profesionales de habilidades técnicas, sino también de competencias emocionales. Es imperativo que la educación se alinee con las realidades y lecciones aprendidas durante la crisis sanitaria, preparando a las nuevas generaciones para enfrentar y superar futuros retos en el ámbito de la salud.

Redes integradas de servicios de salud

La crisis ha subrayado la importancia crítica de las redes colaborativas en el sector de la salud, demostrando que la colaboración efectiva entre entidades públicas y privadas puede mejorar significativamente la gestión y la respuesta sanitaria. Durante este periodo, vimos cómo distintos actores del sistema de salud han formado equipos unificados y eficientes, permitiendo una coordina-

ción ágil, el intercambio de recursos y la toma de decisiones efectiva.

Un logro notable de esta colaboración en red ha sido la capacidad de realizar transferencias de pacientes entre diferentes instituciones y regiones, especialmente cuando ciertos centros de salud estaban saturados. Además, la implementación de equipos itinerantes de salud extendió la atención médica a comunidades que de otra manera tendrían acceso limitado, demostrando cómo las redes pueden mejorar la equidad en el acceso a la atención médica.

Sin embargo, enfrentamos el desafío de la “Babel sanitaria”, donde cada entidad tiene su propia tradición oral sobre eficiencia y eficacia. Desde el sector hospitalario, proponemos avanzar hacia un “esperanto de la salud”, un lenguaje común que permita una planificación más efectiva y comparaciones basadas en datos concretos. Este enfoque se centraría en -GRD-, no como una modalidad de contratación, sino como una estrategia para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema.

En lugar de centrarnos en decretos y resoluciones legales cuando hablamos de redes, la idea es comprender nuestro papel dentro de un ecosistema más amplio y contribuir de manera significativa a ello. Esto podría manifestarse en la formación de consorcios funcionales, redes o nodos que fomenten la cooperación horizontal en el territorio, siempre con el bienestar de la población en mente. Esta cooperación no debería ser solo una obligación normativa, sino una responsabilidad moral y ética para evitar redundancias, buscar sostenibilidad y, por supuesto, mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

En resumen, la cooperación horizontal es esencial y pasa por la voluntad colectiva y la inteligencia colaborativa, más allá de cualquier

norma o reglamento. Es hora de que todo el sector se una en un esfuerzo conjunto para redefinir y mejorar la atención médica, pensando siempre en la población. No es solo un asunto legal es una obligación funcional, que aporta en materia de coordinación entre los agentes.

Soberanía sanitaria

La ACHC hace una propuesta de crear una *reserva estratégica nacional* que desarrolle la soberanía sanitaria como manera innovadora y necesaria para fortalecer la capacidad de respuesta a crisis sanitarias, a la vez que potencie la autonomía y el fomento industrial del país¹⁴.

Esta propuesta busca que la industria local se convierta en coproductora de la salud, es decir, que participe activamente en la creación y mantenimiento de un sistema de salud resiliente y autónomo, capaz de responder eficazmente a las necesidades de la población. De este modo, se pone en marcha un círculo virtuoso en el que la salud y la economía se refuerzan mutuamente, y ambos sectores se benefician.

Para hacer realidad esta visión, es esencial ofrecer incentivos a los mercados locales para la producción de bienes y servicios sanitarios. Esto puede incluir variedad de medidas, como la concesión de créditos a tasas preferenciales para empresas que se dediquen a la producción de equipamiento médico, medicamentos y otros insumos esenciales para la salud. Además, es necesario fomentar la reconversión industrial para asegurar el aprovisionamiento de insumos necesarios en el sector sanitario. Esto implica promover la adaptabilidad de las empresas locales para que puedan cambiar su línea de producción en función de las nuevas demandas del sistema.

La implementación de conceptos como *'Just in Time'*¹⁵ y *'Just in Case'*¹⁶ se vuelve crucial en

este contexto. Un sistema de salud eficaz debe ser capaz de proporcionar atención *'Just in Time'* (exactamente cuándo se necesita), pero también debe estar preparado para situaciones *'Just in Case'* (en caso de emergencias o crisis sanitarias inesperadas). El establecimiento de una reserva estratégica nacional permite justamente cumplir con estos dos criterios.

¹⁴En consonancia con lo definido en el actual Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Art.161) acerca de: "incrementar la capacidad de fabricación, semielaboración, venta importación de medicamentos, vacunas, dispositivos y otras tecnologías en salud en condiciones de calidad, seguridad, eficacia, acceso a medicamentos y competitividad".

¹⁵Ohno, T. (1988). Metodología aplicada a la organización de la producción cuyo objetivo es el de contar únicamente con la cantidad necesaria de producto, en el momento y lugar justo, eliminar cualquier desperdicio o elemento que no aporte valor.


¹⁶Ohno, T. (1988). Estrategia de gestión de stock cuya principal característica es que las empresas disponen de inventario suficiente para cubrir toda clase de eventualidades. Funciona en contraposición directa al método just-in-time (JIT), con el que se fabrica y almacena según lleguen los pedidos




www.xomaonline.com

Buscas ERP
para el
sector
salud?

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

Powered by


ORACLE | Partner
ORACLE | Build Partner
Expertise in
Powered by Oracle Cloud


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



3.2. Red de orientación

Sostenibilidad del sistema

La sostenibilidad del sistema de salud es un tema que debe ocupar un lugar prioritario en la agenda gubernamental.

Uno de los principales obstáculos en el debate sobre la sostenibilidad es la falta de consenso sobre cómo financiar el sistema de salud de manera efectiva. A diferencia del sector educativo, donde hay un acuerdo generalizado sobre la necesidad de aumentar el presupuesto, el sector de la salud enfrenta dificultades para establecer un *pacto de sostenibilidad*. Según referencias como la OCDE y el estudio ICRS de la ACHC mencionado en la sección anterior, los países con los mejores sistemas de salud invierten alrededor del 9,3 % a 10 % de su PIB en salud. En este contexto, es crucial que haya un diálogo nacional para acordar que el sistema de salud necesita un aumento de entre 1,2 y 2,5 puntos adicionales del PIB y una adecuada distribución de los recursos para garantizar su sostenibilidad a largo plazo (Tabla 4).

Tabla 4. Gasto en el sector salud como porcentaje del PIB, comparación OCDE y estudio de rasgos distintivos de sistemas de salud

Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Fuente OCDE	
	Año 2022	Valor estimado en billones de pesos colombianos a PIB corriente de 2022
Promedio países OCDE	9,3%	\$16,8
Colombia	8,1%	
GAP Colombia vs promedio OCDE	1,2%	

Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Fuente ICRS	
	Año 2019	Valor estimado en billones de pesos colombianos a PIB corriente de 2019
Promedio países mejor DECIL	10,2%	\$26,5
Colombia	7,7%	
GAP Colombia vs promedio países mejor DECIL	2,5%	

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2023.

Nota: El PIB estimado por el DANE para Colombia en el año 2022 es de \$ 1.463 billones de pesos a precios corrientes y el del 2019 de \$ 1.061 billones.

Mecanismos transitorios de saneamiento de deudas

A pesar de que el actual Gobierno heredó el Acuerdo de Punto Final, es evidente que se necesita una versión actualizada de este pacto para abordar los desafíos actuales y futuros del sector.

Adicionalmente, para optimizar recursos y mejorar la eficiencia del sistema, se proponen dos mecanismos: la universalización del giro directo en ambos regímenes como mecanismo para la movilización de recursos y la automatización de los procesos. Asimismo, se recomienda emular las exitosas gestiones de compras de cartera y obtención de créditos llevadas a cabo con Findeter para proporcionar recursos frescos a los proveedores de servicios de salud en condiciones ventajosas, con el fin de fortalecer el flujo de recursos en el sector.

Es imperativo redirigir el foco de las discusiones en el ámbito de la salud, desplazando la atención de la constante deliberación sobre la cartera hospitalaria hacia diálogos más constructivos que se centren en la seguridad, calidad, gestión eficiente e innovación en la atención médica. En este sentido, es crucial reconocer y abordar la dualidad del sistema sanitario en el contexto post-pandémico, el cual se enfrenta al reto de manejar tanto las consecuencias directas de la COVID-19 como las patologías no relacionadas con el virus, que han sido marginadas o desplazadas debido a las medidas de aislamiento y, en general, a la contingencia sanitaria global.

Por último, se subraya la imperiosa necesidad de expandir nuestra comprensión de la *sostenibilidad* en el sector salud, adoptando una visión que trascienda los meros aspectos financieros y abarque también elementos como el conocimiento, la tecnología, la atención de calidad, una infraestructura adecuada, la disponibilidad

de personal humano calificado y la oferta de servicios. La amalgama de todos estos componentes constituye la ecuación que determinará la sostenibilidad de los servicios de salud en el futuro. En este panorama, se destaca la urgencia de implementar modelos de pago por desempeño y establecer tarifarios ajustados a la realidad del sector, sin olvidar la imperante necesidad de intensificar las estrategias de prevención, las cuales no solo son fundamentales desde el punto de vista de la salud pública, sino que también representan una inversión estratégica para mitigar futuras cargas económicas y operativas en los sistemas de salud.

Reforma

La reforma en el sistema de salud no puede ni debe reducirse a un simple cambio en la legislación o a una serie de artículos en un proyecto de ley. Es fundamental entender que una reforma verdadera implica una transformación más profunda, que va más allá de los aspectos puramente legales o reglamentarios.

La reforma es una re-forma, es decir una *nueva forma* en todos los sentidos: una nueva forma de mirar los desafíos y oportunidades del sistema de salud; una nueva forma de conversar y colaborar entre los diferentes actores involucrados; una nueva forma de entender las necesidades y expectativas de la población; y una nueva forma de planificar y ejecutar estrategias. Si en el proceso se requiere una actualización normativa, bienvenida sea, pero eso no debe ser el foco principal.

Es crucial cambiar la actitud hacia la reforma. No debe verse como la “batalla final”, sino como un estado natural en la evolución de cualquier sistema de salud. Los sistemas de salud se crean, se expanden, alcanzan su máxima potencia, entran en crisis y, finalmente, necesitan ser reformados para comenzar un nuevo

ciclo. La reforma es, por lo tanto, parte de un proceso continuo que abarca desde la discusión sobre los principios fundamentales hasta la identificación de nuevas fuentes de financiamiento, la asignación eficiente de esos recursos, la actualización de la infraestructura y la formación del talento humano, entre otros aspectos.

La ACHC (2021) ha propuesto un método para hacer la reforma, denominado *Ruta lógica hacia una salud progresiva*, que invita en primer lugar a partir de una *doble aceptación* (un diagnóstico que parte de mirar tanto los avances como las dificultades en el actual sistema), para luego hacer una formulación inteligente, definir las fronteras de los fundamentales del sistema, promover transformación de los roles y generar cambios en la relación de poder.

- **La formulación inteligente.** Se basa en la premisa de que un nuevo sistema se debe construir sobre lo construido; los aspectos que funcionan bien hay que fomentarlos y las cosas que no marchan bien o que definitivamente no han funcionado en el sistema hay que solventarlos.
- **Definición de fronteras.** Se pueden tomar diferentes binomios que existen en un sistema de salud; por ejemplo, lo incluido y lo excluido en un plan de beneficios; si el sistema se va a financiar con impuestos generales o con impuestos a la nómina; si habrá una mezcla o se van a incluir nuevas fuentes de financiación; entre lo preventivo y lo asistencial, lo general y lo especializado, y lo nacional y lo territorial, entre otros.
- **Cambio de los roles.** Entendiendo que si todos los agentes del sistema de salud continúan haciendo lo mismo no se van a conseguir mejores resultados, es necesario que se den cambios en el rol de cada uno.
 - La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es una entidad que ha sido conceptualizada desde hace al menos una década por la ACHC. Podríamos considerarnos en gran medida como los «ideadores», ya que la idea original del fondo único, la caja única o el banco de la salud,

El Hospital 360 2.0 busca la excelencia y calidad en la atención, enfocándose en eficiencia, efectividad y sostenibilidad, con el objetivo de mejorar el sistema de salud a largo plazo.

se mencionó por primera vez el documento, elaborado por la ACHC, intitulado *Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano* en 2010. Esta entidad que progresivamente ha mejorado su capacidad de gestión, consideramos debe ser repotenciada. ADRES 2.0, como un acumulador de recursos, riesgos y urna maestra de la información.

La ADRES tiene múltiples funciones esenciales, incluyendo la preservación de los recursos que sustentan al sistema de salud, la movilización directa de pagos a los proveedores de servicios, la verificación aleatoria de las auditorías de las administradoras reguladas, y la producción de informes sobre la situación del gasto y la suficiencia de recursos. La eficacia de la ADRES es fundamental para disminuir los costos de transacción, eliminar los costos de intermediación y acelerar el movimiento de los recursos. Además, su correcto funcionamiento es vital para combatir las tentaciones de corrupción de cualquier sistema.

- Las EPS por su parte deben evolucionar hacia un administrador regulado o un articulador, sin que maneje la masa monetaria del sistema de salud; las IPS deben evolucionar hacia un trabajo de agregación de valor y trabajo en red; las entidades territoriales tienen que fortalecer su gestión en la atención primaria y autoridad sanitaria; y la Superintendencia Nacional de Salud tiene que ser la cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control.

¹⁷ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. Revista Hospitalaria, Edición 099.

– Las IPS, deberán dar Impulso al Hospital 360 2.0, una propuesta ideada por la ACHC en 2015¹⁷. Este modelo insta a las instituciones hospitalarias a centrarse en la experiencia del paciente y en ofrecer valor, alineando sus metas internas con las del sistema de salud en general. Se enfatiza la importancia de la tecnología para sincronizar y coordinar procesos, y se promueve la colaboración y la interdependencia entre prestadores de servicios. La visión es que la red de prestadores se integre desde la atención domiciliaria, hospitalaria, hasta la rehabilitación y tratamiento de diversas patologías. La clave está en adaptarse a nuevas tendencias y alinear objetivos con los pacientes. El Hospital 360 2.0 busca la excelencia y calidad en la atención, enfocándose en eficiencia, efectividad y sostenibilidad, con el objetivo de mejorar el sistema de salud a largo plazo.

- En general se deben hacer cambios en las relaciones de poder de los agentes del sistema. Cada uno de los agentes del sistema debe tener las funciones claras; no puede haber zonas grises ni que se traslapen las competencias.

Adicionalmente, dicha ruta debe complementarse con adopción de tecnología que resuelva las labores administrativas desgastantes, permitiendo que cada agente se concentre en su misión institucional. La inteligencia artificial, *big data*, el *blockchain* y los sistemas de información ampliamente conocidos constituyen el tejido conectivo del cambio que deben tener los procesos administrativos de las entidades prestadoras.

Asimismo, se debe promover la transparencia y la trazabilidad de los recursos; que el sistema realmente tenga pesos y contrapesos; que

haya independencia en la toma de decisiones, y que se consigan mejores resultados sanitarios. Al respecto, la integración vertical en salud no ha demostrado que sea el remedio para conseguir todas esas cosas, por lo que la propuesta no contempla que siga existiendo integración vertical¹⁸.

Finalmente, respecto de la gobernanza del sistema, si bien el estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022*, realizado por la ACHC, mostró que mejores puntajes obtenidos por los países se relacionan de manera positiva con algunas categorías dentro de las variables *organización, modelo y estructura* del sistema de salud, tales como *Estado Guardián y Modelo Bismarck*, se considera que no es posible concluir categóricamente que existe una combinación ideal en torno a los tipos de modelos y organización de los sistemas de salud, ya que todas tienen tanto virtudes como dificultades y su funcionamiento también puede estar ligado a la capacidad institucional que tiene cada país.

Lo anterior se puede observar en que, por ejemplo, el indicador efectividad del Gobierno también se correlacionó de forma positiva con el ICRS 2022, por lo que, para lograr el objetivo de que haya una mejora en el sistema de salud en su conjunto, es de suma importancia trabajar en mejorar la capacidad institucional del país, de forma tal que el Estado brinde las garantías para que se puedan atender las necesidades básicas de las personas que se encuentran en las zonas con mayor dificultad de acceso o con un mayor rezago social y económico. Adicionalmente, el Estado también debe trabajar en la mejora de sus procesos institucionales, de modo tal que se den de manera más transparente o abierta y con reglas de juego claras, para que se reduzcan los espacios en los que se puede generar corrupción.

3.3. Red alerta

Fomento de servicios de salud vulnerables

En el contexto de la sostenibilidad del sistema de salud, es imperativo abordar la importancia de servicios altamente vulnerables que atiendan a poblaciones especialmente sensibles y vulnerables. Servicios, como el de pediatría, ginecoobstetricia y, cada vez más el de salud mental, no solo son esenciales para el bienestar de la sociedad, sino que constituyen una protección constitucional.

Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), se plantea que la discusión sobre estos servicios no debería centrarse únicamente en rentabilidad, sino más bien en su sostenibilidad a largo plazo. La sostenibilidad es un concepto multifactorial que va más allá del financiamiento y abarca aspectos como el conocimiento, la tecnología, la atención de calidad, la infraestructura adecuada y el recurso humano calificado.

Para fomentar la sostenibilidad de estos servicios críticos, se proponen varias estrategias:

- **Tarifas diferenciales.** Establecer tarifas especiales que reflejen los costos y desafíos específicos asociados con la prestación de estos servicios.
- **Subsidio a la oferta.** Implementar subsidios que incentiven la oferta de estos servicios, garantizando su disponibilidad, incluso en circunstancias económicas desafiantes.
- **Pago por disponibilidad.** Hay que asegurar que los servicios estén disponibles cuando se necesiten, mediante incentivos económicos.
- **Bonos para formación de personal.** Fomentar la formación de profesionales especializados en estas áreas mediante bonos que cofinanciarán esta inversión en talento humano y otros incentivos.

¹⁸ Para ampliación de esta propuesta y consultar la bibliografía asociada, remítase al documento técnico "Ruta lógica hacia una salud progresiva" (ACHC, 2022).

Es imperativo que se realice un diálogo amplio y profundo con el Gobierno y otros actores relevantes para subrayar la necesidad de impulsar estos servicios. Las dinámicas del mercado, por sí solas, a menudo son insuficientes para asegurar la sostenibilidad de servicios tan cruciales. Por lo tanto, es vital que el Gobierno entienda que no estamos hablando simplemente de servicios, sino de infraestructuras sociales y de salud que requieren una existencia continua y una disponibilidad oportuna.

Este diálogo debe enfocarse en el hecho de que estos servicios atienden a poblaciones altamente sensibles y vulnerables, como niños, mujeres embarazadas y personas con problemas de salud mental. La falta de acceso a estos servicios no solo pone en riesgo la salud de estos grupos, sino que también tiene repercusiones a largo plazo para la sociedad en general. En resumen, la sostenibilidad de estos servicios vulnerables es esencial para el bienestar de la sociedad y requiere un enfoque integral que incluya financiamiento, recursos humanos, infraestructura y calidad de atención.

Revolución en la atención primaria de salud y nuevos recursos

Otro de los puntos clave que se encontró en el estudio de *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022*, fue la relevancia que tuvo la capacidad de respuesta para la atención de la pandemia. Lo anterior se vio reflejado en la inversión de recursos en programas de salud pública y atención primaria, especialmente en los temas de vacunación y el acceso a agua potable y saneamiento, ya que esto permitió contener la propagación del virus, así como responder oportunamente a los aislamientos y tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados, el seguimiento y gestión de la atención de estos.

En este sentido, una revolución en esta dimensión se fundamenta en aumentar la capacidad resolutoria de la baja complejidad. El Plan Decenal de Salud Pública tiene importantes planteamientos, pero se necesita mayor definición en materia de competencias y responsabilidad

de los distintos agentes del sistema y el propósito que se debe lograr, así como la definición de fuentes de financiación adicionales que permitan ampliar el alcance de la salud pública en los planes y programas de la política pública en salud del país. Entre estos recursos es importante señalar que los provenientes de la reforma tributaria serán una oportunidad para garantizar recursos frescos para la salud pública.

Ante las problemáticas de salud mental agudizada por la pandemia, se debería buscar nuevos recursos. Hay que recordar en la reforma tributaria quedó la destinación específica de medio punto del IVA social al sistema de salud. ¿Por qué no requerir una ampliación del porcentaje y un uso extendido en los usos de este recurso?

Adicionalmente, se considera positivo que la reforma tributaria (Ley 2277 de 2022), aprobada por el Congreso de la República en diciembre del año pasado, incluyera el llamado *impuesto saludable*, que grava progresivamente las bebidas azucaradas (gaseosas, jugos de caja y otros) y la denominada “comida chatarra” (alimentos ultraprocesados con alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas), en beneficio de la salud de los colombianos al promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades evitables; al respecto, más que ser tarifa, debería ser una prima o una indemnización.

Todas estas medidas se proponen con el objetivo de financiar una revolución en la Atención Primaria en Salud y reforzar el Plan Ampliado de Inmunización (PAI). Este último sufrió impactos negativos en su desarrollo debido a la pandemia, lo que hace necesaria la implementación de acciones para llevarlos a coberturas superiores.

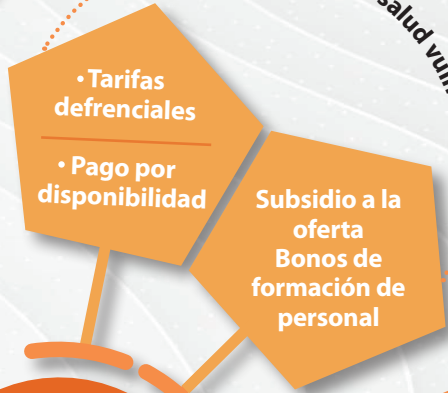
CAMPO DE ATENCIÓN

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

ORIENTACIÓN



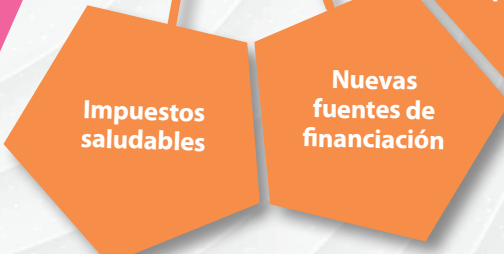
Fomento de servicios de salud vulnerables



ALERTA



REVOLUCIÓN SALUD PÚBLICA Y APS



REFORMA "SALUD PROGRESIVA"

- Formulación inteligente
- Definición de fronteras
- Cambio de roles:
 - Administración regulada
 - Caja o fondo único de la Salud
 - Revolución de la Atención Primaria en Salud - APS -
 - Hospital 360
- Cambios de relación de poder

EJECUTIVO



IV. Epílogo

Al concluir esta reflexión, nos encontramos en un punto crucial de introspección y análisis. La teoría microeconómica nos ha enseñado sobre el óptimo de Pareto, también conocido como eficiencia de Pareto, es un concepto en economía y teoría de juegos que se refiere a una situación en la que no es posible mejorar el bienestar de un individuo sin empeorar el bienestar de otro individuo. Es decir, se ha alcanzado un punto en el que cualquier cambio que beneficie a uno perjudicará a otro. El concepto lleva el nombre del economista italiano Vilfredo Pareto (1896). Se utiliza en el contexto de la asignación de recursos para indicar que esos recursos se han distribuido de la manera más eficiente posible.

Sin embargo, al intentar aplicar este concepto en sectores tan vitales como la salud y los servicios sociales, nos enfrentamos a desafíos inherentes. La equidad, la justicia y las desigualdades son realidades palpables que no pueden ser ignoradas.

Corrientes económicas han señalado las limitaciones de este óptimo en contextos reales. Y es que, en nuestra búsqueda de eficiencia, hemos caído en el racionamiento equivocado, creyendo erróneamente que, al limitar y restringir, alcanzaríamos un mejor nivel de salud para todos. El resultado ha sido un panorama desolador, un siniestro masivo que hoy nos golpea y nos llama a la reflexión.

Como alternativa, se propone la adopción del concepto de "óptimo". Este ideal, respaldado por una actitud racional, una adecuada expansión presupuestaria y una agilidad incrementada en la prestación de servicios marca un cambio trascendental en nuestra aproximación al sistema de salud. Nos orienta hacia la consecución de un "óptimo de salud", aspirando a un equilibrio justo y equitativo que priorice tanto la atención médica de calidad como el bienestar integral de la sociedad.

El llamado es claro: debemos cambiar nuestra actitud. No se trata de ofrecer más de lo necesario ni menos de lo indispensable. Es hora de abrir puertas, de agilizar procesos,

de autorizar y actuar con prontitud. Si basamos este cambio en una planificación adecuada y en inversiones bien pensadas, como las que se presentaron al inicio, el futuro puede ser prometedor.

Es esencial que, desde la prestación de servicios de salud, desde la política pública, adoptemos enfoques transformadores. Debemos reevaluar y renovar los pilares de nuestro sistema de salud.

V. Referencias bibliográficas

- Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. (2020). Resolución 2572 del 4 de mayo del 2020: Por la cual se autoriza la operación de compra de cartera con cargo a los recursos de la Unidad de Recursos Administrados –URA de la ADRES en el marco de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19. Obtenido de: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/05/Resoluci%C3%B3n-2572-Compra-de-Cartera-04052020_compressed.pdf
- Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. (2023). Lupa al Giro. Régimen Subsidiado y Contributivo. Obtenido de: <https://www.adres.gov.co/lupa-al-giro>
- Aguilar, J. (2021). Fatiga por compasión en personal sanitario. *Gaceta médica*, Ene 26, 2021. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/01/26/fatiga-por-compasion-en-personal-sanitario/>
- Alfasi, N. & Portugali J. (2004). Planning Just-in-Time versus planning Just-in-Case. *Cities*. Volume 21, Issue 1. Pp: 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2003.10.007>.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2023). 49° Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria con Corte a diciembre 31 de 2022.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2021). Complicaciones y represa de otras atenciones de salud: el daño colateral de la pandemia. *Revista Hospitalaria*, 135, 4-31. <https://hospitalaria.achc.org.co/edicion/edicion-135-complicaciones-y-represa-de-otras-atenciones-de-salud-el-dano-colateral-de-la-pandemia.html>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020). *Primera y Segunda encuesta COVID-19*. ACHC.
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliarias. (2022). *Estado actual de la atención domiciliaria en*

Colombia 2022 [Reporte técnico]. Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.

Echeverri, A. & Steevens, M. (2021). Factores de Riesgo para Burnout en profesionales de la salud que trabajen en cuidados paliativos, Colombia, 2019. Universidad del Rosario. https://doi.org/10.48713/10336_33565

GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1250-1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)

Giraldo, J. Delgado, L. Zea, A. (2022). Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022 Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS, Bogotá D.C.

Giraldo, J & Delgado, L. (2021). Documento Técnico: Una ruta lógica hacia una salud progresiva. (Documento técnico inédito). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Giraldo, J & Delgado, L. (2015). Hospital 360°. Revista Hospitalaria N° 99. PP: 4-23.

Giraldo, J; Delgado, L; Coronado, G; Cuadros, J; Bohórquez, F; Alba, F (2021). Seguimiento a las instrucciones impartidas en la circular externa nro. 010004 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas & Ecoanalítica S.A.S. *Revista Hospitalaria*. 133. Pp:34-49.

Giraldo, J. (14 de julio de 2022). *Espacio en blanco* [Ponencia]. XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, Bogotá D.C., Colombia.

Giraldo, J; Delgado, L; Bohórquez, F; Barón, G. (2010). Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano. *Revista Hospitalaria* N° 72. PP: 4-33.

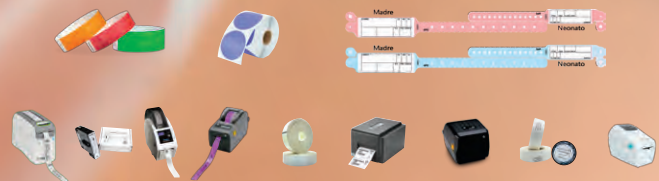
HFMA's Value Project. (2011). *Value in Health Care: Current State and Future Directions*. <https://www.hfma.org/wp-content/uploads/2022/10/Value-in-Health-Care-Current-State-and-Future-Directions.pdf>

Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2022). *COVID-19 en Colombia. Casos confirmados, Recuperados, Activos y Fallecidos por COVID-19*. Instituto Nacional de Salud de Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

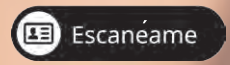
Jackson, M. (2010). *A Nation Distracted*. From the book *Distracted* by Maggie Jackson. UTNE Reader. <https://www.utne.com/mind-and-body/a-nation-distracted-maggie-jackson/>

MANILLAS PARA EVENTOS [®]
Identificación segura y eficiente de pacientes.

Somos su mejor opción para la identificación de pacientes.



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





- Jackson, M. (2018). *Distracted: Reclaiming Our Focus in a World of Lost Attention*. Prometheus; Reprint edition.
- James, W. (1890). La conciencia del yo. Principios de psicología. PP: 312-431. Madrid: Daniel Jorro.
- Johnson & Johnson; ACHC. (30 de agosto de 2023). *Curso Taller Agregando valor a la atención del paciente: herramientas para la implementación*. [Presentación].
- Juárez-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 53(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus, and Giroux.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Res*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Loayssa, J., & Tandeter, H. (2001). Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*, 28(8), 484-490. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70448-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70448-9)
- Macrae, J., & Harmer, A. (Eds.). (2004). *Beyond the continuum An overview of the changing role of aid policy in protracted crises*. HPG Report, 16. <https://cdn.odi.org/media/documents/341.pdf>
- Madero Zambrano, K., Ayala Jiménez, D., Alvis Estrada, L., Bohórquez Moreno, C., Sanabria Artunduaga, M., & Salas Taborda, H. (2022). Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19. *Ustasalud*, 21(2), 81-88. <https://doi.org/10.15332/us.v21i2.2675>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS-. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Informe de rendición de cuentas. Logros del sector Salud 2021-2022*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/rendicion-de-cuentas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Gobierno Nacional destinó \$500 mil millones para atención de población migrante [Boletín de Prensa]*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-destino-500-mil-millones-para-atencion-de-poblacion-migrante.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 1585 del 3 de octubre del 2021: *Por la cual se determina el valor a reconocer por parte de la ADRES a las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar por concepto de las canastas de servicios y tecnologías para la atención del Coronavirus COVID-19*. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201585%20de%202021.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Minsalud estableció canastas COVID y pago por disponibilidad [Boletín de Prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-establecio-canastas-covid-y-pago-por-disponibilidad.aspx>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2023). *Health expenditure and financing* [Conjunto de datos]. OECD.Stat. 12 de agosto del 2023. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Ohno, T. (1988). El sistema de producción Toyota: Más allá de la producción a gran escala. Productivity Press
- Pareto, V. (1896). *Manual de Economía Política*. ARANZADI.
- Petersen, S. & Posner, M. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual review of neuroscience*, 35, 73–89. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>
- Plambeck, N., & Weber, K. (2010). When the glass is half full and half empty: CEOs' ambivalent interpretations of strategic issues. *Strategic Management Journal*, 31(7), 689-710. <https://doi.org/10.1002/smj.835>
- Posner, M. I. (1980). Orienting of Attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3-25. <https://doi.org/10.1080/00335558008248231>
- Rodríguez, C. (2021). Vencer los estigmas para mantener la salud mental en tiempos de incertidumbre. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30(1), 1-3. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1161>
- Rojas-Botero, M. L., Fernández-Niño, J. A., Arregocés-Castillo, L. & Ruiz-Gómez, F. (2022). Número estimado de muertes directamente evitadas por la vacunación contra el COVID-19 en adultos mayores en Colombia en 2021: un estudio observacional longitudinal ecológico [versión 1; revisión por pares: 1 aprobado con reservas]. *F1000Research*, 11: 198. <https://doi.org/10.12688/f1000research.109331.1>
- Salgado Cabezas, E. E., Toala Núñez, J. E., & Osorio Caiza, H. F. (2022). Estrés tecnológico, el efecto secundario de la ansiedad profesional en el campo administrativo y como afecta a la cultura corporativa. *Código Científico Revista de Investigación*, 3(3), 251-262. <http://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/51>
- Scoones, I. (2019). *What is Uncertainty and Why Does it Matter?* STEPS Working Paper 105, Brighton: STEPS Centre.
- Superintendencia de Salud. (2022). *Circular única de la SuperSalud. A partir del reporte AT FT011 generado por las Entidades Promotoras de Salud*. Superintendencia de Salud.
- Uriarte, J. (2005). Resilience. A new perspective into developmental psychopathology. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-80.

La ACHC y Johnson & Johnson Medtech se unen para formar en Atención Basada en Valor

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y Johnson & Johnson Medtech, convencidos de que, para asumir los desafíos de la Atención Basada en Valor, es fundamental establecer alianzas estratégicas entre los diversos agentes involucrados en la prestación de servicios de salud, iniciaron el pasado 30 de agosto el desarrollo del programa de formación *Agregando valor en la atención al paciente: Herramientas para la implementación*, con la participación de más de 150 asistentes en todo el país.

Apoyados en la experiencia internacional de Johnson en el diseño, implementación y evaluación de

proyectos de Agregación de Valor en Salud, se creó un espacio de formación en modalidad híbrida, que brinda las sesiones teóricas de forma virtual y el desarrollo de talleres prácticos en encuentros presenciales en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

Esta alianza tiene como objetivo formar a profesionales de las entidades afiliadas a la ACHC, en los principales conceptos de este innovador modelo de atención, acompañar a las entidades que ya han empezado a gestionar el cambio hacia la atención basada en valor a fortalecer sus procesos y, a las que aún no han iniciado, identificar cómo hacerlo, diseñarlos e implementar los conceptos.



▼
Desarrollo del segundo taller presencial en Bogotá



Las sesiones presenciales se han desarrollado en Medellín, Cali, Barranquilla y Bogotá

Entre las temáticas abordadas en el programa se incluyen:

- Valor en salud y generación de valor en salud.
- Herramientas para la generación de valor en la atención.
- Resultados de atención basado en valor: Indicadores y medición.
- Generación de cultura hacia la atención basada en valor.
- El liderazgo en el proceso de atención basada en valor.
- Herramientas de calidad al servicio de la atención basada en valor.
- Gestión de procesos para la gestión del cambio.
- Guías clínicas, elementos que se deben incluir.
- La implementación y articulación con los procesos de atención en la entidad hospitalaria.

Además, en el transcurso del programa, los profesionales de las entidades participantes han iniciado el desarrollo de un proyecto piloto enfocado a la necesidad de su entidad hospitalaria, aplicando en la patología elegida todos los conceptos vistos en el programa.

Este proyecto ha sido liderado por Carmen Elisa Núñez, directora asociada y líder del equipo de Economía de la Salud & Acceso a Mercados en el Northern Clúster de Johnson & Johnson, y Sergio Andrés Navarrete, miembro de dicho equipo, quienes han asesorado a cada uno de los equipos de trabajo conformados por las entidades afiliadas a la ACHC que ingresaron al programa.

Se prevé finalizar este programa en febrero de 2024, cuando las instituciones hospitalarias que participan en el programa compartirán con todos los miembros de la ACHC, los primeros resultados de sus proyectos.

La ACHC y Johnson Medtech están seguros de que este programa de formación en agregación de valor a la atención en salud ayudará a las entidades afiliadas a optimizar los procesos, alcanzar mayor eficiencia, fortalecer la calidad y mejorar los resultados en salud.

UPB

¡DESCUBRE NUEVOS HORIZONTES!

Conocimientos especializados para la gestión, administración y atención en el área de la salud.

**DOCTORADO,
MAESTRÍAS Y
ESPECIALIZACIONES**

Programas no médico quirúrgicos

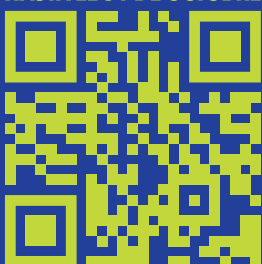
SIN

PRETEXTOS

#SinLimites

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS**

HASTA EL 31 DE OCTUBRE



www.upb.edu.co



La ACHC pidió al Gobierno nacional un plan extraordinario de liquidez para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Ante las dificultades que continúan enfrentando las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud por el impacto de las liquidaciones de EPS y la cartera hospitalaria creciente, la ACHC, en comunicación enviada al ministro de Salud Guillermo Alfonso Jaramillo, insistió al Gobierno nacional en la necesidad de generar medidas de liquidez inmediatas para las IPS, y presentó seis medidas para dar liquidez en el corto plazo al sector y evitar una crisis mayor, teniendo en cuenta que, sobre las instituciones hos-

pitalarias públicas y privadas, recae el peso de la atención a los usuarios, no solo por el componente misional, sino porque, por mandato constitucional y de Ley estatutaria, nunca cesan en la prestación de servicios, independiente del pago o no de dichas atenciones.

A continuación, presentamos el texto completo de la carta enviada al señor ministro de Salud y Protección Social:

ACHC-2023-058

Bogotá, D.C. 9 de octubre de 2023

Doctor

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección social
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ESM

ASUNTO: Plan extraordinario de liquidez para IPS - seguimiento flujo de recursos solicitado por la ACHC

Estimado señor Ministro.

El pasado mes de julio le remitimos una comunicación en la que transmitíamos la preocupación del sector prestador por las dificultades en el flujo de recursos. En la respuesta emitida hay anuncios para algunos temas y apertura a revisar otros, aspectos que reconocemos, pero que deben avanzar a su concreción a fin de atender las peticiones de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Una de esas grandes preocupaciones es el impacto que generan los procesos de liquidación de EPS; consideramos que las liquidaciones actuales y futuras deben acompañarse de medidas para proteger a la red hospitalaria. Por ello destacamos la apertura a una petición reiterada de este gremio, sobre la creación de un Fondo de Garantías, que esperamos se esté trabajando para su consolidación.

La dificultad en el flujo de recursos es constante y sobre las instituciones hospitalarias públicas y privadas recae el peso de la atención a los usuarios, no solo por el componente misional sino porque por mandato constitucional y de Ley estatutaria, nunca cesan en la prestación de servicios, independiente del pago o no de dichas atenciones.

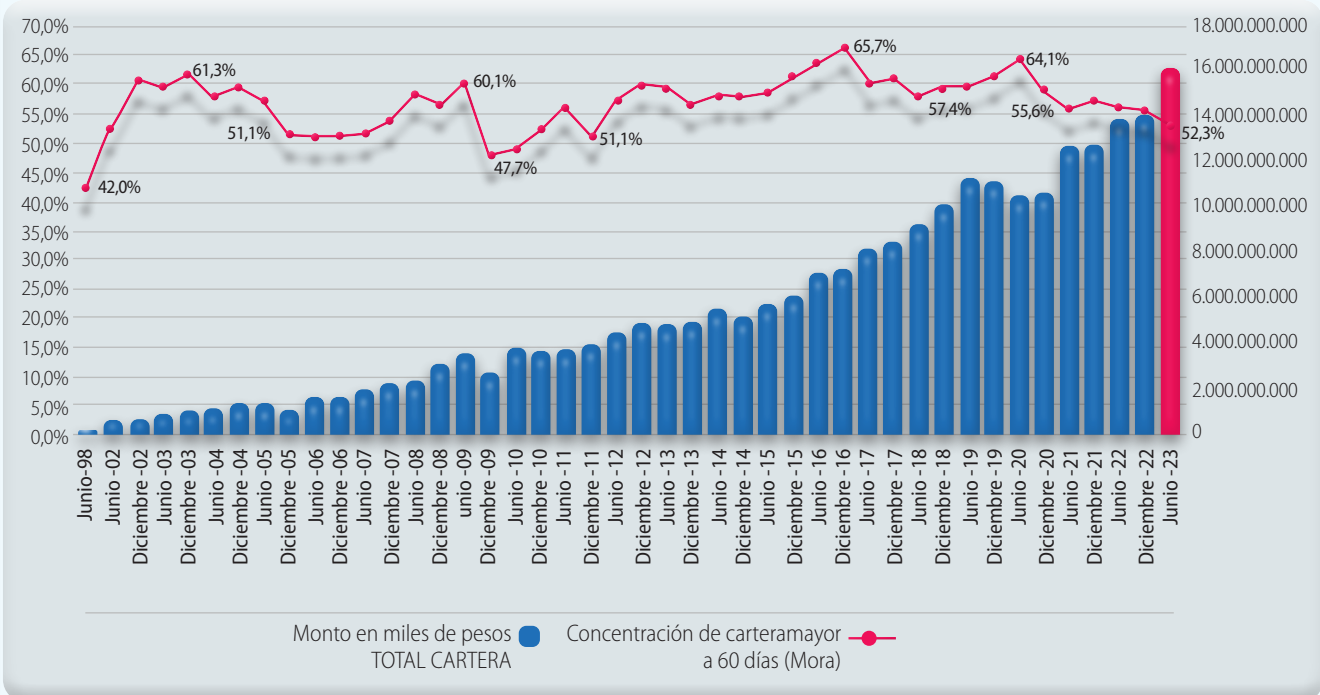
Ese trabajo ininterrumpido requiere de los recursos suficientes y oportunos para responder al talento humano y a los proveedores que hacen posible las atenciones presentes y futuras en salud, pues de lo contrario se puede afectar el suministro oportuno de insumos y el cumplimiento de obligaciones a cargo de las IPS.

Es por lo anterior, que queremos insistir en la necesidad de generar medidas de liquidez inmediatas para las IPS. A continuación, describimos los asuntos de notable preocupación y algunas propuestas para este plan:

La deuda con los Hospitales y Clínicas

Los resultados que semestralmente presenta la ACHC y permiten hacer un observatorio de la situación muestran que se trata de un problema crónico y creciente.

El monto de la cartera lejos de mejorarse, se incrementa y el porcentaje de vencimiento se mantiene en porcentajes altos; así se puede establecer en nuestro estudio de cartera con corte a junio de 2023, que para un conjunto de 207 instituciones reportantes **muestra un incremento del 14,7%**, frente al corte a diciembre de 2022. Una cifra absoluta creciente de **más de \$ 16 billones de pesos** comparada con los \$ 14 billones a diciembre de 2022.



Respecto de la morosidad, expresada como la concentración de cartera de 60 días y más a junio de 2023, el Estado participa con un 65,6 %, las EPS del Régimen Subsidiado con 60,8 %, las EPS del Régimen Contributivo con 51,9 %, para un total en el estudio de 52,3%.



Esa situación de deuda se empeora con comportamientos de algunas Entidades Responsables de Pago, tales como: demoras en las autorizaciones por parte de las EPS, disminución en los giros acordados, demora o ausencia de asignación de citas o espacios para conciliar y depurar la cartera, exigencias de preauditoría, pre-autorizaciones, trámites administrativos que impiden la radicación de las facturas y falta de legalización de anticipos girados por estas entidades. Si bien se trata de comportamientos que en algunas EPS son habituales, se han visto incrementados sin que exista explicación o justificación al menos para con la red hospitalaria.

Todo lo anterior deteriora el relacionamiento entre los agentes del sistema y profundiza las dificultades en el flujo de recursos, por lo que es necesario que desde el órgano rector se expidan mecanismos de salvaguarda o solución.

Dado que estas situaciones persisten o empeoran, nos dirigimos nuevamente a usted con el fin de proponerle movilizar un conjunto de medidas a saber:

1. Giro Directo Universal

Urge la aplicación plena del giro directo universal. Este mecanismo que constituye para muchas IPS la fuente esencial de flujo de recursos debe potenciarse para lograr el cumplimiento pleno de las disposiciones normativas vigentes.

En el Régimen Subsidiado se aplica desde hace más de una década y ha logrado en los últimos años beneficiar a cerca de 3000 IPS con montos promedio de 1.4 billones de pesos mensuales.

No obstante, debemos llamar la atención frente a la disminución del porcentaje en los giros que no corresponden al 80% mínimo establecido en la normatividad vigente. En efecto, según las publicaciones hechas por la ADRES, **actualmente el giro está en promedio entre el 50 y el 60% de la UPC neta.**

Por su parte, en el Régimen Contributivo debido a las condiciones normativas establecidas para su aplicación, tanto las IPS beneficiadas como los montos no solo son menores, sino que han tenido un desplome significativo, pasando de 358 mil millones en 2018 a 22 mil en 2023 y de 1446 IPS a 300 IPS; con estas cifras el porcentaje *no llega ni al 1% del total de la UPC neta.*

En este caso hacemos un llamado a que se apliquen las condiciones y se incluya a todas las EPS que tienen algún tipo de medida o intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y se realicen los giros en los porcentajes suficientes para irrigar recursos hacia las IPS.

Así mismo, es preciso reiterar la petición de que se concrete la reglamentación del giro directo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 y se disponga del porcentaje máximo posible y se mejoren las condiciones de su aplicación.

En el cuadro siguiente puede verse el reporte histórico del comportamiento del giro directo de los últimos seis años, tomando como cortes junio y diciembre de cada año, tanto del monto de los giros autorizados y efectuados en ambos regímenes y el número de instituciones (IPS) beneficiadas.

GIROS DIRECTOS A IPS Y PROVEEDORES (ADRES- MINSALUD) CIFRAS EN PESOS (\$)

AÑO	Mes	CONTRIBUTIVO					
		UPC NETA CONTRIBUTIVO	GIRO DIRECTO CONTRIBUTIVO	Nº IPS BENEFICIADAS	AFILIADOS CONTRIBUTIVO	% DEL GIRO DIRECTO/ SOBRE UPC NETA	
2018	Junio	\$ 1.682.942.995.742	\$ 358.508.624.683	1.446	●	22.099.693	21,3%
	Diciembre	\$ 1.807.553.380.961	\$ 508.157.308.188	2.334	●	22.378.384	28,1%
2019	Junio	\$ 1.798.814.209.480	\$ 427.128.332.117	1.839	●	22.627.107	23,7%
	Diciembre	\$ 1.894.258.493.814	\$ 386.424.380.445	1.790	●	22.909.679	20,4%
2020	Junio	\$ 1.926.835.735.575	\$ 236.770.303.045	1.208	●	22.065.702	12,3%
	Diciembre	\$ 2.058.997.294.318	\$ 223.519.770.220	1.484	●	23.362.083	10,9%
2021	Junio	\$ 2.294.775.210.461	\$ 357.218.355.043	1.316	●	24.168.309	15,6%
	Diciembre	\$ 2.479.506.657.779	\$ 239.282.205.694	1.364	●	24.623.736	9,7%
2022	Junio	\$ 2.873.352.768.304	\$ 61.547.046.160	629	●	24.477.934	2,1%
	Diciembre	\$ 2.862.821.638.135	\$ 36.962.833.819	633	●	23.527.972	1,3%
2023	Junio	\$ 3.254.828.714.480	\$ 22.404.245.550	300	●	23.437.502	0,7%

AÑO	Mes	SUBSIDIADO					
		UPC NETA SUBSIDIADO	GIRO DIRECTO SUBSIDIADO	Nº IPS BENEFICIADAS	AFILIADOS SUBSIDIADO	% DEL GIRO DIRECTO/ SOBRE UPC NETA	
2018	Junio	\$ 1.572.767.529.980	\$ 1.120.691.760.311	3.008	●	22.559.724	71,3%
	Diciembre	\$ 1.598.208.107.573	\$ 1.226.244.693.702	3.246	●	22.658.108	76,7%
2019	Junio	\$ 1.760.037.028.371	\$ 1.292.542.643.301	3.090	●	22.852.689	73,4%
	Diciembre	\$ 1.772.247.439.693	\$ 1.317.037.767.906	3.098	●	22.808.930	74,3%
2020	Junio	\$ 1.981.611.341.600	\$ 1.409.121.012.575	3.050	●	24.307.637	71,1%
	Diciembre	\$ 1.979.683.015.575	\$ 1.384.625.060.284	3.030	●	24.026.912	69,9%
2021	Junio	\$ 2.079.975.125.595	\$ 1.438.361.359.841	3.039	●	23.886.178	69,2%
	Diciembre	\$ 2.103.347.234.329	\$ 1.333.414.045.453	2.931	●	23.968.577	63,4%
2022	Junio	\$ 2.401.537.392.999	\$ 1.404.971.679.286	2.942	●	24.767.191	58,5%
	Diciembre	\$ 2.471.385.331.907	\$ 1.495.249.695.896	2.857	●	25.672.278	60,5%
2023	Junio	\$ 2.921.124.331.843	\$ 1.453.778.876.141	2.673	●	25.963.073	49,8%

FUENTE: A partir de la Información dispuesta por la ADRES y el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre el giro directo del régimen subsidiado Resolución 2320 de 2011 y Resolución 1587 de 2016 y sobre el giro directo del régimen contributivo Resolución 0654 de 2014, 3503 de 2015 y 3110 y 2916 de 2018.

El giro directo aplicado debidamente es, sin duda, una medida que puede evitar que el monto de la cartera aumente y por consiguiente el faltante de recursos para el Sistema de salud.

También es necesario que se haga vigilancia estricta y se dé cumplimiento a la normatividad, sobre límites a la integración vertical y se evalúe el porcentaje y nivel de los giros que efectivamente están llegando a la red hospitalaria independiente, pues de no controlarse una posible concentración con la red propia de algunas EPS, se seguirá afectando a las demás IPS y se generará una concentración de recursos y beneficios prohibidos por la Ley.

2. Reservas Técnicas

El mecanismo de liberación de reservas técnicas que fuera estructurado por el Gobierno anterior y aplicado por este Gobierno dio una liquidez importante el año pasado y en este momento de estrechez financiera cobra importancia hacer efectivo un segundo tramo y generar flujo de caja a los prestadores. Según la Superintendencia Nacional de Salud en los estados financieros de las EPS a junio de 2023, bajo el rubro de *reservas técnicas*, existe un monto cercano a los \$ 18 billones de pesos y de *inversiones que respaldan las reservas técnicas* un monto de \$ 5,3 billones aproximados; recursos que bien pueden contribuir con su *desinversión* para inyectar liquidez a la red hospitalaria.

En la siguiente tabla se pueden ver los montos reportados por estas entidades:

Tabla 3. Inversión en reservas técnicas (inversiones e instrumentos derivados) a junio de 2023, según estados financieros de EPS reportados a SUPERSALUD (cifras en pesos \$)

RÉGIMEN	EPS	TOTAL (JUN 2023)
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL EPS-S S.A.	\$ 2.276.474.430.280
	EPS SURAMERICANA S.A.	\$ 1.429.556.261.933
	SANITAS S.A.S	\$ 569.965.412.966
	COMPENSAR	\$ 329.724.709.426
	ALIANSA SALUD EPS S.A.	\$ 22.527.464.103
	FAMISANAR S.A.S	\$ 10.054.000.000
	FERRONALES	\$ 6.463.642.043
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	\$ 98.670.125
	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	
	SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.	
	COMFENALCO VALLE	
FUNDACIÓN SALUD MÍA EPS		
Total CONTRIBUTIVO		\$ 4.644.864.590.876
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	NUEVA EPS S.A.	\$ 434.674.782.724
	MUTUAL SER	\$ 127.439.503.097
	COOSALUD	\$ 40.000.000.000
Total CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO		\$ 602.114.285.821
SUBSIDIADO	EMSSANAR SAS	\$ 30.167.036.591
	ANAS WAYUU EPSI	\$ 3.000.000.000
	CAJACOPI ATLÁNTICO	\$ 688.684.436
	CAPRESOCA E.P.S.	\$ 583.930.045
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	\$ 213.200.000
	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	\$ 156.000.000
	ASMET SALUD EPS SAS	\$ 22.038.570
	ECOOPSOS EPS S.A.S	\$ 4.774.331
	EPS INDÍGENA MALLAMÁS	\$ 2.483.646
	SAVIA SALUD EPS	
	PIJAOS SALUD EPSI	
	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. E.P.S.I.	
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCHO	
	DUSAKAWI	
	COMFAORIENTE E.P.S.	
Total SUBSIDIADO		\$ 34.838.147.619
TOTAL GENERAL		\$ 5.281.817.024.316

Fuente: ACHC con base en Información reportada por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la plataforma NRVCC - Circular Única - Archivo Tipo FT001 "Catálogo de Información Financiera". Tabla de referencias: FT001-01, FT001-02, FT001-07, FT001-08, FT001-06.

3. Créditos Findeter

La línea de redescuento con tasa compensada de créditos autorizada a Findeter ha sido una medida adecuada y en este momento ampliar el cupo bajo la línea "Compromiso salud liquidez", podría irrigar recursos de capital de trabajo o la sustitución de deudas a las IPS. Rogamos se amplíe el cupo inicial con el objetivo de beneficiar a más instituciones y ampliar la cobertura de esta línea.

Proponemos también, que la banca pública promueva unas mejores condiciones de acceso en esta línea, pues se percibe desinterés por parte de la banca privada para otorgar estos créditos; este ajuste permitiría beneficiar a más instituciones hospitalarias y un mayor impacto de esta medida.

4. Compra de cartera

La compra de cartera, mecanismo creado en la Ley 1608 de 2013, ha permitido generar liquidez a la red hospitalaria y disminuir la deuda por parte de las EPS; bajo esta medida a la fecha se ha beneficiado a 415 IPS, con cifras cercanas a 2.2 billones de pesos.

Hacemos un llamado para que se asignen recursos para compra de cartera a las IPS y dada la coyuntura sectorial, creemos que pueden explorarse mecanismos adicionales para el pago de las obligaciones que se adquieren por parte de las EPS.

5. Reclamaciones SOAT

Este tema frente al que hemos solicitado revisión e intervención es de preocupación y afecta de manera importante, en especial a IPS que atienden pacientes víctimas de accidentes de tránsito. Agradecemos que se haya ampliado el tiempo de radicación de las cuentas y entendemos que la ADRES avanza en la solución de los procesos de auditoría, pero el procedimiento diseñado para el cobro de estas atenciones sigue siendo una dificultad. En efecto, el certificado de agotamiento de cobertura que deben emitir las aseguradoras de SOAT no es posible de conseguir en tiempos razonables, pues se formulan glosas a las facturas y para aclararlas conceden citas que van hasta febrero y marzo del 2024 y hasta tanto se aclaren las cuentas, no expiden dicho certificado, sin el cual, no es posible radicar lo que compete a la ADRES.

Entendemos que la Administradora de Recursos del SGSSS, deba establecer procesos rigurosos de revisión y auditoría, pero no deben darse solo a costa de que el prestador de servicios de salud no pueda cobrar por los servicios que legítima y oportunamente ha prestado. En efecto, para las IPS esta es una situación que se torna insostenible pues no reciben los recursos que les permita pagar a su personal y a los proveedores, lo que han debido usar para una adecuada y debida atención.

Por lo anterior, rogamos que revisen el proceso y modifiquen el requisito de certificado previo de la aseguradora y se evalúen otras opciones de revisión y control de las coberturas que estas deben dar. Así mismo, solicitamos que, en el ámbito de sus competencias, evalúen el comportamiento de las aseguradoras que tienen este ramo.

Plan de liquidez

Finalmente, apelando a un logro sectorial de las últimas reformas tributarias, que destinó de manera específica 0.5 puntos del Iva social al Sistema de Salud, sugerimos se revise el recaudo efectivo de esta fuente y se enfoque su uso para la liquidez del sistema prestador de servicios de salud.

Sin duda señor Ministro, las dificultades de las IPS para operar el día a día y responder por sus obligaciones, requiere de mecanismos extraordinarios y por ello en esta misiva presentamos alternativas que, integradas y armonizadas en un paquete como un plan extraordinario de liquidez, beneficiaría de manera directa a la institucionalidad hospitalaria pública y privada del país, garantizando así el acceso y continuidad de los servicios.

Agradecemos y confiamos que, como máxima autoridad del sector, pueda atender nuestras sentidas peticiones de auxilio para las IPS y reiteramos nuestra entrega denodada con la atención en salud de la población colombiana.

De usted atentamente,

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

Director General ACHC

c.c. Dr. Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social 

Clínica Orlant: treinta y cinco años transformando vidas

La construcción de la Clínica Orlant se remonta al año 1987, cuando se reunió un grupo de jóvenes otorrinolaringólogos, egresados de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, con el propósito de consolidar una idea y buscar un sitio en la ciudad que sirviera de lugar de trabajo para desarrollar la actividad médica para lo cual se habían entrenado y formado.

Pero no solo fue una idea, estos visionarios creían en lo que soñaban y con empeño y dedicación se atrevieron a materializarlo. Durante ese año buscaron los recursos necesarios para crear un espacio donde iniciar la atención a sus pacientes.

Después de constituirse como sociedad comercial en 1988 y cumplir con requisitos básicos para su fun-

cionamiento, el 23 de noviembre del mismo año se realizó la primera cirugía por parte de uno de los socios fundadores, en el quirófano de aquella clínica con la que habían soñado, que en ese entonces estaba ubicada en el parque del barrio Conquistadores de la ciudad de Medellín.

Años más tarde, buscando consolidarse como una institución ambulatoria de mediana complejidad donde se ofrecieran servicios integrales en la atención de patologías de otorrinolaringología, se inauguraron las nuevas instalaciones de la Clínica Occidente de Otorrinolaringología, llamada así por su ubicación geográfica en la ciudad. En estos nuevos espacios se fortalecieron todas las fases de atención a los pacientes, desde la prevención hasta el diagnóstico, pasando por el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado, con el objetivo principal de satisfacer las necesidades en salud de la población antioqueña. A raíz de su crecimiento y fortalecimiento en el mercado, la institución cambió su razón social en 2015 por la de Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia Orlant S. A.

En estos treinta y cinco años de servicio a la comunidad, la Clínica Orlant ha logrado posicionarse como la institución con el mayor número de



Fotos cortesía Clínica Orlant

En lo corrido de 2023 la Clínica Orlant ha atendido más de 24.000 pacientes por consulta externa y ha realizado más de 4.000 cirugías.

otorrinolaringólogos que prestan servicios en la especialidad y en distintas subespecialidades como otología, laringología, plástica facial, además, de la innegable experticia de los especialistas en vértigo y equilibrio, medicina del sueño y áreas afines a la medicina como la maxilofacial, con equipos multidisciplinarios, instalaciones modernas, confortables, con tecnología de punta y cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

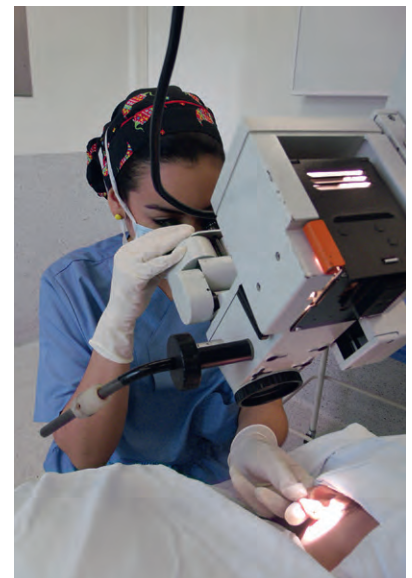
La Clínica cuenta con unidades de Sueño y Ronquido, Audífonos Implantados, Plástica y Estética Facial, Voz y Respiración y Vértigo y Equilibrio, para la atención integral de estas patologías con criterios de pertinencia, continuidad y seguridad.

Actualmente, la institución está conformada por 26 accionistas y un total de 230 colaboradores entre empleados vinculados y prestadores de servicios, quienes conjuntamente le han permitido a la Clínica Orlant, durante lo que va del año actual, atender alrededor de 24.000 pacientes en consulta externa, realizar más de 4.000 cirugías, 11.500 exámenes de fibronasolaringoscopias y estroboscopias y más de 13.000 exámenes de audiología. Atenciones que han posibilitado mejorar la calidad de vida de los pacientes de la institución y generar diagnósticos tempranos de patologías relacionadas con las enfermedades del oído y de las vías respiratorias superiores.

La institución también se ha destacado por ser un centro para la docencia y la investigación a través de convenios de docencia y servicio con diferentes instituciones de educación superior, ello le ha permitido a la Clínica Orlant – a través del conocimiento– ser un aliado en la formación de los profesionales en salud.

A propósito de su experiencia al frente de la Clínica Orlant, el doctor Gustavo Restrepo Nicholls, actual gerente, afirma “Me siento muy orgulloso de poder liderar esta institución que busca constantemente brindar salud de calidad a los antioqueños, transformando la vida de aquellos pacientes con diferentes trastornos auditivos. Nuestro propósito es continuar con la prestación de servicios de manera oportuna y satisfactoria a nuestros usuarios y seguir trabajando por convertirnos en una clínica reconocida a nivel nacional, capaces de transformar la vida de las personas que lleguen a nuestra institución”.

Recientemente, la Cámara de Comercio de Medellín destacó el trabajo y la contribución de la Clínica Orlant al desarrollo de la región y a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y sus familias. Todos estos resultados se han alcanzado gracias al esfuerzo, dedicación, compromiso y confianza de accionistas y colaboradores quienes han contribuido al logro de un sueño convertido hoy en realidad. ¡En la clínica Orlant, le damos sentido a sus sentidos!



▼ La Clínica Orlant cuenta con más de 230 colaboradores, entre profesionales y personal asistencial que brindan servicios de salud con calidad a los antioqueños

E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana: 90 años de compromiso con la salud colombiana y la calidad en el servicio



El HUS fue la primera institución de higiene social de Cundinamarca y actualmente se consolida como el centro de referencia más importante del departamento

En pleno corazón de la capital colombiana donde la vida moderna se desarrolla a un ritmo frenético, el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) ha sido un faro de esperanza y cuidado para muchas personas, sobre todo para las clases menos favorecidas del departamento de Cundinamarca.

Ha pasado casi un siglo desde que la entidad abrió sus puertas

Desde 1933, la Institución se ha caracterizado por ser un pilar fundamental de la salud y la educación médica en el país, transformando vidas, contribuyendo al bienestar de la sociedad con 90 años de excelencia

médica, y forjando un legado en la comunidad y la nación.

A lo largo de su rica historia, el HUS, junto con sus colaboradores, ha vivido varias etapas de crecimiento, lo cual ha permitido adaptarse y ser un gran sobreviviente del tiempo y del territorio que lo rodea.

Compromiso social y comunitario

Su fundador, el profesor Jorge Enrique Cavalier Jiménez, no solo tuvo la idea de crear la primera institución de Higiene Social de Cundinamarca con especialidad en el tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual, sino que además eliminó su estigma, cambiando el



En el 2001, la Alcaldía Mayor de Bogotá declaró bien de interés cultural al HUS en reconocimiento a su estilo arquitectónico de comienzos del siglo XX.

imaginario de la sociedad colombiana y contribuyendo así a la salud pública de Cundinamarca.

Con esta gran visión de futuro, la infraestructura fue creciendo y, con ella, las personas que trabajaban en el Hospital. En 1945 ya se habían terminado las obras de los seis pisos y con ellos aumentaron los servicios y especialidades de tratamiento de otro tipo de enfermedades.

Formación de profesionales de la salud

El profesor Cavelier y su equipo capacitaron y prepararon a médicos y enfermeras, pero también a las mujeres en general, creyendo firmemente en el poder de las campañas educativas para combatir los problemas de salud pública que existían en aquel entonces. El poder de la educación y la investigación científica fue inspirador para que el fundador y gerente tomara la decisión de convertir la entidad de salud en un hospital universitario, vislumbrando la importancia del

desarrollo académico según lo expresado en su informe de gestión de 1944:

La creciente necesidad de proporcionar a las generaciones nuevas, campos vastos de estudiantes de investigación que vayan paralelos con el desenvolvimiento cultural y técnico de la nación y que den a ésta señalado sitio al lado de los países avanzados, crea el ineludible deber de hacer de los centros hospitalarios instituciones docentes, que se salgan de la rutinaria concepción que limita sus actividades a los linderos terapéuticos para conceder entrada franca a quienes deseosos de obtener enseñanzas prácticas, utilicen los elementos humanos y materiales que las instituciones puedan prestarles en beneficio de su perfeccionamiento cultural.

Una de las publicaciones que aportó a la formación de profesionales en la salud fue la *Revista del Hospital de La Samaritana*, la cual publicó su primer número en 1948, cuyo primer jefe



El Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) hace parte de los mejores del mundo, encabezando la salud pública y universitaria del departamento de Cundinamarca. Actualmente, esta entidad presta servicios de nivel III y IV de alta complejidad.

de redacción fue el doctor Guillermo Nieto Cano. Ya en 1955, la Institución de salud de alta complejidad y con carácter científico se convirtió en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Por estar ubicado en la zona de La Hortúa, hizo parte de un ambicioso y visionario proyecto llamado Ciudad Salud para mejorar el acceso a la atención médica, fomentar la movilidad sostenible y desarrollar espacios verdes. En el 2001, la Alcaldía Mayor de Bogotá declaró bien de interés cultural al HUS en reconocimiento a su estilo arquitectónico de comienzos del siglo XX.

El futuro de La Samaritana

El Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) hace parte de los mejores del mundo, encabezando la salud pública y universitaria del departamento de Cundinamarca. Actualmente, esta entidad presta servicios de nivel III y IV de alta complejidad.

El HUS está acreditado en salud y certificado como hospital universitario con altos estándares de calidad. La red samaritana tiene una capacidad instalada en infraestructura de 477 camas disponibles; 13 salas de cirugías; 3 salas de parto; 85 camillas de urgencias; 14 consultorios de urgencias; 77 consultorios de consulta externa; 17 salas de procedimientos, y 11 sillas de Hemodiálisis. Además, está conformada por la Unidad Funcional de Zipaquirá, el Hospital Regional de Zipaquirá, el Centro

de Salud de Cogua y el puesto de salud de San Cayetano.

Actualmente, el HUS cuenta con servicios especializados y supraespecializados como los siguientes:

- Neurocirugía: simulación previa neuroquirúrgica.
- Microcirugía.
- Cirugía mínimamente invasiva.
- Cirugía artroscópica de alta complejidad.
- Implantes protésicos multidisciplinarios.
- Revascularización miocárdica.
- Hemodinamia e intervencionismo.
- Manejo de alto riesgo obstétrico y neonatal.
- Cuidado crítico adulto y neonatal.
- Radiología intervencionista.
- Entre otros.

Como hospital universitario, es un referente por tener buenas prácticas de calidad y seguridad. Asimismo, apoya la formación continua y avanzada de sus colaboradores para afianzar las competencias técnicas, administrativas y de servicio, con el fin de brindar una atención con una experiencia de servicio memorable. Además, por medio de la investigación el HUS busca generar siempre nuevos conocimientos.

Bajo ese escenario, la institución continuará en este camino sobresalir con el aporte que, con su arduo trabajo, le brinda a la sociedad, respondiendo a la confianza depositada por miles de personas que acuden cada año a la institución convencidos de que están bajo el cuidado de los mejores.

Hacer realidad todos estos propósitos permitirá avanzar y continuar siendo una red samaritana universitaria segura y humanizada.



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

Un nuevo horizonte en atención médica:

Bienvenidos
**al Complejo
Clínica del Occidente**

Integramos en un espacio físico la mayor cantidad de servicios de salud con respuestas inmediatas y completas para diversas enfermedades. El suroccidente de Bogotá lo necesitaba, y la Clínica del Occidente lo creó para satisfacer las crecientes y variadas necesidades, mediante nuevos servicios enfocados en fortalecer la integralidad y la alta complejidad.

+ PARATODOS



Infraestructura de vanguardia

En total el complejo tendrá (entre la infraestructura actual y la nueva) 218 camas hospitalarias, 58 unidades de cuidados intensivos y 10 salas de cirugía.

Excelencia en Atención Médica

Esto incluye infraestructura moderna y sostenible, tecnología avanzada y un modelo de atención fortalecido para que los usuarios y sus familias tengan una experiencia de calidad superior.

Diversidad de Servicios

Trasplante renal, cirugía cardiovascular, cirugía plástica y reconstructiva, oncología, neurocirugía y neurointervencionismo para atender nuevos mercados nacionales e internacionales.

+ PARATODOS

www.clinicadeloccidente.com

   @clinicadeloccidentecol

Icontec mantiene acreditación en salud al Hospital General de Medellín por 4 años¹



Icontec reconoció al Hospital General de Medellín como entidad referente para el resto del país.

Luego de la visita de evaluación de otorgamiento de nuevo ciclo de Acreditación, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) aprobó mantener la categoría de Institución acreditada y el certificado de Acreditación en Salud por 4 años más al Hospital General de Medellín, con base en lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, Decreto 903 de 2014 y la resolución 5095 de 2018 Manual de Estándares Hospitalario y Ambulatorio versión 3.1.

En su informe, la Junta de Acreditación resaltó la importancia del logro alcanzado y reiteró “la importancia que representa el cumplimiento de este objetivo para el país, para el sector salud y para los usuarios”

El Icontec subrayó el interés manifestado por los colaboradores del

Hospital General de Medellín, la Junta Directiva, la Gerencia, el equipo directivo y el personal en general con el cumplimiento de los estándares, criterios y ejes del Sistema de Acreditación en salud y su compromiso con las oportunidades de mejora.

Destacó, además, el conjunto de inversiones realizadas para mejorar las condiciones de la infraestructura, adquirir tecnología acorde con las necesidades de los servicios, mejorar la seguridad y el confort de las instalaciones, implementar nuevas tecnologías amigables con el ambiente, entre otras acciones que dan cuenta de su interés por brindar servicios seguros, cómodos y confortables a pacientes, familiares, colaboradores, visitantes y demás partes interesadas.

El máximo Instituto evaluador de la calidad en el país valoró “los avances en el eje de responsabilidad social

¹ Prensa Hospital General de Medellín



con la demostración de acciones en los frentes ambiental, económico y social y el énfasis institucional en la sostenibilidad que se hace explícito en su plan de desarrollo institucional y en los planes operativos”.

Así mismo, el Icontec reconoció la importancia de la Institución para la ciudad, la región y el país, como hospital referente, especialmente para el sector público, en diferentes prácticas acorde con su vocación de servicio y su norte institucional.

Del mismo modo, señaló el trabajo para la conservación de las condiciones de seguridad, por ejemplo, el énfasis en prácticas seguras, y en humanización, con fortalezas en aspectos de apoyo emocional y espiritual y múltiples acciones que han ido evolucionando y el desarrollo de nuevas acciones para dar cumplimiento a los requisitos de los ejes.

La Junta también dio especial énfasis a los programas Madre Canguro, Banco de Leche Humana, AIEPI y donación y trasplante de órganos, las certificaciones y reconocimientos institucionales, entre otras acciones



▼ El talento humano del Hospital General de Medellín ha sido fundamental para mantener la acreditación de calidad en salud

que dan cuenta del esfuerzo institucional por la mejora, la exposición a mecanismos de evaluación de la gestión externos en beneficio de sus diversas partes interesadas.

Es de recalcar además que esta certificación se hace sin ningún condicionamiento, como había sucedido en anteriores administraciones.

“Este logro es un reconocimiento a todo nuestro equipo de trabajo por su compromiso, dedicación y entrega a la causa que nos motiva cada día que es el bienestar de los pacientes y a nuestro interés de aportar a una mejor salud para el Distrito de Medellín”, expresó el gerente del Hospital General, Mario Fernando Córdoba Pérez.

La Fundación Cardioinfantil con sus 50 años llega a la Perla del Pacífico, Tumaco, para salvar el corazón de los niños¹



Desde hace 25 años la Fundación Cardioinfantil, a través de su Programa "Regale una Vida", ha diagnosticado a más de 54.152 niños de escasos recursos enfermos del corazón

En el marco de su quincuagésimo aniversario, la Fundación Cardioinfantil (LaCardio), a través de su programa social y misional "Regale una Vida", se une a la Fundación Fútbol Pazífico para llevar esperanza y atención médica a los niños, niñas y adolescentes de escasos recursos en Tumaco, Nariño, que padecen enfermedades cardiovasculares.

A pesar de los avances en la medicina, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en Colombia, afectando incluso a los recién nacidos. En el país, entre 5 y 9 niños por cada 1.000 nacidos vivos pueden presentar una cardiopatía congénita, lo que equiva-

le a cerca de 5.000 niños al año. Sin embargo, solo alrededor de 2.500 de ellos son operados anualmente.


Con el compromiso de brindar atención integral y de calidad, el equipo interdisciplinario de la Fundación Cardioinfantil (LaCardio) visitó Tumaco los días 15 y 16 de septiembre de 2023. Durante esta jornada, se diagnosticaron y valoraron a más de 200 niños con sospechas de enfermedad cardíaca, priorizando aquellos que necesiten cirugías o tratamientos de alta complejidad. Los casos más urgentes fueron trasladados a Bogotá para recibir atención gratuita, lo que incluye tratamiento médico, cirugía cardiovascular o cateterismo, así como traslados, hospedaje y alimentación.

¹ Prensa LaCardio.

“El compromiso de la Fundación Cardioinfantil por la salud pediátrica de Colombia no se detiene y por ello seguiremos identificando a los menores enfermos del corazón, de escasos recursos, que necesitan recibir tratamiento médico integral y de calidad, para brindarles una segunda oportunidad de vida, por tanto, el llamado es a los padres de familia o acudientes para que se contacten y poder ofrecerles una atención oportuna”, señala el Doctor Juan Gabriel Cendales, Director de Ejecutivo de la Fundación Cardioinfantil (LaCardio).

La Fundación Fútbol Pazífico se suma como aliada en esta noble labor, facilitando la logística y el apoyo de voluntarios. Esta organización está comprometida con el desarrollo del municipio de Tumaco a través de la promoción del deporte y la educación, con el objetivo de proporcionar a la comunidad las herramientas necesarias para que puedan construir un proyecto de vida alejado de la violencia.

“Ambas organizaciones comparten la visión de brindar alternativas positivas a jóvenes en riesgo. Creemos firmemente en la importancia del acceso a atención médica de calidad y la promoción de hábitos saludables para su desarrollo. Fútbol Pazífico agradece a la Fundación Cardio Infantil por su participación y al equipo de voluntarios que hace posible esta brigada de salud. También extendemos nuestra gratitud a los colaboradores y patrocinadores que respaldan nuestros esfuerzos para construir un futuro mejor para los jóvenes de Tumaco”, afirmó Lorena Loaiza, directora Administrativa de la Fundación Fútbol Pazífico.

Gracias a las donaciones de personas naturales y empresas socialmente responsables, desde hace 25 años la Fundación Cardioinfantil, a través de su Programa “Regale una Vida”, ha diagnosticado a más de 54.152 niños de escasos recursos enfermos del corazón, que no pueden acceder a los servicios médicos de calidad y a la alta tecnología que requieren sus casos. Asimismo, anualmente alrededor de 200 niños, niñas y adolescentes son trasladados al centro hospitalario en Bogotá para recibir tratamiento médico y una segunda oportunidad de vida. 



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Revista Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



La revista del sector salud Colombiano

¡Paute con nosotros!

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

Se ampliará vigilancia genómica a virus transmitidos por mosquitos en las Américas



Foto: freepik.es

Aprovechando el aumento de la capacidad instalada en secuenciación genómica durante la pandemia por COVID-19 en varios países, se busca expandir las formas de ampliar las vigilancias genómica y entomoviroológica a los principales virus transmitidos por mosquitos (arbovirus) en las Américas que están causando grandes brotes.

Dado que en la región se enfrentan brotes de dengue de gran magnitud y una circulación amplia de chikunguña, en la reunión anual de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus (RELDA) de las Américas, miembros de 35 laboratorios nacionales de toda la región, asesores técnicos y centros colaboradores de la OMS revisaron las formas de ampliar las vigilancias genómica y entomoviroológica a los principales arbovirus.

Desde principios de 2023 y hasta finales de julio se han reportado en las Américas más de tres millones de nuevas infecciones por dengue y más de 324.000 casos de chikunguña. Aunque el zika presenta una baja incidencia en toda la región en el mismo periodo con solo 27.000 casos, los casos esporádicos de fiebre amarilla

representan un riesgo permanente de reemergencia de esta enfermedad que puede llegar a ser letal.

“Al menos nueve arbovirus con impacto en la salud pública —como dengue, zika, chikunguña y fiebre amarilla— circulan en Latinoamérica y el Caribe, por lo que fortalecer y ampliar las capacidades de detección y vigilancia por laboratorio es clave para asegurar una respuesta oportuna ante brotes y epidemias”, indicó Sylvain Aldighieri, director adjunto del Departamento de Emergencias en Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

José Luis San Martín, asesor regional en enfermedades arbovirales de la OPS, advierte que el cuadro epidemiológico de las arbovirosis en la región es de una alta complejidad, debido al potencial epidémico de estas enfermedades: “Por ello debemos llevar adelante una estrategia de prevención y control integrada que utilice las nuevas innovaciones para seguirle de cerca los pasos a estos virus desde el laboratorio”.

Todos los virus cambian (o mutan) a medida que se replican y propagan en una población. Los virus que tienen ARN como material genético,

como el SARS-CoV-2 (el virus que causa el COVID-19) y la influenza, mutan mucho más rápido que los virus con ADN. La secuenciación genómica es un proceso para descifrar el material genético de un organismo o virus. Las secuencias de muestras obtenidas pueden compararse para ayudar a hacer un seguimiento de la propagación de un virus, cómo está cambiando y cómo dichos cambios pueden afectar a la salud pública.

La vigilancia genómica consiste en el rastreo de los virus por medio de los datos de secuencia genómica recopilados. Durante la pandemia de COVID-19, la vigilancia genómica de SARS-CoV-2 demostró que podía ser una herramienta clave para conocer el virus y sus variantes, y de esta manera asesorar las políticas públicas para combatir la enfermedad.

Gracias a las inversiones de los países y de la cooperación internacional, en la pandemia se fortalecieron los laboratorios de la RELDA, y por lo menos ocho países de las Américas introdujeron la secuenciación genómica dentro de la Estrategia Regional de Vigilancia Genómica de la OPS.

Actualmente, muchos países aprovechan esas capacidades y comenzaron a secuenciar virus causantes del dengue, la fiebre amarilla, el chikunguña y otros arbovirus, algunos por primera vez. Ahora se procura que, con el apoyo de la RELDA, los laboratorios pueden ampliar esta vigilancia y conocer los genomas de los virus que circulan en su territorio y sus patrones de dispersión, con el fin de analizar si las mutaciones están asociadas a mayor transmisibilidad o gravedad.

El trabajo ampliado de los laboratorios con pruebas virológicas, serológicas y moleculares permitirá generar información oportuna y de


Durante la pandemia de COVID-19, la vigilancia genómica de SARS-CoV-2 demostró que podía ser una herramienta clave para conocer el virus y sus variantes, y de esta manera asesorar las políticas públicas para combatir la enfermedad.

calidad para la toma de decisiones que pueden contribuir a la prevención y el control de las arbovirosis en la región.

También se fortalecerá vigilancia entomoviológica en las Américas

En la reunión anual de la RELDA también se analizó la situación de la vigilancia entomoviológica en las Américas, es decir, la detección de los virus en los mosquitos antes de que lleguen a los humanos. Esta vigilancia ya se realiza en algunos países y puede servir como sistema de alerta temprana para anticipar brotes o epidemias por arbovirus, y posibilitar una respuesta más oportuna.

La OPS empezó a impulsar la vigilancia entomoviológica en 2017 y creó la Red de Laboratorios de Entomovirología de las Américas (RELEVA), integrada actualmente por laboratorios de catorce países. En la reunión se presentaron y discutieron guías para esta vigilancia; además, los laboratorios de la red presentaron avances en los planes para su implementación y se anunció que se creará una plataforma de vigilancia integral de arbovirus que incluya los datos de la vigilancia en mosquitos.

La RELDA está integrada por cuarenta laboratorios, asesores técnicos y centros colaboradores de la OMS, y es brazo operativo del componente de laboratorio de la estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales de la OPS (EGI-Arbovirus). Su principal objetivo es garantizar una vigilancia de laboratorio eficiente y una capacidad instalada robusta para responder a brotes y epidemias de los arbovirus. 

El pago de servicios mediante anticipos en el sector salud

*Fabiola Alba Muñoz

En otras ocasiones hemos reseñado en esta sección que en el sector salud colombiano existe una tendencia a la reglamentación detallada de los procesos. Pareciera que se tiene la idea mágica de que, al plasmar en un marco normativo cada situación —hasta las eventuales—, todo estará solucionado y no habrá dificultades de ningún orden. No obstante, sabido es que no basta con que las disposiciones estén escritas si quienes deben cumplirlas no lo hacen ni quienes deben obligar a su cumplimiento tampoco.

Las dificultades en el flujo de recursos en el Sistema de Salud son una constante y ejemplifican muy bien el hecho de la normativa detallada que no se cumple. El procedimiento para el pago de las facturas derivadas por la prestación de servicios de salud se encuentra reglado, así como los tiempos de radicación y pago según las formas de contratación, los porcentajes, el proceso de revisión de cuentas, en fin, cada detalle del proceso. Pero estas disposiciones en su mayoría no se cumplen.

El problema se acrecienta porque tampoco se exige el cumplimiento de la normatividad. Tal vez porque nos acostumbramos a vivir en el conflicto constante en el proceso de cobro

y pago, o porque se confía en que los agentes logren solos solucionar la situación, o que a través de la ley de oferta y demanda —como funciona en otros sectores— se logren equilibrar las cargas. En el sector salud, el resultado ya lo conocemos: deudas crecientes, entidades liquidadas, cuentas que no coinciden y unas instituciones hospitalarias que terminan asumiendo cargas financieras y operativas que las dejan en desventaja frente a los demás agentes del sistema.

En esa diversidad de dificultades, se adoptan mecanismos y comportamientos que, aunque usuales, son adaptados en el sector consolidando situaciones atípicas; tal es el caso de los denominados *anticipos por prestación de servicios de salud*. En las modalidades de pago definidas en la normatividad (Decreto 441, 2022), según el tipo de contratación acordado entre EPS e IPS, se distinguen aquellas modalidades mediante las cuales se define de manera anticipada el valor esperado de la frecuencia de uso de los servicios contratados o una suma fija pactada de forma anticipada (capitación), de los que contemplan el pago anticipado de una suma fija o aquellos en los que se pacten pagos anticipados a cargo de la EPS.

Establece la normatividad que, cuando se pacten pagos anticipados,

* Jefe Jurídica ACHC

la entidad responsable de pago debe informar al prestador “dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de venta, el detalle del pago aplicado sobre esta. Este detalle de pago no puede ser objeto de modificación posterior, con excepción de aquellas facturas que cuenten con glosa aceptada expresa o tácitamente y sobre las cuales se hubiere aplicado el pago anticipado”¹.

Se dispone así mismo que, si la entidad responsable de pago (ERP) no cumple la obligación de informar, la IPS puede aplicar los valores girados anticipadamente a “las facturas aceptadas expresa o tácitamente y no pagadas por la entidad responsable de pago”². La IPS por su parte debe informar a la EPS sobre estas aplicaciones, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

Con excepción de cumplimientos parciales respecto de pago por anticipado, para el caso de los contratos por capitación, las disposiciones en cuanto a la información y aplicación de los giros anticipados que se realizan no se cumplen. Se presenta con frecuencia que se giran anticipos, pero la ERP no informa a qué facturación o servicios corresponde y deben gestionarse citas o espacios para revisar las cuentas que demoran meses. Esto deriva en que, si bien para la IPS esos giros anticipados les permiten tener flujo de caja y atender algunas obligaciones que les derivan las

atenciones, no les es posible saber a qué facturas debe aplicarlos o saber de la facturación realizada, qué les es reconocido, glosado o pagado.

En efecto, los conceptos se adoptan al libre albedrío de los intervinientes o se aplican de manera parcial, generando la acumulación de anticipos y cuentas sin legalizar, que en la contabilidad de unos y otros no reflejen la realidad de la situación. Esto, por supuesto, también ahonda en la dificultad histórica que ha existido en el sector, de la no coincidencia de las cifras, pues mientras para una entidad responsable de pago existe un activo o cuentas por pagar sin registrar, para el prestador existen, por una parte, pasivos sin aplicar producto de los anticipos y, por otra, cuentas por servicios ya prestados, pero que no ha podido legalizar y, en algunos casos, radicar.

Aquí vale la pena recordar que nuestra constitución política establece que la atención en salud es un servicio público bajo la coordinación y garantía del Estado. Los recursos destinados para este servicio tienen la calidad de públicos y una destinación específica.

En la Sentencia C-607 de 2019, la Corte Constitución precisó que “... los recursos destinados a la seguridad social, ya sea que provengan de aportes directos de los empleadores, de los trabajadores, del Estado o de cualquier otro actor del sistema, tienen necesariamente destinación específica...” y precisó que, como es

¹ Decreto 780 de 2016, Artículo 2.5.3.4.5.2: Detalle de pagos previos a la radicación de las facturas.

² *Ibidem*.



La normatividad ha señalado los casos y la forma en la que deben aplicarse los anticipos. Para la Entidad responsable de pago, constituye una cuenta por cobrar y, para la IPS, inicialmente en un activo por el contrato, pero un pasivo por ese valor recibido sin legalizar.

sabido, los recursos parafiscales **“son recursos públicos, pertenecen al Estado**, aunque están destinados a favorecer solamente al grupo, gremio o sector que los tributa”, por eso se invierten exclusivamente en beneficio de éstos. Significa lo anterior que las cotizaciones que hacen los usuarios del sistema de salud, al igual que, como ya se dijo, toda clase de tarifas, copagos, bonificaciones y similares y los aportes del presupuesto nacional, **son dineros públicos que las EPS y el Fondo de solidaridad y garantía administran sin que en ningún instante se confundan ni con patrimonio de la EPS, ni con el presupuesto nacional o de entidades territoriales, porque no dependen de circunstancias distintas a la atención al afiliado...**” (Negrilla fuera del texto original).

Tratándose de recursos de naturaleza pública, su captación, uso y destinación están claramente definidos y reglados. El relacionamiento y las condiciones de pago, tal como se describía, también se encuentran definidas en el Decreto 780 de 2016 y sus decretos reglamentarios, en especial en el Decreto 4747 de 2007 y en el Decreto 441 de 2022 y, por ello, aun cuando se preserve la autonomía de las partes, la forma de llevar a cabo los procesos está reglada.

Frente a las modalidades contractuales y de pago, se han arraigado en nuestro sistema de Salud algunas costumbres que no solo desconocen el marco normativo, sino que causan daño a sus agentes, minan la confianza y los alejan de tener visiones propositivas y técnicas, más allá de un cobro y un pago. Condiciones disímiles para

contratar; la falta de notas técnicas robustas; la falta de medición de indicadores de resultados; el pago tardío de las facturas; la falta de reconocimiento de intereses de mora; las conciliaciones con descuentos injustificados, entre otros, son habituales y se califican de “normales”. Bajo esta línea, se ha normalizado el giro indiscriminado de anticipos de las cuentas por prestación de servicios, más allá de lo dispuesto en la norma y de lo que se definió como propósito y procedimiento para esta figura.

En el concepto general, un anticipo es un activo para una empresa, ya que configura un derecho que *a posteriori* se canjeará o se materializará con el producto o servicio pagado, y para el proveedor constituye un pasivo que debe legalizar o devolver y que según la naturaleza de la entidad receptora causará impuestos sobre dichos montos.

Tratándose de servicios por prestación de servicios de salud, la normatividad ha señalado los casos y la forma en la que deben aplicarse los anticipos. Para la Entidad responsable de pago, constituye una cuenta por cobrar y, para la IPS, inicialmente en un activo por el contrato, pero un pasivo por ese valor recibido sin legalizar.

No obstante, tal como se ha venido señalando, los anticipos que realizan algunas EPS duran meses, inclusive años, sin que reporten o indiquen al prestador a qué facturas corresponden. En otras circunstancias o sector, se diría que la norma es clara en señalar los términos que debe aplicar el prestador ante el silencio de quien gira. Pero en la forma errática en la que suelen operar muchos asuntos en el sector salud, si la IPS aplica lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, la ERP no reconocerá estas aplicaciones y se generarán más glosas, devoluciones y por supuesto conflictos en la conciliación de las cuentas. Reversar registros contables o dar



IA aplicada al procesamiento de textos médicos.

En un webinar con 90 personas presentes organizado por Innova GRD, Avedian presentó su nuevo módulo "El motor de Inteligencia Artificial aplicado al procesamiento de lenguaje natural".

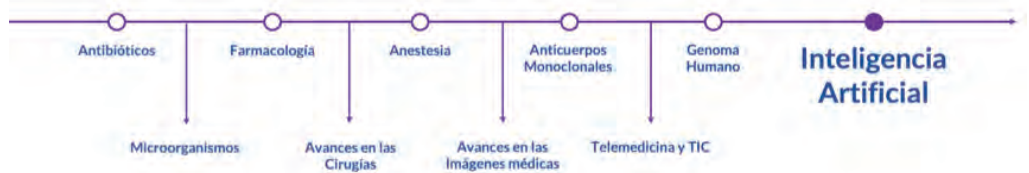
El propósito principal de Innova GRD fue abordar las últimas tendencias, desarrollos tecnológicos y prácticas innovadoras que están transformando el campo de la atención médica en toda LATAM. Este webinar co organizado con Processum Consultoría Institucional SAS, se presentó el nuevo modulo de avance e innovación mundial en el sector, el cual se integra perfectamente en la infraestructura global de los módulos y soluciones que ya posee AVEDIAN, permitiendo una gobernanza de datos, procesos y gasto en salud para ser más efectivos a través de modelos de pago por resultado y analítica avanzada.

Lo más interesante de este motor de #IA #NLP es que tiene una amplia gama de aplicaciones en el mundo de la salud, abriendo oportunidades en prestadores, financiadores, aseguradores e industria farmacéutica.

¿Qué desafío resuelve?

"El 90% de la información en salud relevante se encuentra en formato digital, pero almacenada de modo NO ESTRUCTURADO, lo cual dificulta su utilización productiva".

La IA es uno de hitos más importantes para la medicina y los sistemas de salud modernos



*Grandes hitos de la historia de la medicina moderna

Los principales mensajes que dejó el webinar.

Eliminación de la necesidad de codificación manual: Uno de los aspectos más notables de esta herramienta es que no requiere que los profesionales de la salud realicen una codificación manual compleja, sino que les permite describir los datos de manera más accesible. Esto ahorra tiempo y reduce la carga de trabajo en la documentación de registros médicos.

Extracción de contenido valioso de registros no estructurados: Las herramientas de este módulo son capaces de extraer información significativa a partir de registros no estructurados, lo que significa que pueden convertir datos caóticos en información útil para la toma de decisiones en salud.

Eficiencia en el soporte a los codificadores: Además de su capacidad para automatizar tareas, esta herramienta resulta eficiente al proporcionar apoyo a los codificadores de datos médicos. Esto agiliza el proceso de codificación y reduce posibles errores humanos.

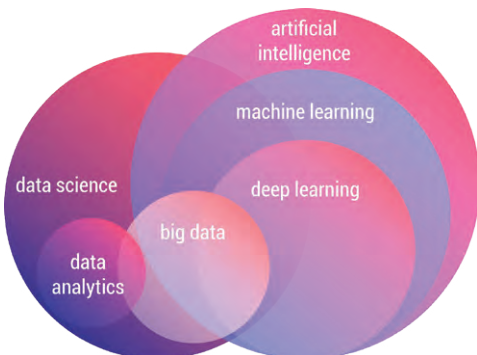
Los codificadores como recurso clave: En este contexto de nuevas tecnologías disponibles, el codificador deja de ser

un mero digitador de códigos para reconvertir su rol en un talento humano especializado con enfoque en la auditoría de calidad de datos y análisis de resultados. Esta herramienta se presenta como una propuesta de valor para colaborar en el proceso de transformación de los modelos tradicionales de gestión en salud.



Si quieres ver el webinar, te invitamos a visitar el canal de youtube de Innova GRD para que lo puedas revivir.

Proximamente desde Innova GRD se van a estar brindando nuevos webinars, eventos de capacitación y actualización.





Nos preguntan

por no aplicados pagos hechos por la IPS se convierten en un problema mayor; de ahí que el prestador prefiera acatar lo que impone el pagador y esperar a sus tiempos o disponibilidad para aclarar las cuentas.

Esa situación de falta de claridad en las cuentas tiene impactos mayores cuando no se renueva un contrato, pero tampoco se liquida oportunamente, cuando no existe contrato o cuando una EPS se liquida, pues se tendrán como resultado unos recursos girados sin aplicar, pero que en la práctica constituyen deuda en cabeza de la ERP y una acreencia y derecho para el prestador, pero no aclarado en la contabilidad correspondiente de los agentes.

El Artículo 2.5.3.4.6.2. del decreto 780 de 2016 — modificado por el Decreto 441 de 2022— establece la Liquidación de los acuerdos de voluntades, como aquella que se da a la terminación del acuerdo de voluntades, y establece que, a falta de acuerdo sobre el plazo para la liquidación, esta debe efectuarse dentro de los cuatro (4) meses siguientes contados a partir de la fecha de terminación del mismo.

Establecer la liquidación de los contratos en la minuta contractual permite a las partes tener claridad sobre los términos y condiciones de ejecución y la forma como cierran o culminan su relacionamiento. Dicho artículo establece también que debe realizarse un acta de liquidación en la que se pueda dejar constancia “de la ejecución contractual, el nivel de cumplimiento final de las obligaciones asumidas por cada parte, así como de los indicadores acordados y de la nota técnica, en los casos que aplique, y en la que las partes podrán declararse a paz y salvo.”

Cuando una IPS se enfrenta a la situación de tener anticipos sin legalizar, por las razones ya descritas, debe emprender una laboriosa gestión para aclarar las cuentas en su sistema contable y financiero. Si no se han establecido o realizado las liquidaciones de los contratos, y existe continuidad o renovación que les permite ir aplicando anticipos a atenciones, puede hacerse tal compensación, toda vez que el destino de estos recur-

sos recibidos como anticipo es justamente la atención en salud de población afiliada a las EPS y, de esta manera, se puede ir aplicándolos o consumiéndolos, mientras va revisando y depurando con la EPS sus cuentas. Aun así, no se está dando cumplimiento a la normatividad, pues no se hace en los tiempos establecidos, lo que genera un cúmulo de giros sin un saneamiento claro de los pasivos.

Si no se tiene contrato vigente o atenciones de usuarios frente a los cuales se puedan imputar dichos recursos, debe hacerse la devolución de los saldos, toda vez que, si no se hace el saneamiento o aplicación debidos, se genera una situación irregular y podría la entidad giradora de estos reclamar a futuro un enriquecimiento sin justa causa por parte de la IPS, ya que fueron recursos que salieron de su patrimonio y fueron entregados a la IPS y frente a los cuales no hay atenciones o servicios suministrados.

La devolución de giros realizados en cabeza del Estado también se encuentra reglamentada y, en estos casos, se contempla inclusive la devolución con intereses cuando estos se dan por giros desde la ADRES y se consideran apropiados sin justa causa por algún agente del sistema de salud. Al respecto se ha establecido lo siguiente:

“Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud **detecte que se presentó apropiación sin justa causa de los mismos, solicitará la aclaración del hallazgo a la persona involucrada, para lo cual remitirá la información**

pertinente, analizará la respuesta dada por la misma y, en caso de establecer que se configuró la apropiación o reconocimiento sin justa causa de recursos, ordenará su reintegro, actualizado al Índice de Precios al Consumidor, IPC, dentro de los plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez quede en firme el acto administrativo que ordena el reintegro, de conformidad con el procedimiento definido, la ADRES o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, compensará su valor contra los reconocimientos que resulten a favor del deudor por los diferentes procesos que ejecuta ante la entidad. En todo caso, los valores a reintegrar serán actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que recibe los recursos, este deberá reintegrarlos actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC), en el momento en que detecte el hecho.

En los casos en que la ADRES o quien haga sus veces o la autoridad o entidad pública que en el ejercicio de sus competencias o

actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud identifique en el proceso de reintegro actos u omisiones presuntamente constitutivas de infracciones de las normas del Sistema, informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones administrativas a que haya lugar.(...)"(Negrilla fuera del texto original).³

En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022, "Por la cual se establece el reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa", dispuso que "Si la persona natural o jurídica **detecta por sus propios medios una apropiación sin justa causa de los recursos pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá reintegrarlos de manera inmediata** al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Adres o a las entidades territoriales, según corresponda, **actualizarlos** conforme con la variación del IPC, e informara por escrito los registros asociados al valor reintegrado o los ítems asociados a la radicación de recobros o reclamaciones (...)" (artículo 15; negrilla fuera de texto).

Esta normatividad sirve para denotar la calidad de los recursos del Sistema de Salud y el estricto manejo y

³ Artículo 3° del Decreto 1281 de 2002, modificado por la Ley 1949 de 2019.



Es del caso indicar que los recursos por concepto de anticipos y otros valores que corresponden a saldos destinados a la prestación de servicios de salud de afiliados de una EPS son recursos públicos con destinación específica

claridad en su destinación y aplicación, so pena de que sus agentes se vean incurso en reclamaciones administrativas o judiciales. Inclusive, si se trata de recursos girados por la ADRES, existe procedimiento definido para el reintegro de estos con la debida actualización de IPC, aun cuando se haya presentado con la diligencia del respectivo actor o circunstancias que escaparon a su control.

Esas disposiciones normativas avalan que, inclusive en procesos de liquidación de EPS, en los que se encuentren anticipos sin legalizar por parte de prestadores, se les exija judicialmente la devolución de los recursos girados con indexación, más el costo de honorarios de abogados. Esta es una situación que, a la luz de todo lo que un prestador debe asumir y padecer en los procesos de cobro de los servicios en salud prestados a afiliados de una EPS, puede juzgarse de injusta, pero conforme a las disposiciones normativas y a la obligación del manejo financiero y contable de los recursos, si la IPS no hizo las aplicaciones debidas o el saneamiento de los anticipos recibidos, deberá asumir estos montos actualizados más los costes de un proceso judicial.

Lo anterior cabe teniendo en cuenta que los anticipos se registran contablemente como cuentas por cobrar por parte de la EPS, y este no es un asunto menor, pues puede constituir un incentivo para que estos giros mantengan esta connotación en los registros y no se gestione la legalización o devolución de estos recursos.

Conforme a la normatividad y jurisprudencia citadas, es del caso indicar que los recursos por concepto de

anticipos y otros valores que corresponden a saldos destinados a la prestación de servicios de salud de afiliados de una EPS son recursos públicos con destinación específica; por lo tanto, su falta de ejecución o devolución puede constituir para la IPS una apropiación de recursos sin justa causa.

Las IPS, en su interés y deber de legalizar anticipos, se empeñan en la depuración de las cuentas o, inclusive, en la devolución cuando ya no hay relación contractual, pero se encuentran con barreras o falta de interés por parte de las Entidades responsables de pago; esto las expone a riesgos innecesarios que, como hemos indicado, pueden llegar a los estrados judiciales.

De aplicarse la normatividad vigente, no existiría esta clase de situaciones. Pero, como se ha insistido a lo largo del presente artículo, el desconocimiento de las normas en el sector salud son una constante. Ante este escenario, es recomendable que las instituciones prestadoras de servicios de salud, con anticipos sin legalizar, requieran a las ERP, documentando los recursos recibidos y las facturas pendientes, llevando un registro estricto de las aplicaciones por realizar. Si no hay renovación de los contratos, debe procederse a su liquidación y hacer las revisiones y legalizaciones de anticipos del caso, para así sanear cualquier pendiente con la EPS.

De no existir la posibilidad de aplicar o cruzar con atenciones en salud prestadas, debe procederse al reintegro o devolución de los recursos, mediante las consignaciones o soportes correspondientes, notificando a la EPS sobre el saneamiento contable de dicha operación y la condición de encontrarse a paz y salvo con la entidad a la que se le ha hecho la devolución. ■

Información comercial

Agregando valor en la atención al paciente: Herramientas para la implementación

El propósito de la atención en salud es generar valor a los pacientes y sus familias, la cual debe ser realizada con calidad y seguridad. Lo anterior, no es sólo posible en instituciones de alta complejidad o de las grandes ciudades.

Con esto en mente, la Asociación Colombiana de Hospitales en alianza con Johnson & Johnson diseñaron un curso – taller para las instituciones de todo el país, titulado ***Agregando valor en la atención al paciente: Herramientas para la implementación***, el cual tiene por objetivo que cada institución a partir de sus necesidades desarrolle un proyecto piloto que impacte de manera positiva a sus pacientes y los resultados institucionales.

El curso está dirigido a líderes clínicos y líderes de calidad del sector salud que estén interesados en adquirir u optimizar sus habilidades y conocimiento de atención basada en valor, con el objetivo de formar a profesionales del ámbito sanitario para que la atención médica sea más efectiva dentro de estas entidades.

“Las herramientas para la implementación en el sector salud cumplen una función vital, pero además tienen un papel dentro de la calidad asistencial, pues estas ayudan a estandarizar las prácticas clínicas y los protocolos de seguimiento de los pacientes. Además, impulsan el uso de nuevas tecnologías en pro de adaptar rápidamente los avances de la telemedicina que pueden salvar vidas y mejorar la atención al paciente”, explica Carmen Elisa Núñez, gerente de Acceso de Mercados de cuentas clave para Johnson & Johnson, quién también es conferencista del taller.

Este programa, que ya presentó su primera sesión en el mes de agosto, se desarrollará en una modalidad híbrida para los próximos meses, finalizando en febrero del año 2024, con clases teóricas virtuales y talleres presenciales en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

De igual forma, dentro de sus 10 sesiones de encuentro, el curso entregará nuevos tópicos de diseño que se enfocarán en la generación de valor en la atención; implementación, despliegue y evaluación, en el que trabajarán la ruta de atención en el proyecto piloto de cada organización, el papel del líder clínico, la sensibilización del equipo de trabajo, la gestión de procesos para la transformación, entre otros aspectos que permitirán identificar los procesos que las entidades han estado utilizando respecto al fortalecimiento de la atención en salud.

Conferencistas

Carmen Elisa Núñez

Con más de 12 años de experiencia en Johnson & Johnson, es directora asociada y lidera el equipo de Economía de la Salud & Acceso a Mercados en el Clúster Norte de Johnson & Johnson. Ha desempeñado cargos como directora de planeación administrativa del Instituto Neurológico de Colombia de la Pontificia Universidad Javeriana, así como el de directora de salud en Famisanar EPS. Además, ha ejercido como consultora durante más de una década con el equipo de la Organización para la Excelencia en Salud (OES), contribuyendo en la formulación del sistema de calidad de habilitación y acreditación de Colombia.

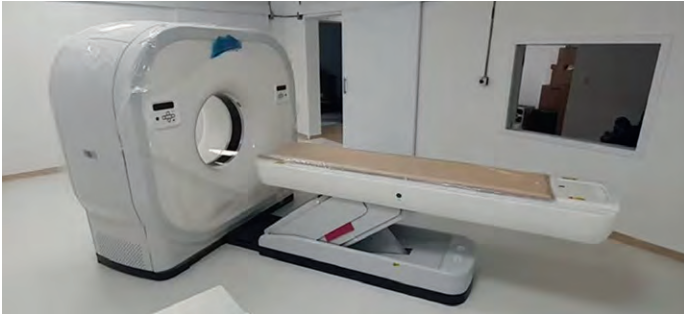


Sergio Andrés Navarrete

Con más de 5 años de experiencia en el sector de la salud, es miembro del equipo de Economía de la Salud & Acceso a Mercados en el Clúster Norte de Johnson & Johnson. Previamente, ocupó el cargo de Gerente Técnico en el equipo de la dirección médica de Javesalud IPS, y ha desempeñado la función de docente en la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana.



Ampliar el acceso a atención de calidad con la más alta tecnología, un propósito compartido¹



CT que fue instalado en el Hospital San Antonio, está especialmente diseñado para funcionar en ambientes con poco espacio y condiciones eléctricas, lo cual lo hace una solución óptima para esta zona del país.

La búsqueda de soluciones efectivas y sostenibles para abordar los principales retos de salud es una premisa que cobra mayor importancia frente al aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y la disponibilidad de recursos. Esto es especialmente relevante en regiones apartadas donde muchas personas se ven afectadas diariamente por la dificultad de acceder a servicios médicos de alta calidad y cercanos.

En Philips estamos convencidos de que para garantizar el acceso a las mejores tecnologías en salud es necesario un trabajo colaborativo entre los diferentes actores de la sociedad. Prueba de este enfoque, fue la reciente instalación de un equipo de tomografía Access CT de 32 cortes en el Hospital San Antonio de Mitú, en el Departamento de Vaupés. Esta institución prestadora de servicios se ha caracterizado por su compromiso y calidez, utilizando las tecnologías apropiadas, para el bienestar y la salud de la población Amazorinoquia.

Con el propósito compartido de mejorar la salud y el bienestar de las personas a través de innovaciones

significativas y el compromiso en la atención humanizada, segura y de calidad, ambas instituciones han trabajado en apoyar esa necesidad creciente de los pacientes de tener acceso a imágenes médicas como parte fundamental del proceso de diagnóstico certero.

El equipo de tomografía Access CT que fue instalado en el Hospital San Antonio, está especialmente diseñado para funcionar en ambientes retadores, con poco espacio y condiciones eléctricas, lo cual lo hace una solución óptima para esta zona del país. Este equipo cuenta con todas las rutinas propias de tomografía que le permitirán al Hospital San Antonio hacer rutinas de diagnóstico de trauma, ortopedia, cardiovasculares permitiendo tener diagnósticos certeros y evitando el traslado de la población para instituciones de mayor complejidad en el Vaupés. Además, el equipo cuenta con reducción de dosis lo que permite atender pacientes pediátricos de la zona, con excepcional calidad de imagen.

Philips conjuga en el Access CT una solución para clientes con recursos limitados que desean expandir sus capacidades de prestación de servicios al proporcionar un rendimiento clínico consistente y a un amplio espectro de tipos de pacientes, al tiempo que reducen los costos para el paciente y para la organización.

Un importante hito en la instalación de este equipo fue la logística detrás del traslado de este a la región de Vaupés, lo que requirió una alianza estratégica entre la Fuerza Aeroespacial Colombiana y el Servicio Aéreo a Territorios Nacionales. Resaltando una vez más que el trabajo

¹ Notas de prensa de Philips

colaborativo entre los actores públicos y privados se presenta como una poderosa y comprobada estrategia para enfrentar los desafíos y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Philips integra la IA en la ecografía cardíaca y en toda la atención cardíaca en ESC 2023

Royal Philips, líder mundial en tecnología sanitaria, destacó recientemente cómo integra la IA en la ecografía cardíaca y en toda la atención cardíaca para ayudar a mejorar la confianza clínica y aumentar la eficiencia. A finales de agosto, presentó en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, 25-28 de agosto, Ámsterdam) el sistema compacto de ultrasonido portátil Philips 5500 CV, que incluye una herramienta de automatización impulsada por IA (cuantificación automatizada de la tensión) para evaluar la función del ventrículo izquierdo del corazón, un indicador clave de la salud cardíaca.

“Las exigencias a los departamentos de cardiología nunca han sido tan altas, lo que lleva a que los médicos clínicos equilibren la prestación de atención de alta calidad para un volumen creciente de pacientes complejos con presiones para mejorar la eficiencia departamental”, afirmó Bert van Meurs, vicepresidente ejecutivo y director comercial de Terapia guiada por imágenes y diagnóstico de precisión en Philips.

Integración de la IA en la ecografía cardíaca

La ecografía es una de las modalidades de imagen más utilizadas como primera línea de diagnóstico en pacientes cardíacos. La escasez de operadores que se ocupan de grandes cargas de trabajo y un número creciente de casos complejos continúa desafiando a los sistemas de salud en todo el mundo. El uso de la IA para ayudar a optimizar los flujos de trabajo y mejorar la confianza en el diagnóstico es



Philips contó con el apoyo de la Fuerza Aérea Colombiana para el traslado del tomógrafo al Putumayo

fundamental para la tecnología de ultrasonido cardíaco de Philips. Cada año, los sistemas de ultrasonido de Philips respaldan el diagnóstico y tratamiento de más de 240 millones de pacientes.

Integración de la IA en la atención cardíaca

Individualmente, las soluciones de Philips pueden ayudar a resolver los desafíos diarios de la cardiología. Juntos, crean un ecosistema poderoso que ayuda a que los médicos clínicos logren una mejor atención cardíaca con mayor eficiencia. En ESC, Philips también destacará a la solución Advanced Visualization Workspace, que integra algoritmos y flujos de trabajo habilitados para IA en un solo espacio de trabajo. La integración de la RM y CT cardíacas en el Advanced Visualization Workspace ha reducido el tiempo general de análisis entre un 20 y un 30 %.²

Philips monitoriza a 1,2 millones de pacientes cada año, con 4 mil millones de transmisiones de datos de latidos diarios. Las soluciones de gestión cardiológica de Philips incluyen innovaciones de monitorización cardíaca remota de Philips ECG Solutions, un proveedor líder de monitorización cardíaca ambulatoria remota impulsada por IA, para gestionar mejor a los pacientes cardíacos al extender el diagnóstico de los médicos y la monitorización cardíaca de casa a hospital, y de hospital a domicilio. [II](#)

² Doctor Gaby Weissman, MD MedStar Washington Hospital Center, Washington, D.C., EE.UU.

Acreditación en salud: buenas prácticas en el eje de responsabilidad social

***Carlos Edgar Rodríguez Hernández**

Los días 24 y 25 de julio de 2023 se realizó en Bogotá el VIII Foro Nacional de Acreditación en Salud que, en esta versión, tuvo como tema central el eje de responsabilidad social en salud. Las siguientes son las reflexiones que hizo el director nacional de Acreditación en Salud para el acto de instalación:

Me permito hacer algunas reflexiones de introducción a la temática de nuestro foro. **La primera reflexión** se refiere a algunos antecedentes que vale la pena destacar. En enero de 2024 se cumplirán 20 años del inicio de actividades de Icontec en la función delegada por el Gobierno nacional de diseñar, implementar y difundir el sistema único de acreditación en salud, definido como el cumplimiento voluntario de requisitos superiores de calidad en comparación con los requisitos legales, en particular la habilitación.

Desde la propia definición del sistema, consideramos en ese entonces, que la acreditación en salud era una herramienta explícita para demostrar responsabilidad social y así lo dispusimos en la concepción inicial del modelo evaluativo, incluso años antes de la expedición de la ISO 26000. Nos inspiró por ese entonces un libro de David Batstone, publicado en 2003, titulado *Salvar el alma de la empresa*, que incluía principios claves

como los siguientes: “el trabajador será considerado como un elemento fundamental de un equipo, y no solo como mano de obra contratada”; “el medio ambiente será considerado como un interlocutor sin voz, ante el cual la empresa es plenamente responsable”; o “la empresa apoyará el equilibrio, la diversidad y la equidad en su relación con los trabajadores, clientes y proveedores”, entre otras inspiradoras y retadoras ideas. Por esa época, también estaba en su apogeo la certificación internacional SA 8000 bajo la responsabilidad de una organización de derechos humanos radicada en Nueva York.

Por esos años, las instituciones tenían dudas sobre este norte y la utilidad práctica de estas exigencias, pero poco a poco se han aclarado términos y generado ideas más precisas sobre temas claves como la gobernanza, la definición de las partes interesadas, el análisis de materialidad, la planificación de las intervenciones, los informes y memorias de sostenibilidad, la rendición de cuentas y demás asuntos relacionados.

* Director Nacional de Acreditación en Salud

Los límites entre lo legal y lo superior o entre las acciones de responsabilidad y aquellas relacionadas con la ayuda filantrópica pueden ser borrosos aun, pero cada vez hay mayores elementos conceptuales y normativos que contribuyen a la claridad y al método; este no es un avance menor, sobre todo si consideramos que durante décadas los hospitales han sido concebidos en la lógica de la caridad y el favor, asuntos en los que debemos marcar hacia adelante diferencia, al entender que se trata de responsabilidades que nos competen a todos.

La reciente pandemia hizo recordar a la sociedad, así haya sido por un tiempo breve, la importancia de las instituciones y de los trabajadores de la salud, y nos hizo recordar a todos la responsabilidad que tenemos con el cuidado de la vida de los otros. La situación extrema nos mostró la necesidad de estar preparados, un asunto que es de la esencia de los requisitos de calidad; así, por ejemplo, las exigencias en materia de aislamiento de pacientes, de preparación para la atención de emergencias, de reporte de eventos adversos o de uso apropiado de los medicamentos pueden haber marcado la diferencia entre la vida y la muerte para muchos pacientes. Esta observación es un asunto de la mayor trascendencia, porque obliga a la reflexión sobre que tan voluntario debe ser acogerse a requisitos que cuentan con evidencia y probada efectividad, y cuánta negligencia puede haber al negarse a adoptar esos saberes.

La acreditación tiene una enorme responsabilidad pues debe contribuir a marcar los derroteros de calidad para el sistema, pensando en requisitos óptimos que sean factibles, adaptados a nuestro medio y, por supuesto, efectivos.

En esta línea, uno de los aportes más valiosos del sistema de acreditación, que no necesariamente es reconocido en su importancia y en el valor que agrega al sector salud y a la sociedad, es la característica de ser un impulsor de la calidad, en la medida en que los requisitos, estándares y criterios planteados inicialmente como voluntarios se convierten con el tiempo en prácticas comunes obligatorias. Los ejemplos son múltiples e incluyen las vigilancias tecnológicas, el desarrollo de guías de manejo clínico, asuntos específicos de seguridad de la atención, humanización, uso apropiado de la tecnología, gestión del riesgo, atención centrada en el paciente y su familia, esquemas de mejoramiento continuo y, desde luego, elementos de reflexión sobre la responsabilidad social, asuntos todos en los que hemos avanzado en forma rápida en estos veinte años.

En este sentido, la acreditación tiene una enorme responsabilidad pues debe contribuir a marcar los derroteros de calidad para el sistema, pensando en requisitos óptimos que sean factibles, adaptados a nuestro medio y, por supuesto, efectivos. Nuestra labor en este punto ha generado importantes avances y deberá

generar otros, en la medida que el ministerio de salud como organismo rector acoja nuevos requisitos voluntarios planteados y los establezca gradualmente como obligaciones legales, en esta línea tenemos importantes aportes que hacer en la conformación de redes de servicios, propuestas para avanzar en la transformación digital y la adopción de nuevas tecnologías, el funcionamiento de equipos extramurales, el impulso técnico a la atención primaria y demás elementos que hemos visto florecer en las instituciones acreditadas y que se requieren para fortalecer el sistema de salud, acercarlo a las regiones más apartadas y hacerlo más efectivo en las ciudades.

El mayor aporte de esta carta de navegación, sin duda, ha sido contribuir a que las instituciones estén más preparadas para una atención de alto nivel clínico, que cuenten con procesos y procedimientos claros y que midan resultados concretos en términos de eficacia, eficiencia y efectividad. Esta premisa, que en general se ha cumplido con los altibajos usuales, es reconocida internacionalmente y ha mejorado el posicionamiento de nuestras instituciones en el ámbito de la región, según mediciones relativamente estandarizadas, aunque debe ser claro que no podemos dormirnos sobre los laureles, y esos reconocimientos solo deben servirnos para avanzar hacia retos superiores.

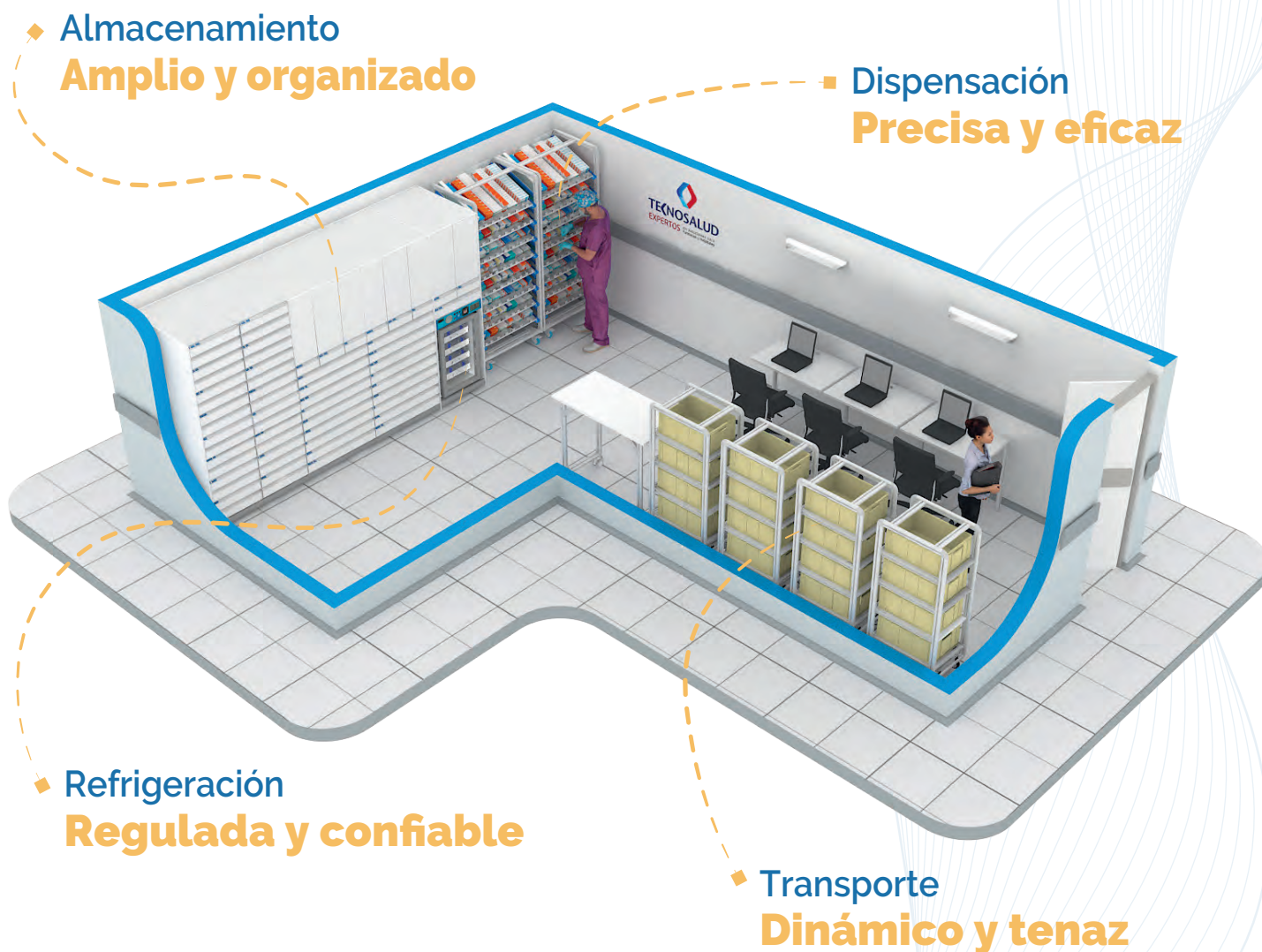
Todos estos aportes tanto de Icontec como de las propias instituciones están a la orden del Gobierno nacional. Los ejemplos de padrinazgo y acompañamiento de instituciones con mayor desarrollo a aquellas que tienen dificultades y los ejercicios de referenciación comparativa que hemos propiciado son buenas prácticas que deberían ser apoyadas, reconocidas y multiplicadas por el gobernante de turno, pues contribuyen a reducir las brechas en la atención y aportan de manera decidida al desarrollo de las instituciones, del sector y del país. En este orden de ideas cabría preguntarse sobre los avances del sistema de salud en una mirada sistémica de haber logrado los objetivos que nos habíamos propuesto, en particular desarrollar el modelo de acreditación en todas las entidades del sector como se planteó inicialmente.

La segunda reflexión se refiere a la relación entre seguridad de la atención y responsabilidad social: Fieles al paradigma “primero no hacer daño”, la atención segura debe seguir siendo nuestra mayor preocupación y responsabilidad, las exigencias en la materia y su cumplimiento deben ser lo primero, aún tenemos mucho que trabajar para evitar eventos adversos, los datos de 2018, un poco antes de la pandemia, con una incidencia en el mundo de 134 millones de eventos adversos y 2.6 millones de muertes por año, los eventos adversos ubicados entre las diez principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, el cálculo de que 4 de cada 10 personas que acceden a la atención hospitalaria sufren algún tipo de daño, evitable en el 80% de los casos y demás datos que la pandemia multiplicó, obligan a pensar en la necesidad urgente, de consolidar una verdadera cultura de seguridad, que no se conforme con el papeleo, que no sea una tarea para mostrar ante los organismos de control o el Icontec, sino que constituya verdaderos hábitos institucionales que se cumplan 24 x 7. Esta es sin duda la primera responsabilidad de todas las instituciones, para lograrla se requiere emplearse a fondo, la tarea de los directivos es garantizar los recursos materiales, el talento humano idóneo, promover las capacidades suficientes, disponer insumos de calidad, evitar los riesgos relacionados con la insuficiencia y el ahorro mal entendido. La tarea del personal clínico es dar lo mejor de sí, de su vocación de servicio y de su inteligencia dispuesta al aprovechamiento más efectivo de los recursos de que dispone, de la adherencia máxima a los procesos y procedimientos establecidos, de la disciplina en la ejecución de sus actividades en beneficio de los pacientes y de la propia institución.

En esta línea debo llamar la atención sobre uno de los incentivos reales definidos para la

Mobiliario especializado Hospitales

TECNOSALUD
EXPERTOS en soluciones para
Farmacias y Hospitales



Recuperación Rápida de la Inversión

Contáctenos

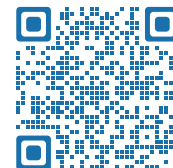
✉ servicioalcliente@tecnosalud.com.co

☎ (601) 390 2968

📞 317 635 4439

Bogotá, Colombia

www.tecnosalud.com.co



Soluciones para toda la vida

Contamos ahora con un conjunto de leyes, decretos, resoluciones, circulares, etc., que ofrecen un norte cada vez más preciso sobre el deber ser y que hacen más explícitas condiciones, que hace pocos años se consideraban más bien ejemplos anecdóticos.

acreditación en salud. Se trata justamente de la exención de la verificación habilitatoria, que parte del reconocimiento del avance de las instituciones acreditadas pero que implica una responsabilidad social obvia, la de mantener los niveles alcanzados, hacer las autoevaluaciones correspondientes y cerrar las brechas que se detecten. Es responsabilidad de todos los acreditados dar ejemplo y mostrarse dispuestos al escrutinio, aunque se esté exento del mismo.

La tercera reflexión se refiere a los instrumentos legales disponibles en la actualidad. Es evidente que, en comparación con el antecedente que cité antes, contamos ahora con un conjunto de leyes, decretos, resoluciones, circulares, etc., que ofrecen un norte cada vez más preciso sobre el deber ser y que hacen más explícitas condiciones que hace pocos años se consideraban más bien ejemplos anecdóticos de las mejores instituciones y que cada vez más deben ser prácticas comunes. Consideramos que un deber objetivo de todas las entidades es conocer en detalle estos requisitos y apropiarlos como parte del respeto al principio de legalidad.

El amplio bloque de información sobre este particular será abordado en la primera parte del foro, e incluye temas variados en materia ambiental, social, económica y ética. Es preciso aclarar que no se abordarán por razones de tiempo obligaciones que tienen mucho que ver con las responsabilidades específicas en cada eje del sistema y que harían, desde luego, mucho más compleja la agenda. Cito un solo ejemplo: la implementación de los paquetes instruccionales en seguridad de la atención, un conjunto de buenas prácticas hoy obligatorias en la acreditación, que incluyen temas tan variados como la identificación precisa de los pacientes, evitar los riesgos de caídas, garantizar la aplicación correcta de medicamentos, reducir el riesgo de úlceras por presión y demás asuntos técnicos relacionados con la seguridad, en los cuales hay instrucciones precisas, establecimiento de listas de chequeo y demás prácticas que cuentan con evidencia y en las que se requiere la mayor responsabilidad en su aplicación para evitar que se conviertan en simples evidencias documentales. Estos temas han sido abordados en otros foros. Igual debe decirse de los requisitos en los demás ejes del sistema, en los que se cuenta con exigencias y prácticas precisas.

A la vez, en su función de organismo de normalización, Icontec cuenta con un acervo importante de información útil al desarrollo de un modelo que responda a las expectativas del eje de responsabilidad social, agilice los avances y permita alcanzar

mejores resultados en plazos más cortos. Esperamos que todas esas herramientas sean de la mayor utilidad para ustedes.

Aparte de lo anterior, el Gobierno nacional ha desarrollado reglamentos, directrices, guías y diversas orientaciones valiosas, que haría bien explorar con detalle y ajustarse con la debida diligencia al cumplimiento de las directrices, recomendaciones y normas. En medio de tanto incumplimiento, esta conducta seguramente marcará la diferencia.

La cuarta reflexión es una mención mínima pero obligatoria de algunos retos que son responsabilidad de todos nosotros. A continuación, menciono los que hemos priorizado:

A propósito de la llamada “gran renuncia”, es claro que la sociedad se enfrenta a una crisis de suficiencia de personal de salud. Los indicadores, en comparación con el grupo de países OCDE, son conocidos y nos ubican en la parte baja de la tabla. Es necesario diseñar ideas novedosas para promover las vocaciones, trabajar más en una gestión integral del talento humano en salud que privilegie la estabilidad, el reconocimiento, el cuidado integral del trabajador de la salud, que aborde nuevas visiones como la preocupación por la familia, el contexto de trabajo, los riesgos psicosociales y demás variables, que garantice recursos suficientes para prestar la atención con los medios necesarios; que privilegie los saberes y promueva la excelencia; que apoye ante la frustración del desborde de las patologías como el cáncer; que proteja de la violencia de la sociedad contra el trabajador de la salud; que analice los efectos de las formas de contratación y promueva relaciones de largo plazo. Se trata de una agenda compleja y exigente que compete, en primer lugar, a los dirigentes del sector, a las universidades,



a la sociedad en general, y que es por supuesto indelegable e inaplazable.

Un segundo punto, sobre el que hemos llamado la atención desde la junta nacional de acreditación es la situación mental de la población en general y de los trabajadores de la salud en particular, los datos sobre enfermedad mental y riesgo de suicidio en la población son alarmantes y no está de más recordar que las profesiones de la salud tienen un riesgo mucho mayor; esta es una de las variables que venimos trazando desde hace más de una década y que demuestran un grave deterioro, agudizado por los efectos de la pandemia. Se requiere urgentemente un abordaje integral de la situación, encender todas las alarmas y promover una acción sistémica con bases científicas y participación de todas las disciplinas.

Un tercer asunto, que es de la mayor preocupación, es la preparación para la posibilidad de una nueva pandemia, que podría presentarse en un intervalo mucho más corto por diferentes circunstancias. Acogerse a las recomendaciones internacionales para prepararse es una responsabilidad de todos. Es necesario avanzar en la conformación de equipos para la prevención de pandemias; mejorar la detección temprana de brotes; ayudar a la gente a protegerse de inmediato y comprender las medidas de protección; encontrar tratamientos nuevos cuanto antes; prepararse para fabricar vacunas, etc. Las mejores instituciones del país tienen el deber y la responsabilidad de promover esta agenda, mantener vivos

Es prioritario fortalecer la visión de los hospitales como centros de formación y generación de conocimiento. Los avances en materia de hospital universitario son valiosos, pero hace falta trabajo para garantizar que los nuevos profesionales de la salud se formen en una verdadera cultura de calidad.

los aprendizajes y motivar a las diferentes partes interesadas. Nada nos garantiza, como menciona Gates en su libro, que el próximo evento no sea una catástrofe mayor que la que acabamos de enfrentar.

En cuarto lugar, tenemos la responsabilidad de avanzar en el uso apropiado de las nuevas tecnologías. Es urgente avanzar en materia de interoperabilidad, en el análisis de las implicaciones de la inteligencia artificial, el internet de las cosas y demás herramientas que pueden hacer más seguro, eficiente, confiable y transparente al sector, pero que sin duda incluyen en su implementación dilemas éticos que deben ser analizados. La responsabilidad en el resguardo de la información clínica y los datos personales en medio de tanto ataque cibernético debe formar parte de la agenda de todos.

El quinto elemento se refiere a la necesidad de esforzarnos cada vez más en el trabajo en equipo y en lograr que la atención sea realmente interdisciplinaria, que esté centrada en la persona para ofrecerle la mejor atención posible al costo más razona-

ble, evitando desperdicios habituales como la repetición innecesaria de exámenes o la pérdida de tiempo valioso para el inicio de tratamientos.

En sexto lugar, hemos considerado prioritario fortalecer la visión de los hospitales como centros de formación y generación de conocimiento. Los avances en materia de hospital universitario son valiosos, pero hace falta trabajo para garantizar que los nuevos profesionales de la salud se formen en una verdadera cultura de calidad.

Finalmente, aunque hay muchos más temas en los que la asunción de nuestra responsabilidad con el sector resulta crítica, es evidente que el uso transparente de los recursos de la salud constituye un asunto de la mayor responsabilidad debido a lo cual hemos incluido en la agenda algunos aspectos relacionados con la transparencia, la rendición de cuentas, la autorregulación y la corresponsabilidad.

Como se ve, la agenda sectorial incluye temas de la mayor importancia para la vida de las comunidades, de las familias, de los pacientes y de los propios trabajadores de la salud. Dado que todos estos asuntos son obligaciones éticas, cabe preguntarse si vale la pena esperar a que determinado actor comprenda la urgencia y la importancia de la calidad, defina incentivos, reconozca los esfuerzos o si conviene más bien apurarnos en entender nuestras propias responsabilidades y aceptar el reto de hacer lo que nos compete. ■

Se inició suministro de medicamentos a 2.000 pacientes con hepatitis C en el país

El Ministerio de Salud y la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) informaron que ya se inició el despacho de los medicamentos adquiridos en compras centralizadas para 2.000 pacientes con hepatitis C en el país, afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Los medicamentos se despacharon a las EPS que se encargarán del suministro de los tratamientos y del seguimiento a los pacientes diagnosticados, garantizando que reciban el cuidado que necesitan de manera justa y oportuna.

Los medicamentos fueron comprados a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por USD 6.900.000, tras negociación con el laboratorio productor, obteniendo un ahorro del 17 % respecto del precio de 2022. Estos medicamentos garantizarán el acceso a tratamientos efectivos para los pacientes. El Ministerio de Salud adelanta este mecanismo de compra centralizada de medicamentos para la hepatitis C desde 2017, los cuales fueron suministrados a 776 pacientes en 2021, a 937 en 2022 y a más de 483 pacientes en lo corrido de 2023. Según el Ministerio, se ha evidenciado que en los pacientes tratados a las doce semanas de finalizado el tratamiento, se tiene una efectividad de curación del 99,8 %.

En los mecanismos de transmisión analizados en lo transcurrido de 2023, predomina la transmisión sexual con el 50 %, seguido de hemotransfusión con el 11 %, equipo de inyección contaminada (uso de drogas) con un 2,2 % y otros mecanismos con un 2,5 %. Sin embargo, un 34,3 % de pacientes no cuenta con este dato en la historia clínica disponible para la auditoría, por lo que se desconoce. En los hombres, predomina la transmisión sexual con 59,1 %, y en las mujeres, la hemotransfusión con 32,4 %.

La Resolución 1692 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social estableció las siguientes directrices para la distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C:

- Los pacientes deben contar con la prescripción del medicamento en el MIPRES.
- Las EPS solicitan la cantidad de medicamentos al Ministerio de Salud de acuerdo con el número de pacientes diagnosticados y con prescripción del medicamento.
- Las EPS e IPS realizan los exámenes respectivos y suministran el medicamento a los pacientes.
- La Cuenta de Alto Costo realiza el seguimiento y monitoreo de atención de los pacientes, de acuerdo con la información reportada por las EPS.



El informe Signos Vitales de agosto de 2022 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos indicó que “la hepatitis C es curable con medicamentos orales que se toleran bien.

Cabe anotar que el informe *Signos Vitales* de agosto de 2022 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos indicó que “la hepatitis C es curable con medicamentos orales que se toleran bien. La hepatitis C no tratada puede causar enfermedad del hígado, cáncer del hígado y la muerte. El tratamiento previene la enfermedad y la muerte, detiene la propagación de la hepatitis C y ahorra costos”.

Una efectividad con porcentajes de curación del 98,1 % y una reducción del costo general de la atención de un 68,7 % en comparación con la atención previa es el impacto alcanzado por la compra centralizada de medicamentos antivirales y la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica. Así lo evidenció la investigación “Evaluación del efecto de la compra centralizada de medicamentos y la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica de Colombia (NCT03895294)”, de Mónica Ledezma Morales, resultados presentados este año.

El 98 % de efectividad y el 68 % de reducción del costo de atención en medicamentos contra hepatitis C de compras centralizadas.

El Ministerio de Salud ha implementado estrategias para controlar la infección por el virus de la hepatitis C y resolver las barreras de acceso a medicamentos. Y aunque se cuenta con algunos indicadores de las cohortes tratadas, no se ha evaluado el efecto en los costos de la atención ni de las mejoras relacionadas con su calidad.

Por ello, la investigación se propuso evaluar el efecto de la compra centralizada de antivirales y la vía clínica para el tratamiento de la Hepatitis C crónica (VCHepC) en los

resultados clínicos, en los costos y en la calidad de la atención en salud de pacientes con hepatitis C afiliados al régimen contributivo de una EAPB en Colombia.

Asimismo, se realizó un estudio cuasiexperimental retrospectivo antes y después de la implementación de las estrategias, complementado con una evaluación económica y un estudio descriptivo para identificar las barreras, los facilitadores y la satisfacción. Se incluyeron pacientes con edades ≥ 18 años afiliados al régimen contributivo de EPS SURA, atendidos entre el 1 de diciembre del 2015 y 31 de diciembre del 2019 en Medicarte S.A., así: Grupo Control (GC), pacientes tratados hasta el 31 de julio del 2017; Grupo Intervención (GI), pacientes tratados desde el 1 agosto del 2017. Se adelantó un análisis univariado, bivariado y multivariado, sumado a estadística descriptiva para analizar la satisfacción del paciente y las barreras/facilitadores percibidos.

Los resultados demostraron que el acceso a tratamiento fue de 48,7 % en el GI y 49,1 % en el GC. La efectividad fue del 98,1 % en ambos grupos y la oportunidad en el inicio del tratamiento fue de 21 días en GI y 6,5 días en GC. El costo general de la atención se redujo en un 68,7 % con la intervención. La estandarización del proceso de atención, el tratamiento supervisado y el seguimiento continuo del paciente se percibieron como facilitadores; sin embargo, el proceso podría simplificarse para mejorar la oportunidad en el tamizaje y el inicio del tratamiento.

Con base en estos resultados, se concluyó entonces que la implementación de las estrategias permitió una reducción en los costos generales de la atención del 68,7 %, en comparación con la atención previa, con porcentajes de curación del 98,1 %, un alto nivel de satisfacción de los pacientes y una baja percepción de barreras por parte de pacientes y personal de salud. ■

Cáncer en Colombia a 2022

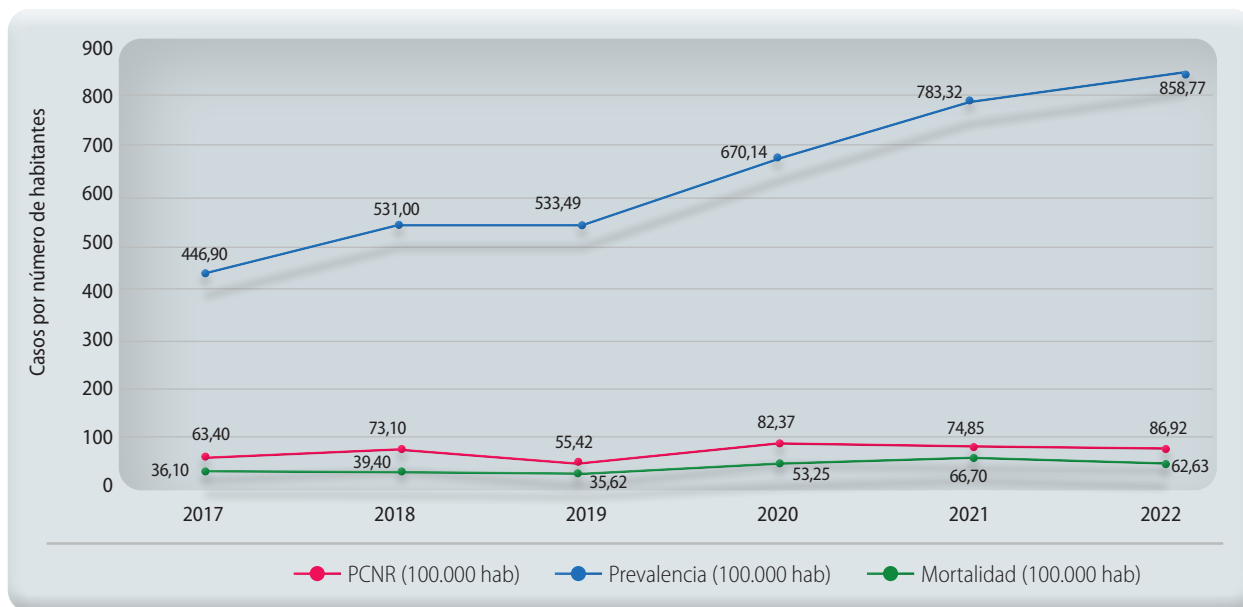
En el contexto del aseguramiento en Colombia, al 31 de diciembre de 2022 se informaron a la Cuenta de Alto Costo 491.048 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer (cifra preliminar antes de auditoría). Según la información preliminar, entre el 2 de enero de 2021 y el 1.º de enero de 2022, se reportaron 46.644 casos nuevos reportados (CNR). De estos, la mayoría se concentró en la región Central con 31,7 % de los casos, en Bogotá con 20,8 % y en la región Pacífica con 18,2 %.

El 58,4 % de los CNR fueron diagnosticados en mujeres. Entre los CNR de los tipos de cáncer priorizados, en hombres el cáncer de próstata se

presentó en el 21,6 %, seguido por el colorrectal (9,4 %) y el de estómago (7,1 %). Entre las mujeres, el cáncer de mama fue el más frecuente con el 29,7 %, seguido por el de cérvix y el colorrectal, con el 8,4 % y 7,6 %, respectivamente. Según los grupos de edad, el 2,0 % de los CNR se presentó en la población menor de 18 años. En adultos, la mayor parte de los casos ocurrieron en personas mayores de 60 años (56,6 %).

En el período 2022, la proporción de casos nuevos reportados (PCNR) de cáncer invasivo tuvo un incremento del 16 % en comparación con 2021. Consistente con lo anterior, la prevalencia registró una tendencia similar y aumentó un 10 %. La gráfica 1 muestra la tendencia de la morbimortalidad del cáncer en el país entre 2017 y 2022 (Cuenta de Alto Costo, 2023).

Figura 1. Tendencia de la morbimortalidad del cáncer, Colombia 2017-2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2022. Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Y según el Instituto Nacional de Salud en su Boletín Epidemiológico de febrero de 2023, en datos preliminares de 2022 se notificaron al

Sivigila 1.835 casos de cáncer en menores de 18 años, de los cuales el 37,4 % corresponden a leucemias y 62,6 % a otros tipos de cáncer. Entre 2018 y 2022, se observó un

leve descenso de la notificación de leucemias y un leve aumento de la notificación de otros cánceres; sin embargo, al comparar el año 2021 con el 2022, se observó 1,5 % de incremento en la notificación de casos.

Estos datos del boletín “El comportamiento epidemiológico del cáncer en menores de 18 años, Colombia, 2022” también señalan que, al revisar el total de casos notificados, en 2020 hubo decremento en la notificación respecto de los demás años evaluados. El 85,6 % de los casos notificados en 2022 están confirmados y 14,6 % continúan probables. De acuerdo con la clasificación de ingreso, 1.693 fueron casos nuevos, 126 son recaídas y 14 segundas neoplasias.

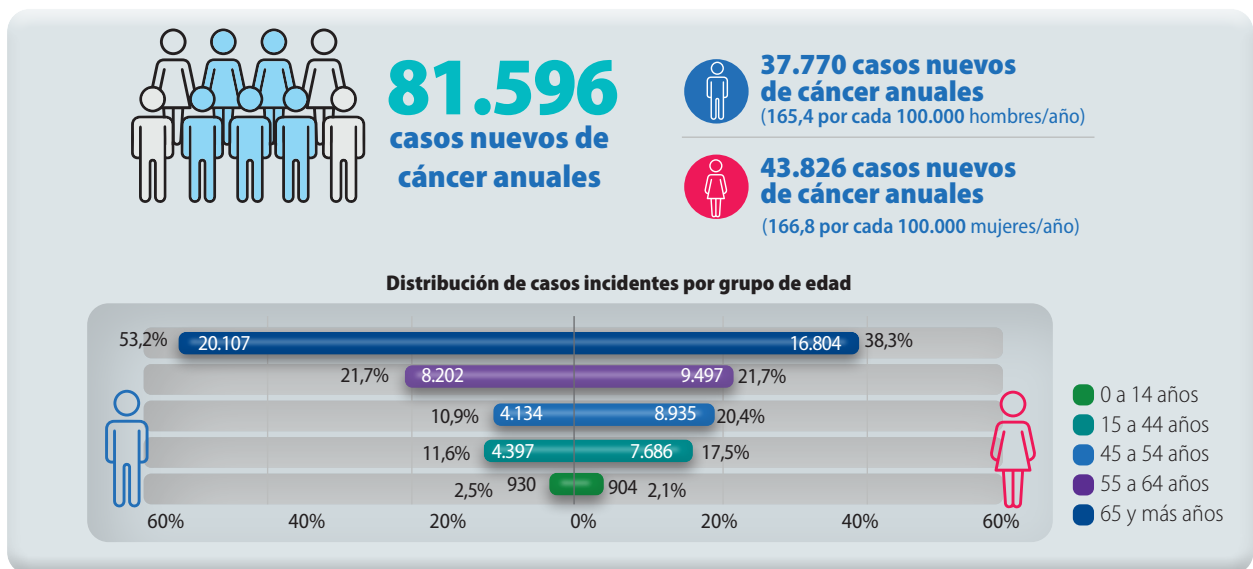
El Observatorio Global de Cáncer (Globocan) estimó en 2020 la tasa de incidencia mundial de cáncer en el grupo de edad de 0 a 19 entre $\geq 15,4$ y $\leq 7,4$. Para Colombia se estimó una tasa nacional de 14,2 por cada 100.000 habitantes, y en leucemias en 5,2. La tasa de leucemia entre 2018 y 2022 presentó un leve descenso, pasando de una tasa preliminar por 100.000 menores de 18 años de 5,3 en 2021 al 4,8 en 2022. Asimismo, se observó un leve aumento en la tasa de notificación de otros cánceres:

en 2021 fue de 7,4 por 100.000 menores de 18 años y en 2022 de 8,1.

Para 2022, de acuerdo con la clasificación por tipo de neoplasia, la leucemia linfocítica aguda (LLA), la leucemia mieloide aguda (LMA) y otras leucemias presentaron la mayor proporción de casos notificados con el 37,4 %, siendo el grupo de edad de 1 a 4 años el que presentó el mayor número de casos notificados; le siguen los tumores del sistema nervioso central (SNC) con el 14,5 % y, en tercer lugar, los linfomas y neoplasias retículo-endoteliales con el 11,7 % de los casos.

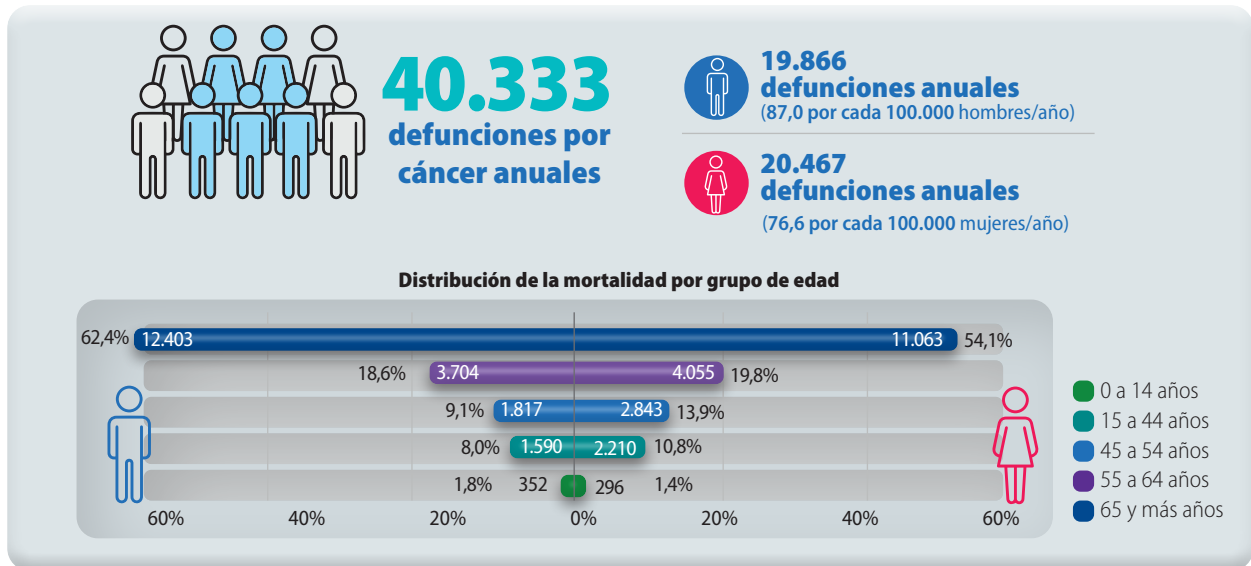
Por su parte, desde el Instituto Nacional de Cancerología se indica que el año pasado se registraron 81.596 casos nuevos de cáncer anuales y una mortalidad de 40.333 defunciones anuales (19.866 defunciones anuales en hombres, 87 por cada 100.000 hombres/año, y 20.467 defunciones anuales en mujeres, 76,6 por cada 100.000 mujeres/año). Todas estas cifras resultan alarmantes, pues además siguen en aumento cada año; al respecto, se pueden observar las figuras 2 y 3.

Figura 2. Incidencia anual de cáncer en Colombia en 2022



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología (2023).

Figura 3. Mortalidad anual por cáncer en Colombia en 2022



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología (2023).

La OMS prevé un aumento cercano al 40 % en los casos de cáncer a nivel mundial para 2040, con un 70 % de estos casos en países de bajos y medianos ingresos. Para Colombia, se estima que en 2030 tendrá cerca de 150.000 casos nuevos al año.


Julio Aguilera, coordinador del Grupo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología, señala que la situación del cáncer infantil parece que no fuera tan importante, porque la incidencia es mucho más baja (1.834 casos nuevos de cáncer anuales) que, en adultos, “pero las cifras de Colombia siguen siendo vergonzosas frente a otros países del mundo”.

El cáncer es una enfermedad multifactorial compleja, debido a la interacción entre herencia, ambiente y estilos de vida. De acuerdo con la OMS, entre el 30 % y el 40 % de la prevalencia de cáncer se atribuye a factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol, tabaquismo, exceso de peso, inactividad física e inadecuados hábitos alimentarios.

El ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, anunció recientemente que, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto Nacional de Cancerología, elaborará un Plan de Prevención y Detección Temprana del cáncer en Colombia, con el objetivo de fortalecer la lucha contra esta enfermedad y reducir la morbilidad a 2030.

Para avanzar en este propósito, se necesita contar con la participación de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), asumiendo compromisos concretos que permitan avanzar realmente hacia una adecuada atención de las personas con riesgo o presencia de cáncer en el país.

El fortalecimiento de las acciones se concentrará en los siguientes componentes: organización de la red, garantía de calidad, fortalecimiento de competencias del talento humano en salud, información, educación, comunicación, seguimiento y monitoreo.

Referencia. Cuenta de Alto Costo (CAC). (2023). *Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo 2022*. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo, Bogotá. 

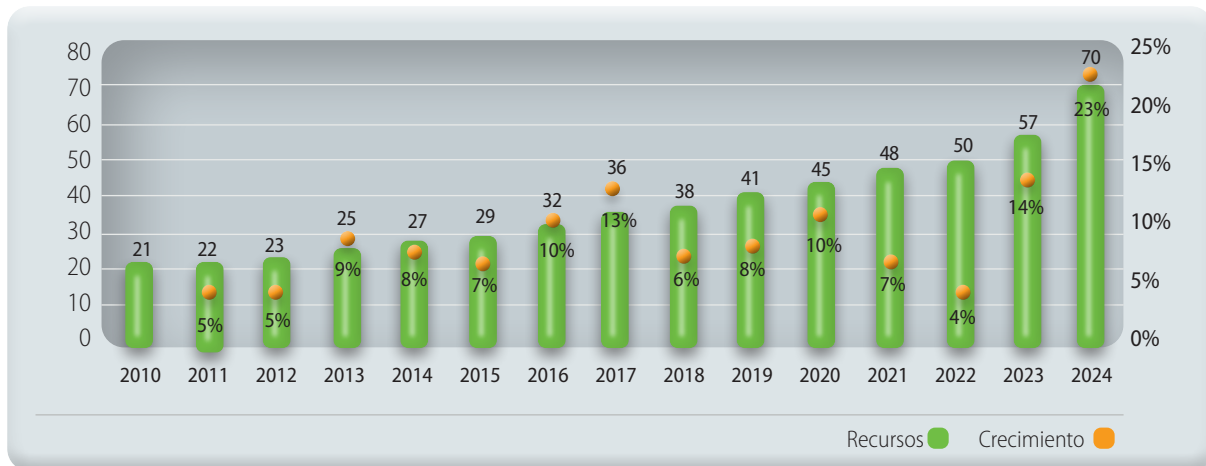
Las cifras de la educación en Colombia

Una de las reformas que se ha propuesto adelantar el Gobierno nacional es la de la educación y, para ello, ha empezado a trabajar en el proyecto de Ley Estatutaria de la Educación; en el documento de exposición de motivos, presenta algunas de las principales cifras de la educación, que consideran se deben tener en

cuenta en la discusión de dicha reforma.

Según el Gobierno nacional, en el periodo 2010-2024, los recursos del Presupuesto General de Educación (PGN) han registrado un crecimiento continuo: en los últimos diez años ha crecido en un 8 % en promedio; específicamente, entre los años 2023 y 2024 se ha proyectado el mayor incremento, siendo del orden del 23 %.

Histórico de recursos PGN + SGP – Sector Educación



Fuente: SIIF Nación – MHCP.

Por otro lado, en lo que se refiere a la suficiencia del talento humano, según los datos presentados por el Gobierno nacional, en la actualidad, en los niveles de preescolar, básica y media, existen en el país 331.234 docentes en las instituciones educativas oficiales, vinculados así: 202.920 por el escalafón 1278; 117.959 por el escalafón 2277 y 10.355 bajo el Decreto 804.

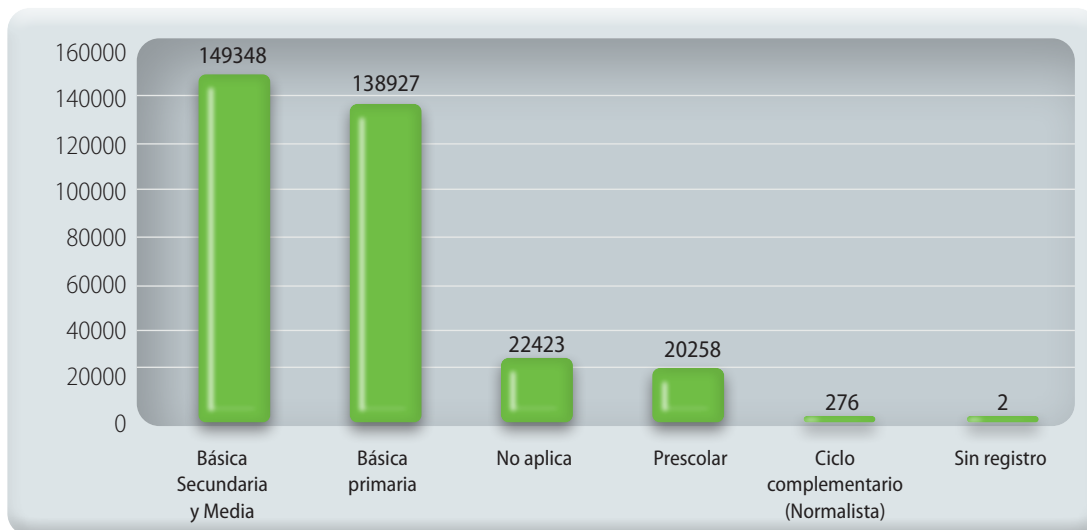
Tipo de vinculación	Conteo
En propiedad	250.746
Periodo de Prueba	534
Periodo de Prueba Post Conflicto	1.242
Planta Temporal	3.197
Planta Temporal AER	565
Planta Temporal NEE	246
Propiedad Post Conflicto	2.857
Prov. Vacante definitiva	63.544
Prov. Vacante temporal	8.302
Sin información	1
Total	331.234

Fuente: Subdirección de RRHH del sector educativo – MEN

Con respecto al nivel de enseñanza, el documento de exposición de motivos mencionado señala que la mayoría de los docentes se en-

cuentra prestando sus servicios para la educación básica, secundaria y media, donde actualmente prestan sus servicios 149.348 profesores.

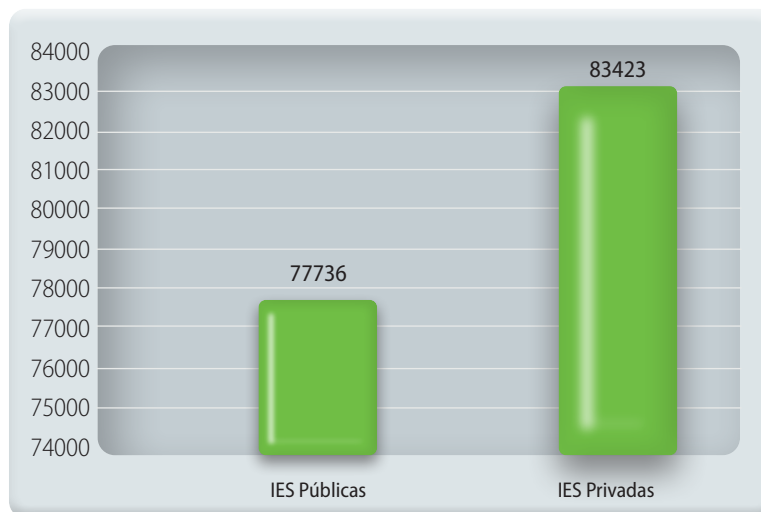
Nivel de enseñanza



Fuente: Subdirección de RRHH del sector educativo – MEN

En cuanto a los docentes que laboran actualmente en la educación superior, se registra un total de 161.159 docentes distribuidos así:

Docentes de Instituciones de Educación Superior



Fuente: Subdirección de RRHH del sector educativo – MEN

Así mismo, el documento evidencia que Colombia presenta desigualdades importantes en materia de cobertura en los diferentes ciclos de formación educativa en el país, carac-


terizadas por alta concentración de oferta y cobertura en la región central del país, así como una alta concentración en las áreas urbanas, y baja oferta y cobertura para grupos étnicos.

El total de matrícula de preescolar registrada en el Sistema Integrado de Matrícula (Simat), a 31 de julio de 2023, es de 912.383, en donde el 65 % corresponde al sector oficial (593.169) y el 35 % restante al no oficial (319.214); además, su ubicación por zona está distribuida en un 23 % rural y 77 % urbano. De dicha matrícula, un 6 % corresponde a la atención de grupos étnicos (58.301), en donde un 60 % es población indígena (34.972); 40 %, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (NARP; 23.311) y el 0,03 % de niños y niñas pertenecen a otras etnias (18).

La baja cobertura y el acceso desigual traen como consecuencia directa una tasa alta de deserción. Por ejemplo, para 2021, la tasa neta de cobertura de la educación media fue de 49,2 %. Si bien se reconoce que esta ha venido aumentando en los últimos años, aún es considerado como un indicador bajo (OCDE, 2016), lo que influye en que los jóvenes del país presenten niveles incipientes frente a la educación superior. En el mismo año, se registró una cobertura neta a nivel nacional de 48,73 %, siendo más bajo para la zona rural, con un 40,58 %, que para la zona urbana, que

tuvo un 51,74 %. Por otra parte, la deserción fue a nivel nacional de 3,02 %, cifra que además evidencia inequidad en el acceso entre lo rural y lo urbano.

Respecto a la cobertura de la educación superior, el documento de exposición de motivos del proyecto de ley estatutaria de educación, indica que, aunque Colombia se encuentra en el promedio de América Latina y el Caribe, aún está por debajo del promedio alcanzado por los países de la OCDE que registran tasas de más del 70 %. Para 2022, el indicador de la tasa de cobertura en educación superior se ubicó en 54,9 %, lo que da cuenta de un crecimiento significativo de más de veinte puntos porcentuales en los últimos quince años y de cerca de 40 puntos porcentuales desde la sanción de la Ley 30 de 1992: en 1992 la cobertura en educación superior alcanzaba una tasa del 15 % y, en 2008, del 34 %.

Pese a los esfuerzos del Estado colombiano para fomentar el acceso a la Educación Superior a lo largo de las tres décadas de vigencia de la Ley 30, la realidad del país indica que actualmente más de dos millones entre los 17 y 21 años no han tenido la oportunidad de ingresar. 



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

**Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas**

www.achc.org.co

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2333 (25 de septiembre).

Por medio de la cual se modifica el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011 y modifica requisitos de hospitales universitarios.

La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos para otorgar la certificación de hospitales universitarios a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por medio de un proceso de acreditación cumplido en plazos específicos, buscando así garantizar la formación en servicios de salud con criterios de calidad.

De esta manera, se modifica el Artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, definiendo que “El hospital universitario es una institución prestadora de salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión”.

El hospital universitario es un escenario de práctica con características especiales y, por lo mismo, debe cumplir con unas condiciones especiales. Las IPS que se encuentren

en proceso de acreditación ante la entidad competente podrán acceder a los recursos recaudados por la estampilla prohospial universitario, hasta el 31 de diciembre de 2026.

“A partir del 10 de enero del año 2027 sólo podrán denominarse hospitales universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en el presente artículo. En todo caso, se garantizará retroactividad de los recursos comprometidos o que no hayan sido pagados durante el periodo de pérdida de vigencia para la destinación de los recursos recaudados por concepto de la estampilla pro-hospitales universitarios”.

***Ley 2315 (17 de agosto).

Por medio de la cual se modifica la Ley 1917 de 2018 y se incluye a los odontólogos que se encuentren cursando programas de especialización médico-quirúrgica dentro del Sistema de Residencias Médicas en Colombia.

La presente Ley tiene por objeto incluir a los odontólogos que se encuentren cursando programas de especialización médico-quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial dentro del Sistema de Residencias Médicas, en aras de garantizar las condiciones adecuadas e igualitarias para su formación académica y práctica como especialistas.





***Ley 2316 del (17 de agosto).

Por medio de la cual se crea el tipo penal de lesiones personales con sustancias modelantes invasivas e inyectables no permitidas —biopolímeros— y se dictan otras disposiciones.

Con la presente ley, se pretende crear el tipo penal de lesiones personales con **sustancias modelantes no permitidas —biopolímeros—**, regular el uso, comercialización y aplicación de algunas sustancias modelantes, establecer medidas a favor de las víctimas y promover estrategias preventivas en la materia.

De esta manera, se adiciona el Artículo 116B al Código Penal Colombiano, Ley 599 de 2000, así.

“(..).Artículo 116B. Lesiones con sustancias modelantes no permitidas. **El que inyecte o infiltre en el cuerpo de otra persona sustancias modelantes no permitidas** incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento veinte (120) meses y multa de ciento cincuenta (150) a doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Si la conducta fuere cometida por profesional de la salud la pena será de noventa y seis (96) a ciento ochenta (180) meses de prisión, multa de doscientos (200) a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes y la inhabilidad para el ejercicio de su profesión por un término de sesenta (60) meses.

Si las conductas descritas previamente se cometieren en menores de dieciocho (18) años o mediante engaño sobre la sustancia modelante no permitida, o afectare el rostro, las penas se aumentarán de una tercera parte a la mitad. (...).”

***Ley 2317 (del 17 de agosto).

Mediante la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la Política Pública de Nutrición Prenatal y Seguridad Alimentaria Gestacional.

La presente Ley tiene por objeto dotar al Estado colombiano de una estrategia integral que atienda y mejore el estado nutricional de las mujeres gestantes conforme al diagnóstico nutricional del médico tratante y, de esta manera, prevenir la desnutrición, malnutrición

y enfermedades no transmisibles tanto en las gestantes como en los recién nacidos.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución 1557 (27 de septiembre).

Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones.

Con la presente resolución se define el mecanismo único de validación de la estructura, contenido y relación de los datos del RIPS, como soporte de la factura electrónica de venta (FEV) en salud y de los documentos electrónicos asociados a la misma, notas de crédito y notas de débito, a las notas de ajuste del RIPS y los RIPS sin una factura, según el caso.

Los RIPS que correspondan a notas de ajuste, como quiera que no afecten la Factura Electrónica de Venta en salud en su valor, deben presentarse sin un documento electrónico de facturación. Los RIPS sin factura corresponden a aquellos generados por las entidades obligadas a reportar RIPS, que prestan servicios y tecnologías de salud sin retribución monetaria.

A través del mecanismo único de validación también se transmitirán los documentos electrónicos de la Factura Electrónica de Venta en salud, notas de crédito o notas de débito, relacionados con la aceptación total o parcial de glosas o devoluciones y sus respuestas por conceptos asociados con el seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades que no afectan el RIPS y no se acompañan del mismo, tales como el incumplimiento de indicadores de seguimiento, ajustes frente a la desviación de la nota técnica o no cumplimiento de indicadores de calidad, gestión y resultados.

****Circular 011 (15 de septiembre).**

Plan de contingencia para el reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios que se prescriben mediante la herramienta tecnológica MIPRES conforme a lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018.

Ante el incidente de ciberseguridad en el Datacenter del proveedor de servicios tecnológicos, donde se encuentran alojadas las aplicaciones misionales asociadas a la prestación de servicios derivados de la atención en el territorio nacional, **específicamente en lo relacionado con la herramienta tecnológica MIPRES, y dada la imposibilidad de restablecer los servicios de manera inmediata**, el Ministerio de Salud y Protección Social establece un plan de contingencia, mediante la adaptación temporal de las responsabilidades de los agentes del SG-SSS.

Corresponde a los profesionales de la salud **prescribir u ordenar** las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios que se prescriben mediante la herramienta tecnológica MIPRES, conforme con lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018; **reportar** la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada, con información pertinente y útil, de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario, a través del **“Formulario para Contingencia”**; **complementar o corregir la información** relacionada con la prescripción en caso de ser necesario; **utilizar correctamente los formularios** para contingencia en los casos previstos en la normatividad vigente.

Es responsabilidad de las IPS **suministrar, dispensar o realizar** las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y

de servicios complementarios que se prescriben mediante la herramienta tecnológica MIPRES, conforme con lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, **prescritos por los profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS, EOC o EA, según corresponda, y en aplicación de la normatividad vigente; utilizar los formatos de contingencia dispuestos por este Ministerio, para que sus profesionales de la salud prescriban tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios que se prescriben mediante la herramienta tecnológica MIPRES, conforme con lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 durante el tiempo que dure la contingencia; brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción, durante la contingencia, funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones; entregar a las EPS, EOC, EA y a la autoridad competente toda la información relacionada con la prescripción y el suministro efectivo cuando corresponda a tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios que se prescriben mediante la herramienta tecnológica MIPRES, conforme con lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, prescritos durante el tiempo que dura esta contingencia; gestionar la conformación de las Juntas de Profesionales de la Salud y responder por el diligenciamiento del formato “Acta de junta de Profesionales” y el envío oportuno y simultáneo del Formato de Contingencia, el Acta de Junta de Profesionales de la Salud y el Consentimiento Informado cuando aplique a la EPS, EOC o EA; establecer canales de comunicación eficientes** que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios, propendiendo por la garantía de la prestación de los servicios de salud; **garantizar la capacitación e idoneidad del personal; brindar información adecuada y veraz en forma oportuna**, de acuerdo con las responsabilidades de los actores establecidas.

El Ministerio dispuso en su página oficial los formularios correspondientes para atender la contingencia.



*** Circular 016 (9 de agosto).

Por la cual se establece la metodología para la fijación del precio de los medicamentos nuevos.

La presente circular tiene por objeto definir la metodología por la cual la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos establece el precio máximo de venta a los medicamentos nuevos según la categoría de valor terapéutico resultado de la evaluación realizada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán un margen exclusivo para ellas, el cual corresponderá al que se encuentre definido en la metodología vigente para el régimen de control directo de precios.

*** Decreto 1270 (31 de julio).

Por el cual se adoptan medidas en materia de salud en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, declarado en el departamento de La Guajira.

Teniendo en cuenta la situación de emergencia declarada, mediante el presente Decreto se adoptan medidas en materia de salud urgentes y extraordinarias respecto de gobernanza y rectoría, modelo de salud y financiamiento y flujo de recursos, a efectos de conjurar las causas que dieron origen a la Declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica, contenida en el Decreto 1085 de 2023. Dentro de las medidas se destacan:

- Mecanismos especiales de concertación en el marco del diálogo genuino para la formulación, adopción e implementación del Modelo de Salud Propio e Intercultural, como respuesta integral, resolutive y de calidad a las necesidades en salud de la población.
- Definición de territorios para la gestión y operación en salud en el Departamento para la respuesta a la emergencia.
- Operación del aseguramiento por territorios a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayuu, afrodescendientes y Rrom.
- Creación de la Red Integral e Integrada territorial e intercultural de salud para el Departamento.

- La prestación de servicios de salud públicos en el departamento se realizará a través de Instituciones de Salud del Estado (ISE).
- Conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
- Conformación de los equipos de salud territoriales resolutivos.
- Planificación y gestión del talento humano en salud de acuerdo con las características, prioridades y necesidades del territorio.
- El Ministerio de Salud y la ADRES definirán el valor del financiamiento de los servicios de la atención primaria en Salud realizada en los CAPS, que incluye los equipos de salud territoriales, como una proporción de la UPC, y realizarán el reconocimiento y pago de manera directa con esta proporción, a través de un presupuesto per cápita.
- Giro directo en nombre de las EPS a los prestadores y proveedores, correspondiente a la UPC de ambos regímenes.
- Contratación directa para la adquisición de bienes, servicios e infraestructura en salud.
- Comité de Emergencia Nutricional y Materna para La Guajira.
- IVC a cargo de la Supersalud

** Resolución N.º 1116 (12 de julio).

Por la cual se realiza distribución y asignación general de vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GmbH y asignación especial del laboratorio Pfizer Inc y BioNTech Salud.

De esta manera, se asignan 1.201.900 dosis de vacunas contra el COVID-19, del laboratorio Moderna Switzerland GmbH y 715.956 dosis de vacunas contra el COVID-19 del laboratorio Pfizer-BioNTech, a las entidades territoriales señaladas en el presente acto administrativo.

*** Resolución N.º 1107 (11 de julio).

Por la cual se efectúa una asignación de recursos del proyecto de inversión "Mejoramiento

de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud Nacional”, para financiar proyectos de infraestructura física y adquisición de equipos biomédicos de Empresas Sociales del Estado de los departamentos de Boyacá, Cundinamarca, Guaviare y Santander.

Mediante la presente Resolución se asignan a las entidades señaladas en el presente acto administrativo los recursos del proyecto de inversión “Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud Nacional”, por la suma de ciento trece mil setecientos treinta y seis millones tres mil quinientos cuarenta y siete pesos (\$113.736.803.547) m/cte.

3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*** Circular 202310000000014-5 (19 de septiembre).

Por la cual se derogan las Circulares Externas 202316000000012-5 del 14 de septiembre del 2023 y 202315000000013-5 del 15 de septiembre del 2023 y en su lugar se imparten instrucciones respecto a las condiciones para el reporte de información de algunos “archivos tipo”.

Con la presente circular se modifica el plazo de reporte de los archivos tipo relacionados en la tabla “ARCHIVO TIPO”, cuya fecha de corte corresponde al 31 de agosto de 2023 y las fechas de reportes se encuentran establecidas entre los 10 días hábiles o los 20 primeros días calendario de septiembre de 2023. Para los demás reportes se preservaron los cortes y periodicidad establecida en la Circular Única. La presente Circular Externa deroga las Circulares Externas 202316000000012-5 del 14 de septiembre de 2023 y 202315000000013-5 del 15 de agosto de 2023.

*** Circular 202315000000013-5 (15 de septiembre).

Por la cual se modifican temporalmente los términos y condiciones para el reporte de información de algunos archivos tipo.

A través de la presente circular se modifica el plazo de reporte de los archivos tipo relacionados en la tabla “ARCHIVO TIPO”, cuya fecha de corte corresponde al 31 de agosto de 2023, y para aquellos con cuyos reportes se encuentran establecidos entre los 10 días hábiles o los 20 primeros días calendario de septiembre de 2023, atendiendo a lo señalado en el presente acto administrativo.

Los demás reportes deberán seguirse efectuando con los cortes y periodicidad establecida en la Circular Única.

***Circular 202316000000012-5 (14 de septiembre).

Por la cual se modifican los términos y condiciones de algunos reportes de información.

Con la presente circular se modifica el plazo de reporte de los archivos tipo relacionados en el presente acto administrativo, cuya fecha de límite de reporte es el décimo día hábil de cada mes. Los demás reportes deberán seguir efectuándose con los cortes y periodicidad establecida en la Circular Única.

*** Resolución N.º 2023320030005625 - 6 (15 de septiembre).

Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a FAMISANAR EPS SAS identificada con el NIT 830.003.564-7.

A través de la presente Resolución, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar FAMISANAR EPS SAS por el término de un (1) año, es decir, desde el 15 de septiembre de 2023 hasta el 15 de septiembre de 2024, designando como INTERVENTORA a SANDRA MILENA JARAMILLO AYALA y a la firma NEXIA MONTES & ASOCIADOS SA como contralor.

Lo anterior tiene lugar como consecuencia del deterioro de la entidad en los componentes financiero, técnico, científico y jurídico que se evidencian en las causales



previstas en los literales e), g), h), i) del Artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y ante la inminente afectación del aseguramiento en salud y de la garantía de la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de los preceptos establecidos en los Artículos 48, 49 y 365 de la Constitución Política de Colombia, en concordancia con las normas del SG-SSS.

***** Resolución N.º 202331000004929-6 (4 de agosto).
Por la cual se renueva la vigencia de una autorización de funcionamiento a una EPS y se dictan otras disposiciones.**

Con la presente Resolución, la Superintendencia Nacional de Salud renovó la vigencia de la autorización de funcionamiento otorgada a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR S.A.S., identificada con el NIT. 830003564-7. Dicha autorización fue otorgada originalmente mediante la Resolución 0509 de 1995 y actualizada a través de la Resolución 8678 de 2018 para la operación como Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo, por un término de cinco (5) años, sin perjuicio de que, en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, se revoque la autorización de funcionamiento o habilitación, en caso de que se presente el incumplimiento o se verifique alguna de las causales establecidas en la normativa vigente.

4. JURISPRUDENCIA

**** Sentencia N.º 61125 del 1 de marzo de 2023 proferida por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia.**

Mediante este pronunciamiento la Corte Suprema de Justicia resolvió en instancia de Casación la responsabilidad penal de intervinientes en una relación contractual dentro del Sistema de Salud, bajo los punibles de *Peculado por apropiación*, en favor de terceros; *Contrato sin cumplimiento de requisitos legales e Interés indebido en la celebración de contratos*, en concurso heterogéneo y sucesivo; *Intervinientes del concurso heterogéneo y sucesivo de los reatos de Peculado por apropiación, Contrato sin cumplimiento de requisitos legales e Interés indebido en la celebración de contratos*.

Reitera la Corte “que la naturaleza del delito, en el caso concreto, surge de que los dineros involucrados corresponden a fondos parafiscales, para cuyo recaudo, administración y custodia, atribuye la ley la condición de servidores públicos a los encargados de ello”.

En su decisión REVOCÓ la condena y absolvió de los cargos por los delitos de contrato sin cumplimiento de requisitos legales e interés indebido en la celebración de contratos, elevó en su contra la Fiscalía General de la Nación.

MODIFICÓ la pena impuesta en calidad de determinadores y a título de coautores en el delito en el delito de peculado por apropiación en favor de terceros. A los funcionarios de la COOPERATIVA COOMEVA, se les impuso una pena en calidad de determinadores y a los funcionarios de la EPS COOMEVA a título de coautores por su responsabilidad en el delito de peculado por apropiación en favor de terceros, de 82 meses de prisión, multa de \$3.411'367.363,84, e inhabilitación para el ejercicio de derechos y funciones públicas, por igual término.

MODIFICÓ de autores a INTERVINIENTES, por el delito de peculado por apropiación en favor de terceros. A los funcionarios de MEDICAMENTOS DE OCCIDENTE, se impuso una pena de SESENTA Y 61 meses y 13 días de prisión, multa en cuantía de \$2.558.525.522,88, e inhabilitación para el ejercicio de derechos y funciones públicas por similar lapso, por el delito de peculado por apropiación en favor de terceros, en calidad de autores.

MODIFICÓ la suma dispuesta como monto de los perjuicios, para reducirla a \$3.411'367.363,84.



Centro Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la vida

Torre 5

Centro Policlínico del Olaya

Torre
Kra 20 # 23-2

Nuestros servicios

Urgencias

Hospitalización

Ginecología y obstetricia

Unidad Renal

Unidad Oncológica

Unidades de Cuidado
Intensivo

Consulta Externa

Laboratorio Clínico

Apoyo y Diagnóstico Terapéutico

Odontología

Cirugía

Servicio de Administración
de Medicamentos Especiales



Carrera 20 # 23 -23 Sur



PBX: 361 28 88



www.cpo.com.co



[cpolayaoficial](https://www.facebook.com/cpolayaoficial)



Cara torcida /
el peor dolor
de **cabeza**.



Ojo, alteración
súbita de la visión.



Rápida debilidad
de un brazo o
una pierna.



Raro al hablar.



Equilibrio
alterado /
Emergencias
llamar.

