



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas
ISSN 0123-8760

Hospitalaria®

www.achc.org.co



Qué ha pasado con la telesalud y la telemedicina en Colombia

Decisiones oportunas

salvan vidas.

Plataforma 4K 1688 AIM

Ubicar con precisión y saber cómo llegar proporciona una atención clínica óptima a sus pacientes.



Cámara 1688 nativa 4K



Monitor 4K imágenes nítidas

SPY-PHI Cámara con fluorescencia en cirugía abierta

Procesador inteligente 4K Connected OR hub

Pneumo-insuflador Todo en uno PneumoClear

Unidad de cámara 1688 AIM. Modalidad de imágenes avanzadas

Fuente de Luz LED L11 AutoLight +60,000 hrs. de vida útil Iluminación ureteral

Video Procesador PinPoint Fluorescencia en cirugía abierta

Impresora 4K y HD

Carro inteligente Connected OR cart

1. Zarrinpar A, Dutson EP, Mobley C, Busuttill RW, Lewis CE, Tillou A, Cheaito A, Hines OJ, Agopian VG, Hiyama DT. Intraoperative Laparoscopic Near-Infrared Fluorescence Cholangiography to Facilitate Anatomical Identification: When to Give Indocyanine Green an How Much. *Surgical Innovation*. 2016. DOI: 10.1177/1553350616637671.
2. Speicher et al. "Ureteral stenting in laparoscopic colorectal surgery". *J Surg Res*, Jul; 96-103, 2014.
3. Redanet et al. "Protect the ureters". *JLS*, Apr-Jun; 13(2):139-41, 2009.
4. Chahin et al. "The Implications of Lighted Ureteral Stenting in Laparoscopic Colectomy". *JLS*, Jan-Mar; 6(1):49-52, 2002.

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA 2018 - 2020

PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

VICEPRESIDENTES

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

MIEMBROS PRINCIPALES

CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)
CLÍNICA DEL PRADO - GUSTAVO ADOLFO RESTREPO NICHOLLS (MEDELLÍN)
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA - EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS (BOGOTÁ)
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS (CALI)
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ - MIGUEL TONINO BOTTA FERNÁNDEZ (CÚCUTA)

SUPLENTE

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - CLÍNICA UNIVERSITARIA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS MÁRQUEZ VILLEGAS (JAVESALUD) - CARLOS HUMBERTO TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD (SES) - HOSPITAL DE CALDAS - ÁNGELA MARÍA TORO MEJÍA (MANIZALES)
CLÍNICA VERSALLES S.A. - JANETH CRISTINA VÁSQUEZ ORTIZ (CALI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN - DIEGO JOSÉ DUQUE OSSA (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE LA COSTA - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DÁGER FERNÁNDEZ (CALI)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMO (BOGOTÁ)
CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA - ÁLVARO SALGAR VILLAMIZAR (CÚCUTA)

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

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

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

B BRAUN MEDICAL S.A., JORGE ARÉVALO R. - HOSPITAL CARE MANAGER COLOMBIA

MIEMBRO HONORARIO

Roberto Esguerra Gutiérrez

INVITADO PERMANENTE

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN) - JAMEL ALBERTO HENAO CARDONA

DIRECTOR GENERAL

Juan Carlos Giraldo Valencia

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

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 N° 73-15, Bogotá.

PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005

E-mail: comunicaciones@achc.org.co

Internet: www.achc.org.co

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

Recuperar el equilibrio en la *nueva normalidad*

4 De portada

Qué ha pasado con la telesalud y la telemedicina en Colombia

34 Investigación

44.º Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2020

70 Agenda gremial

- Director de la ACHC: Proyecto de Ley 010 debe orientarse a buscar un sistema de salud para la población, no para los agentes
- ACHC realizó jornadas de referenciación de experiencias hospitalarias en el manejo de COVID-19

73 Notas del Sector

- Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca: 80 años brindando oportunidades de rehabilitación a niños con discapacidad visual o auditiva 1
- 50 años del hospital con alma: el Hospital Pablo Tobón Uribe
- La Fundación Santa Fe de Bogotá conmemoró su aniversario 48 con la entrega del Premio Humanismo en el Ejercicio Profesional 2020
- El empoderamiento que puede generar la tecnología de monitoreo continuo *flash* de glucosa en entornos hospitalarios

82 Internacional

G20 anuncia acciones para mitigar efecto de la pandemia y se compromete a financiar vacunas COVID-19 para los países pobres

85 Nos preguntan

El COVID-19 como enfermedad laboral directa para el talento humano en salud en Colombia

89 De nuestros Patrocinadores

Transformación digital para los servicios de salud

92 Cifras del país

Desarrollo e innovación tecnológica de las empresas colombianas

95 Glosario

Recuperar el equilibrio en la *nueva normalidad*

En varios escenarios técnicos y académicos, hoy se discute intensamente sobre las condiciones de eso que los teóricos denominan *la nueva normalidad*. Al respecto, desde el gremio venimos proponiendo que esa nueva normalidad efectivamente sea una nueva y mejor realidad y no sea simplemente otra versión de *la vieja anormalidad*, lo que es usual en el sistema de salud. En este editorial queremos resaltar algunos aspectos que son ilustrativos de la dirección que vamos tomando como país y como sector.

Los medios de comunicación y los funcionarios señalan que “el sector salud es el motor y facilitador de la nueva normalidad”. Sin embargo, llama la atención que ese nuevo estatus parece dominado por una sola enfermedad (COVID-19) y que la restante y abrumadora carga de enfermedad rutinaria va a desaparecer o se ha minimizado. Ese pensamiento va en contravía de una necesidad sentida que expresamos desde los hospitales: la reanudación o reapertura de servicios de salud. El mensaje que se da desde la ACHC al Gobierno nacional es que tiene que avanzar simultáneamente en la contención de la pandemia, pero debe procurar las políticas de reinicio seguro, gradual y sostenido para, de manera adecuada, enfrentar las oleadas de patologías urgentes, crónicas descompensadas y mentales que van llegando. Tenemos la capacidad, pero debe haber una directriz clara y un compromiso con la reapertura. No hacerlo implicará perpetuar un círculo vicioso de represa-congestión-cierres periódicos.

Relacionado con lo anterior está el asunto de la *disponibilidad*, muy evidente cuando de las UCI se habla, pero que aplica a todo el circuito asistencial y de prestación de servicios. En esta pandemia se estrenaron mecanismos para garantizar una ampliación de oferta y el mantenimiento de ella. Pues bien, esas nuevas formas tienen que ser sostenidas en el tiempo de modo que se garantice la efectiva existencia y funcionalidad de las facilidades dispuestas. La disponibilidad tiene que ser financiada y, por lo tanto, los anticipos deben ser fondeados por periodos nuevos para el 2021. Se tiene que cuidar al sector prestador en general, y eso pasa por ayudar al mantenimiento de su dotación, por combatir el desabastecimiento de medicamentos e insumos vitales

y también por garantizar la existencia y el pago efectivo de los elementos de protección personal. A lo anterior se tiene que sumar que los prestadores individuales y el talento humano en salud deberían ser objeto de nuevas políticas de bienestar, de nuevos reconocimientos y también de nuevas o estables primas de servicio, financiadas desde el presupuesto de la emergencia. ¿Por qué tanto interés en la disponibilidad? Por una razón básica: la apertura general de la economía y la sociedad encuentra su soporte o su tranquilidad en la real existencia de una oferta sanitaria que pueda enfrentar los nuevos picos.

Respecto a las reincorporaciones de más sectores a la nueva normalidad, debe reiterarse que el sector salud es clave para dar las pautas para esos avances. Permitir que los trabajadores vuelvan a sus empleos y que los estudiantes retornen a las aulas pasa por unos previos conceptos sanitarios. El más evidente es el de la detección de casos y contactos de esos casos con la aplicación de pruebas procesadas en importante porcentaje por nuestros laboratorios y nuestro talento humano. Luego está el trabajo de inteligencia epidemiológica que permite entender los focos, sectorizar las acciones y hacer seguimiento en la comunidad con verificación de entornos. Todo eso para dar la tranquilidad a los trabajadores y estudiantes que van, pero que también vuelven a sus hogares. Ya se habló de la disponibilidad y lo que significa, pero vale la pena sugerir a los competentes (Administradores de Riesgos Laborales, Ministerios de Trabajo, Salud y Educación, entre otros) que los sectores que se van abriendo deberían brindarle a sus trabajadores o comunidades un nuevo examen de ingreso que contemple no solo lo obvio respecto a COVID-19, sino que también explore el estado general de salud, la presencia de patologías crónicas o trazadoras, y muy especialmente que se detenga y examine el estado de salud mental de todos. Tiene lógica la propuesta cuando muchas personas están efectuando duelos, o

sufren estrés postraumático o están afectados por Burnout, por ansiedad o presentan síntomas de depresión. La salud mental debe ser prioridad en esa nueva normalidad.


De otra parte, vale la pena recordar que nuestro gremio viene hablando sobre la necesidad de cambiar los métodos asistenciales y por eso anticipamos la llegada y la validez de atenciones ambulatorias, domiciliarias y de la telemedicina, como complementos —que no sustitutos— de la tradicional asistencia presencial, institucional e intrahospitalaria. Pues bien, la pandemia aceleró esa transición y hoy se ve crecer el segmento de la telemedicina. Sin embargo, de manera precoz se va notando que es necesario delimitar esta manera de operar el sistema y entender cuáles son los alcances y las limitaciones. En los alcances se debe definir para qué sirve y para qué no es funcional. De aquí se colige que no todo puede ser atendido en la virtualidad y un excederse en las atribuciones del método lo va a envilecer. De igual manera, en las limitaciones se deberían responder dos interrogantes básicos, a saber: i) ¿El paciente está satisfecho con esa modalidad de atención? Y, ii) ¿El profesional que atiende se siente cómodo con esa actuación? Estas modalidades llegaron y se quedarán, pero debemos asignarles el sitio que les corresponde. Algunos compradores de servicios, hoy alborozados, anuncian el milagro de la telemedicina y creen que es un simple ejercicio contable que cambia *real* por *virtual* y “abaratada” el sistema. El gremio hospitalario cree que no es así, y desde ya alertamos e insistimos: todo debe tener equilibrio o luego vendrá la frustración y la repesa de enfermedades mal tratadas.

Pero también queremos recordar que todos estos métodos y soluciones no aplican solo para lo asistencial. La administración del sistema de salud debería verse beneficiada —como lo hemos anunciado con lustros de anticipación— por la automatización, la inteligencia artificial, *big data*, *blockchain*, los contratos inteligentes. Si no somos capaces como sistema de disminuir o facilitar las

transacciones en el sistema, continuaremos en la vieja anomalía. Indudablemente, hacer más automático el sistema, hacer más inteligente la administración, debería ser un rédito que nos quede de esta época. Las auditorías innecesarias, los reprocesos, las glosas injustificadas, las prácticas indebidas contractuales, deberían eliminarse con la implementación de las herramientas descritas.

Por último, hemos observado cómo el debate público a nivel global se va concentrando en el crucial asunto de la vacuna contra la COVID-19. Al respecto, un par de anotaciones. La primera: algunos de los que se refieren a este asunto dan a entender como si fuera la primera vez que se realizara esto en el país, pues hablan de un reto logístico aparentemente insuperable. Es más que justo recordar que desde hace décadas tenemos un Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) robusto, generoso y eficaz. La llegada de la vacuna contra COVID-19 debería ser entendida como la inclusión de un nuevo elemento dentro de ese PAI. Claro que habrá nuevos requerimientos, pero creemos que la experiencia de coordinación adquirida después de tantas jornadas nacionales de vacunación dará las respuestas necesarias en este momento.

La segunda anotación tiene que ver con los mensajes que deja la detallada discusión sobre las vacunas, sus tipologías, los mecanismos internacionales de cooperación, los cambios legales domésticos, las polémicas con los fabricantes, las reacciones en los países que ya se aplican, etc. De estas discusiones va quedando la sensación que la inmunización es la respuesta única y se va olvidando que esto es uno más de los componentes de lo que debe ser una gran estrategia.

La prevención, la higiene social, el distanciamiento, el tapabocas, el lavado de manos, el diagnóstico oportuno, la disponibilidad de facilidades hospitalarias, las UCI, la llegada de terapéutica específica (antivirales nuevos) y la inmunización hacen parte de un *continuum* terapéutico y de intervención. Da mucho temor que este debate —omnipresente por estas fechas— haga olvidar que se requiere equilibrio entre todas las acciones. Los pilares de abordaje individual, asistencial y colectivo siguen en pie. Por lo tanto, se debe reforzar el mensaje, pero de forma completa, integral. Si bajamos la guardia y nos concentramos en la ilusión de una cura mágica, podremos perder todo lo logrado hasta ahora. 

Qué ha pasado con la telesalud y la telemedicina en Colombia

El pasado 3 de octubre se cumplió un año de la expedición de la Resolución 2654 de 2019, que establece de manera detallada las disposiciones para la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.

El país venía trabajando desde hace varios años en el marco normativo para establecer los principios y condiciones que regularan las prácticas de esta modalidad de atención. La telemedicina se ha contemplado desde el sistema obligatorio de garantía de calidad en las diferentes normas de habilitación de servicios de salud, en los planes de desarrollo y en diversos decretos, resoluciones y leyes que regularon algunos de sus aspectos y permitieron que las entidades empezaran a desplegar proyectos de atención bajo esta modalidad.

Uno de los marcos regulatorios es la Ley 1419 de 2010, que estableció los lineamientos y principios fundamentales para el desarrollo de la telesalud en Colombia, entendida como “el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la

Telemedicina y la Teleeducación en salud” (artículo 2).

Dicha ley acogió como principios generales para la prestación de estos servicios de salud la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, la participación y la calidad “entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (artículo 3).

Para la financiación el desarrollo de la telesalud en el país con esta ley se asignó hasta el 5% del presupuesto de inversión del Fondo de Comunicaciones de la Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Comunicaciones para ampliar la conectividad que permitiera el acceso real de los colombianos a estos servicios, sin importar la zona en la que habiten.

Además, desde ese entonces el legislador ordenó a los Ministerios de Salud y Educación fomentar la enseñanza de la telesalud para los profesionales del área de la salud y establecer redes de conocimiento, que, apoyadas en las tecnologías de la información y la comunicación,

Angels, una iniciativa que le da una oportunidad a la vida



El ataque cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte y primera causa de discapacidad en todo el mundo. Cada 30 minutos una persona fallece o queda discapacitada tras sufrir un ACV, al no recibir una atención oportuna en un centro especializado. Con el fin de hacerle frente a este problema global de salud, se creó la iniciativa Angels.

Angels es una iniciativa de Boehringer Ingelheim, que inició en el año 2015 con el respaldo conjunto de la European Stroke Organization (ESO) y la World Stroke Organization (WSO), con el fin de optimizar la calidad del tratamientos en todos los centros que atienden pacientes con ACV.

Hoy, esta iniciativa está presente en 105 países y ha conformado la más grande red de centros especializados, 4116, en la atención oportuna y adecuada del ACV.



“En Colombia hemos trabajado desde 2018 por la implementación de nuestras metodologías de trabajo en 79 hospitales en todo el país. Nuestra meta es llegar a 85 hospitales este año, para que estos estén preparados con intervenciones específicas en las diferentes fases de la ruta del paciente con ACV, orientadas a disminuir la discapacidad y la tasa de mortalidad”. aseguró Jorge del Río, gerente general para Colombia, de Boehringer Ingelheim, compañía que fundó la iniciativa.



La iniciativa en alianza con World Stroke Organization (WSO) crearon el reconocimiento WSO Angels Awards que está diseñado para distinguir y agradecer a los equipos y las personas comprometidos con el tratamiento del ACV y con el fin de establecer una cultura de control continuo de la calidad de la atención de los pacientes.



El reconocimiento distingue a los hospitales que han demostrado un compromiso claro con la atención de calidad para los ataques cerebrovasculares y han establecido culturas y sistemas para respaldar la mejora continua. Según el desempeño de los hospitales respecto a distintas medidas que tengan pueden ser considerados para el reconocimiento de nivel oro, platino o diamante.

“Nuestra misión es simple. Aumentar el número de pacientes tratados en hospitales preparados para atender ACV y optimizar la calidad del tratamiento en todos los centros existentes. Seguimos construyendo una comunidad global de centros de ataque cerebrovascular y hospitales preparados para atenderlos, trabajando todos los días para mejorar la calidad del tratamiento para cada paciente que lo presente. Nuestra iniciativa da una oportunidad a la vida”. Mencionó del Río.

www.angels-initiative.com

Para mayor información consulte



La iniciativa Angels es una iniciativa no promocional de cuidado de la salud desarrollada por Boehringer Ingelheim y avalada por la ESO, WSO, la SIECV, entre otras sociedades científicas, para asistir en la implementación de su principal objetivo, mejorar el cuidado del paciente con ataque cerebrovascular. Este material está sujeto a derechos de propiedad intelectual. Este material podría contener conceptos u opiniones que son responsabilidad de los autores y no comprometen las opiniones del laboratorio auspiciante. Boehringer Ingelheim S.A., Teléfono: (+57 1) 319 91 00, e-mail: medfora.co@boehringer-ingelheim.com Dirección: Carrera 11 No. 84A-09 Piso 5, Bogotá D.C. Colombia. Código: SC-CO-00189. Fecha de aprobación: 31/08/2020.



La Resolución 521 de 2020, incluyó en el modelo de atención para las personas que estaban en aislamiento obligatorio la atención domiciliaria, la consulta telefónica o virtual y la teleorientación para reducir el riesgo de contagio.

permitieran el desarrollo de buenas prácticas, investigaciones y estudios científicos, con el fin de mejorar de una manera continua los servicios ofrecidos a través de esta modalidad de atención.

Paralelo a la normatividad específica para el sector salud, también se han venido desarrollando otras regulaciones para la operación de tecnologías de la información y las comunicaciones, el comercio electrónico (Ley 527 de 1999) y para la protección de datos (Ley 1581 de 2012), que se deben tener en cuenta a la hora de desarrollar un proyecto de atención por telesalud y telemedicina.

En Colombia la prestación de servicios de salud a través de estas modalidades de atención debe estar fundamentada en cuatro principios orientadores: la libertad de escogencia de los usuarios, como lo establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la autonomía médica y los principios éticos que regulan el ejercicio de las profesiones; las responsabilidades y competencia de los prestadores de servicios de salud para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad y que el personal de salud posea las habilidades para brindar la atención en el marco de sus competencias; y el consentimiento informado, garantizando que el paciente tenga toda la información de cómo funciona la atención mediante el uso de TIC, el alcance, los riesgos, los beneficios, las responsabilidades, el manejo de la privacidad y confidencialidad, el manejo de sus datos personales, los protocolos de contacto según la categoría de telemedicina que se use, las condiciones para prescripción de tecnologías en salud, los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia,

los procedimientos a seguir por fallas tecnológicas, incluidas las de comunicación, y los riesgos de violaciones de la confidencialidad durante las consultas virtuales, entre otros.

Con la llegada de la pandemia se aceleró la implementación de esta modalidad. El Gobierno, a través de la Resolución 521 de 2020, incluyó en el modelo de atención para las personas que estaban en aislamiento obligatorio la atención domiciliaria, la consulta telefónica o virtual y la teleorientación para reducir el riesgo de contagio.

Además, en la Resolución 536 de 2020, que estableció el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia, se ordena el fortalecimiento de las modalidades de telemedicina y telesalud para robustecer las estrategias de aislamiento social, garantizar el acceso, mitigar la sobreocupación de los servicios presenciales, proteger a los grupos de mayor riesgo y prevenir el contagio.

Estas decisiones fueron reafirmadas y complementadas en el Decreto 538 de 2020 que dio una autorización transitoria, por la emergencia sanitaria, para la prestación de servicios que no se hubieran habilitado para esta modalidad, de manera que se alcanzara una gran cobertura de las diferentes especialidades y actividades médicas y que las IPS pudieran hacer las expansiones y adecuaciones necesarias para brindar atención en esa modalidad. También flexibilizó los requisitos de las plataformas tecnológicas, permitiendo que se usaran algunas que garantizaran los estándares básicos de audio y video.

Para conocer cuál es el panorama actual y el desarrollo que ha tenido la telesalud y telemedicina en Colombia, *Hospitalaria* dialogó con diferentes actores sobre sus experiencias antes y después de la pandemia.

“El reto a futuro, es ajustar fortalecer la telesalud y la telemedicina en el marco de la atención en salud cotidiana”

Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria Ministerio de Salud y Protección Social

En octubre se cumplió un año de la expedición de la Resolución 2654 que estableció las condiciones para prestar la telesalud en Colombia. ¿En qué estado se encuentra el desarrollo en esta modalidad de atención en el país?

De acuerdo con lo reportado en el REPS, con corte a noviembre 28 de 2020, tenemos 2450 sedes de prestadores inscritos con 10.091 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina. En la Tabla 1 se puede apreciar la composición por tipo de prestador y naturaleza jurídica a esta fecha.

Tabla 1. Prestadores y servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina a noviembre de 2020.

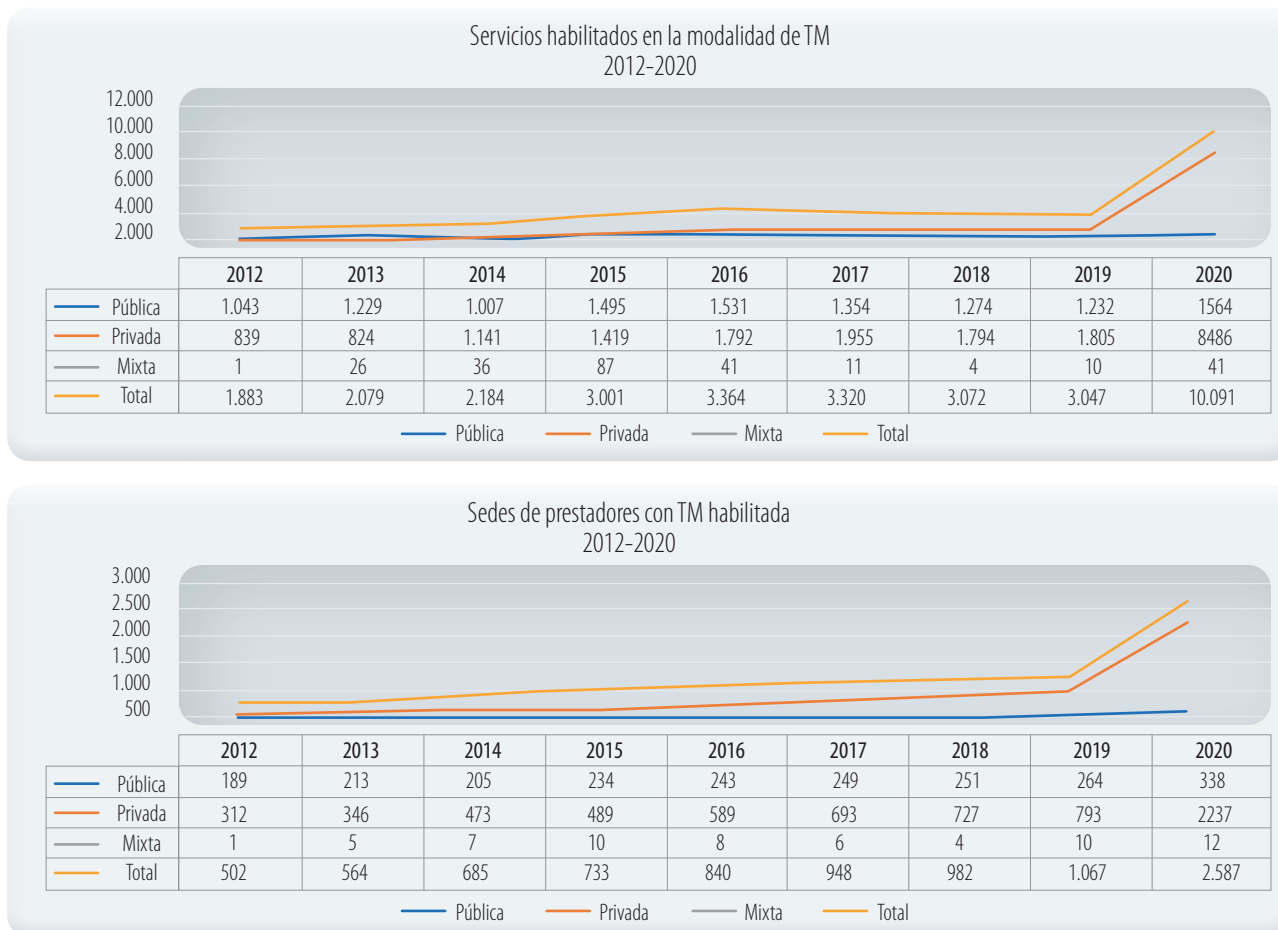
NATURALEZA JURÍDICA	PRESTADOR DE REFERENCIA		PRESTADOR REMISOR		Total sedes de prestadores inscritos con servicios habilitados	TOTAL SERVICIOS
	Sedes de prestadores inscritos con servicios habilitados	SERVICIOS	Sedes de prestadores inscritos con servicios habilitados	SERVICIOS		
Público	100	418	263	1249	338	1564
Privado	1741	7099	778	2560	2237	8486
Mixta	5	34	7	7	12	41
Total	1.846	7.551	1.048	3.816	2.587	10.091

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Corte: noviembre 28 de 2020.

Es importante resaltar que, desde octubre de 2019 a 28 de noviembre de 2020, se evidencia un incremento de 149% en sedes de prestadores que ofrecen la modalidad de telemedicina y uno de 391% en los servicios ofrecidos en esta modalidad.

Desde 2012 se observa incremento de la oferta de la modalidad de telemedicina, pero es en el año 2020 donde este incremento se acelera, y con una mayor representación del sector privado.

Figura 1. Gráficas de evolución de servicios relacionados con telemedicina



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el corte de 2012 a 2019 es 31 de diciembre, el de 2020 es noviembre 28.

La Resolución 2654 permitió involucrar la telesalud y la modalidad de telemedicina dentro de la estrategia de atención en salud durante la pandemia. En este sentido es coyuntural evidenciar lo que ha pasado en el marco de la autorización transitoria estipulada por el Decreto 538 de 12 de abril de 2020, "Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica". Se observa que la solicitud de autorización

transitoria para la modalidad de telemedicina es la más frecuente y es así como, de abril 12 a noviembre 28 de 2020, se ha aprobado autorización transitoria para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina para **5038** sedes de prestadores (78,39% del total de sedes con autorización aprobada) y **19.551** servicios (71,28% del total de servicios autorizados). En las siguientes tablas se puede apreciar la distribución de las autorizaciones solicitadas y de las aprobadas.

Tabla 2. Autorizaciones transitorias solicitadas para la prestación de servicios de salud (12/04/2020 – 28/11/2020)

Solicitud	# sedes prestadoras	%	# servicios	%
Modalidad telemedicina	6396	76,53%	27.486	70,63%
Modalidad domiciliaria	1595	19,09%	7517	19,32%
Total	8357	100%	38.916	100%

Tabla 3. Autorizaciones transitorias aprobadas para la prestación de servicios de salud (12/04/2020 – 28/11/2020)

Solicitud	# sedes prestadoras	%	# servicios	%
Modalidad TM	5038	78,39%	19.551	71,28%
Modalidad domiciliaria	1307	20,34%	5603	20,43%
Total	6427	100,00%	27.430	100%

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Corte: noviembre 28 de 2020.

Tabla 4. Autorización transitoria aprobada para la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina por naturaleza jurídica (12/04/2020 – 28/11/2020)

Naturaleza jurídica	# sedes	# servicios
Privada	4578	16.519
Pública	450	2874
Mixta	10	158
Total general	5038	19.551

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Corte: noviembre 28 de 2020

Una de las enseñanzas que ha dejado la atención de la pandemia y la crisis ha sido la oportunidad para fortalecer la prestación de servicios de salud mediante modalidades que no eran utilizadas por la generalidad en los prestadores de servicios de salud y que en gran medida racionalizan y hacen más eficiente el uso de los servicios de salud. Adicional a lo anterior, se observa el fortalecimiento de la relación entre los actores del sistema de salud, que ha generado una mejor respuesta a la situación de salud de la población. El reto a futuro es ajustar y fortalecer la telesalud y la telemedicina en el marco de la atención en salud cotidiana y procurar que las ganancias que se han dado en la relación entre los actores del sistema de salud no se pierdan logrando que se potencialicen y se tornen permanentes.

¿Qué zonas del país se han beneficiado con esta modalidad de atención?

Las sedes que ofertan servicios en la modalidad de telemedicina se encuentran ubicadas

en **406** municipios de **33** departamentos, incluyendo el distrito capital. De estas, 338 sedes (13%) son de prestadores públicos que habilitan 1564 servicios (15%) en **263** municipios de **30** departamentos y en el Distrito Capital. Son simultáneamente prestadores remitores y prestadores de referencia **225** sedes con **1276** servicios habilitados; de estos, 14 son públicos con **103** servicios habilitados. Antioquia, Bogotá, D. C., Atlántico, Valle del Cauca y Bolívar aportan **62,66%** de las sedes inscritas y **61,36%** de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina.

En el marco de la oferta autorizada transitoriamente, Bogotá, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca tienen el **65,11%** de las sedes autorizadas con el **54,64%** de los servicios. Y, de forma general, en promedio por sede se han autorizado cuatro servicios.

¿Se han logrado conformar las redes de atención en esta modalidad de prestación? ¿Cómo están funcionando?

En este sentido, merece la pena recordar que la telemedicina es una modalidad de prestación de servicios ofrecida por los prestadores de servicios de salud y las EPS. Dentro de sus redes, estas entidades tienen prestadores que ofrecen actividades de telesalud y la telemedicina como una opción para acercar la atención y favorecer el acceso, la oportunidad y la resolutivez.

Las EPS, en concordancia con las necesidades de su población afiliada y la accesibilidad geográfica, determinan, en sus acuerdos de voluntades, las formas más adecuadas para proveer servicios de salud.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de la aplicación del modelo de atención establecido por la Resolución 521 de 2020 hasta septiembre de 2020 que combina las formas de atención ambulatoria para

personas adultas mayores y con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedades autoinmunes cardiovasculares, cáncer, etc.

Tabla 5. Resumen total de implementación de Resolución 521 de 2020

Tipo de atención	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Total general
COVID	117.816	1.811.949	679.464	1.108.973	2.047.158	2.104.324	1.758.799	9.628.483
Atenciones domiciliarias	10.601	39.163	86.801	149.823	252.288	301.918	253.118	1.093.712
Laboratorios tomados en domicilio	22.984	73.218	182.989	392.857	636.730	639.247	513.665	2.461.690
Orientaciones en salud	36.627	1.532.474	213.177	311.697	582.919	521.828	456.601	3.655.324
Teleconsultas	47.604	167.094	196.497	254.597	575.221	641.331	535.415	2.417.758
NO COVID	1.077.115	8.413.667	7.225.723	7.884.185	8.648.679	8.293.996	9.016.458	50.559.823
Atenciones domiciliarias	176.114	959.140	344.346	395.144	555.743	561.250	676.907	3.668.645
CPN en domicilio	2.894	22.455	28.238	31.201	26.886	34.006	34.822	180.502
Fórmulas de medicamentos entregadas a domicilio	211.818	1.226.666	1.456.292	1.561.801	1.634.327	1.537.135	1.624.133	9.252.172
Laboratorios tomados en domicilio	15.577	254.729	280.354	190.742	390.411	289.876	310.035	1.731.723
Orientaciones en salud	275.185	2.995.529	1.887.259	1.917.078	2.079.979	2.039.810	2.185.082	13.379.922
Teleconsultas	395.527	2.955.148	3.229.233	3.788.220	3.961.333	3.831.919	4.185.479	22.346.859
Total	1.194.931	10.225.626	7.905.187	8.993.158	10.695.837	10.398.320	10.775.257	60.188.306

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Informe número 005 - Implementación Resolución 521 de 2020. Corte: 31 septiembre 2020.

¿Qué habilidades debe tener el talento humano que labora en estos servicios? ¿Se debe certificar?

La resolución 2654 de 2019 es clara en determinar que el prestador que habilite un servicio en la modalidad de telemedicina debe garantizar la formación continua del talento humano en el manejo de la tecnología utilizada, en los procesos, procedimientos y herramientas inherentes a la prestación de los servicios en los que se use tecnologías de información y comunicación. Adicionalmente, la Resolución 3100 de 2019 ratifica que, además de lo que se tiene que cumplir en el estándar de talento humano, el personal que atiende directamente en la modalidad de telemedicina debe contar con la constancia

en las acciones de formación continua para el manejo de tecnologías utilizada por el prestador, los procesos y las herramientas inherentes a esta forma de atención.

¿Qué servicios de salud se pueden prestar en esta modalidad? ¿La telesalud reemplaza la atención presencial?

La telesalud no reemplaza la atención presencial, como bien lo dice la Ley 1419 de 2010. La modalidad de telemedicina no exime ni a los prestadores ni a los pagadores de su responsabilidad de priorizar la atención personalizada.

Ahora bien, es el profesional de la salud el que, en el marco de su autonomía y ética profesional, determina cuándo y hasta dónde se atiende un paciente en la modalidad de telemedicina.

La telemedicina forma parte de la estructura de servicios del país y en la Resolución 3100 están determinados los servicios que pueden prestarse en esta modalidad y en qué categorías, entre los cuales encontramos los servicios de consulta externa general, especializada y servicios del grupo de apoyo diagnóstico, entre otros.

La norma señala que los servicios por las modalidades de telesalud deben garantizar la calidad e integralidad. ¿Cómo está vigilando y garantizando ese aspecto el Gobierno?

Las secretarías de salud departamentales y distritales, en sus competencias de inspección,

vigilancia y control, realizan las visitas de verificación de las condiciones de habilitación en el marco de la Resolución 3100 de 2019. En estas visitas se emplean criterios mínimos de calidad para prestar servicios de salud en las distintas modalidades, incluyendo la telemedicina.

En ese sentido, se cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) robustecido, que permite, tanto a departamentos como distritos, vigilar el cumplimiento de las normas vigentes.

En el mercado se ofrecen diversas plataformas para telesalud. ¿Qué requisitos deben cumplir las plataformas tecnológicas para la prestación de servicios de salud en esta modalidad?

Las plataformas tecnológicas deben permitir la comunicación entre el personal de salud y los usuarios y deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Estar autorizada por el usuario.

“

**52 RAZONES
PARA
ELEGIRNOS**

**CADA UNA
CUENTA...**

PORTAFOLIO 360°

SEGURIDAD

CONFIANZA

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



**DESEE
MÁS...**

**DESCUBRA
OMNI**

**AHORRE TIEMPO DE
CONEXIÓN**



Aprenda más sobre los beneficios de OMNI, descargue la app escaneando el código QR

- Garantizar la identificación del personal de salud frente al usuario al inicio de la comunicación.
- Garantizar la identificación del usuario cumpliendo con las buenas prácticas de identificación.
- Garantizar el tratamiento confidencial de la información por parte del personal de la salud.
- Y garantizar la protección de datos personales de que trata la Ley 1581 de 2012 o la que la modifique o sustituya.

En conclusión, la infraestructura tecnológica (plataforma) que se utilice para el intercambio de información de las actividades de telemedicina deberá garantizar la confidencialidad y seguridad de la información, y el prestador de servicios de salud es el responsable de su cumplimiento.

Adicionalmente, es importante mencionar que el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones se encuentra en proceso de reglamentación de las plataformas para telesalud.

¿Cuáles son los lineamientos de seguridad, privacidad y protección de datos que deben tenerse en cuenta para la prestación de servicios en las modalidades de telesalud?

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios de salud en la modalidad de telemedicina deberán utilizar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o no autorizado, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de conformidad con la Ley 1581 de 2012.

Una de las mayores dificultades que reportan los usuarios y algunas entidades es la conectividad, falta de acceso a tecnología. ¿Qué acciones ha adelantado el Gobierno para mejorar este aspecto, especialmente en zonas apartadas?

Ese es uno de los grandes retos que se tiene como Gobierno, y se está trabajando de la mano con el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones para llevar la conectividad necesaria y así implementar la modalidad de telemedicina en las zonas más apartadas en el país. Adicionalmente, el Ministerio de Salud, en el marco del Plan Nacional de Salud Rural, ha priorizado sedes de hospitales públicos que iniciarán la implementación de esta modalidad con apoyo de la nación.

Con la pandemia y las restricciones de movilidad se incrementó el uso de la teleorientación y las llamadas. Sin embargo, para muchos pacientes este tipo de atención es incompleta y se convierte en barrera de acceso. ¿Cuál es el verdadero alcance de la atención a través de esas opciones?

La teleorientación y las telellamadas son estrategias utilizadas como apoyo para los servicios de salud y no requieren habilitación. Sin embargo, solo la modalidad de telemedicina requiere el cumplimiento de condiciones mínimas para su habilitación, pues se encuentra relacionada con la prestación de un servicio de salud. Por lo tanto, los prestadores de servicios de salud interesados en ofertar servicios de salud en esta modalidad deberán cumplir lo estipulado en la Resolución 3100 de 2019.

¿Cómo se avanzará en la verificación de cumplimiento de requisitos con las entidades que empezaron a prestar servicios en esta modalidad durante la pandemia, teniendo en cuenta que lo hicieron bajo una flexibilización de la norma?

Una vez se declare la terminación de la emergencia sanitaria, los prestadores de servicios de salud que recibieron autorización transitoria de servicios de salud en modalidad de telemedicina, contarán con un plazo aún no

determinado para realizar su proceso de auto-evaluación y habilitación cumpliendo con los requisitos mínimos establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

De acuerdo con lo que ustedes han identificado en este último año, ¿cuáles son los retos y oportunidades que tiene el país y el sector para alcanzar un modelo exitoso de telesalud?

Tabla 6. Beneficios y retos de la telesalud evidenciados en el último año (2020).

Beneficios	Retos
<ul style="list-style-type: none"> • Facilita la aplicación de modelos de atención que favorecen la continuidad y la integralidad asistencial y la atención centrada al entorno del paciente, dando lugar a nuevas formas de organización y de trabajo en red. • Mejora de la calidad asistencial, ya que facilitan el acceso y la disponibilidad de servicios asistenciales en condiciones de calidad. • Mejora la calidad de vida del paciente por la disminución de desplazamientos para la atención, ya que permite la atención o monitorización remota con TIC en su domicilio. • Mejora la oportunidad y la resolutivez de la atención. • Facilita la equidad en el acceso a los servicios de salud independientemente de la localización geográfica (acerca la atención especializada a toda la población). • Mejora la atención integral y seguimiento tanto de los pacientes crónicos como los de las enfermedades con baja prevalencia. • Reduce los tiempos de espera (tanto en la realización del diagnóstico como en el tratamiento), evitando complicaciones por no atención oportuna. • Posibilita realizar atención remota de mediana y alta complejidad en la baja complejidad, reduciendo el número de remisiones. • Disminuye la posibilidad de infección cruzada entre usuarios de los servicios de salud y el personal de salud. • Incide en la formación y competencia del talento humano en salud. • Facilita la educación de pacientes en medicina preventiva y salud pública. • Descongestiona servicios de urgencias y de consulta externa. • Contribuye a la reducción de movilidad de personas en la ciudad. • Responde a las necesidades inmediatas en salud de la comunidad. • Es un medio de racionalización de costos en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El relacionamiento con el paciente está mediado por TIC y no es directo. • No todas las valoraciones se pueden hacer con esta modalidad. • Requiere de conexión a internet y plataformas tecnológicas que deben ser accesibles tanto para el prestador como para el usuario. • Las plataformas deben garantizar la seguridad de la información y la confidencialidad. • Requiere de habilidades para el manejo de las plataformas por parte de usuarios. • Requiere de habilidades por parte del personal de salud para conducir valoraciones a distancia y manejo de las plataformas tecnológicas. • Se deben desarrollar guías para la valoración de pacientes a distancia con el uso de TIC.

Algunas experiencias de los prestadores en Colombia

El desarrollo de los modelos de prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telesalud y telemedicina ha implicado para las IPS asumir retos técnicos, administrativos y tecnológicos. Para conocer de primera mano la realidad de estos procesos, consultamos la experiencia de diversas entidades: las habilitadas como centros de referencia y como remitores, ubicadas en diferentes zonas del país, con diferentes especialidades; hospitales y clínicas que desde hace varios años incursionaron en esta modalidad; y las entidades a las que la pandemia las obligó a migrar de forma rápida a la atención en espacios virtuales.

Estas entidades han tenido que enfrentar dificultades relacionadas con la conectividad, con el desconocimiento sobre lo que es y lo que no es la telemedicina y la telesalud, con la resistencia de los pacientes a ser atendidos bajo esta modalidad y de algunos profesionales a brindar atención a través de estos canales, y con el escepticismo de algunos aseguradores, entre otras. Estas

barreras se reducen de acuerdo con la zona del país donde está ubicada la IPS.

La pandemia definitivamente apresuró el uso tecnologías y la implementación de la prestación de servicios a través de la telemedicina y la telesalud: el Gobierno tuvo que flexibilizar las condiciones de habilitación, los prestadores fueron conducidos a acelerar o estructurar sus proyectos de prestación en esta modalidad y mitigar el impacto de la baja ocupación de los primeros meses de la pandemia, al personal de salud le fue necesario capacitarse y adaptarse a una nueva forma de brindar el servicio, y los pacientes tuvieron que aprender y aceptar ser atendidos por los nuevos canales.

Las IPS que están incursionando en esta modalidad pueden aprender mucho de las experiencias que se ofrecen a continuación.

“Aprendimos que la telemedicina no es para todos los procesos y no reemplaza siempre la atención presencial”

Juan Guillermo Barrientos

Director Científico Clínica Universitaria Bolivariana



Cortesía Clínica Universitaria Bolivariana

Juan Guillermo Barrientos
Director Científico Clínica
Universitaria Bolivariana

La Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín es una entidad que presta servicios de alta y mediana complejidad y desde antes de la pandemia había empezado a desarrollar el modelo de atención por telemedicina, haciendo desarrollos propios de la mano de la Universidad Pontificia Bolivariana. Con la llegada del COVID-19, ese entorno científico

y tecnológico le permitió acelerar la implementación de diversos componentes de telesalud y brindar atención bajo esta modalidad a pacientes del Oriente Antioqueño, de Urabá y del Área Metropolitana de Medellín. Hablamos con el Dr. Juan Guillermo Barrientos Gómez, Director Científico de la clínica, quien nos cuenta cómo han logrado la implementación de

esta modalidad, las dificultades y los retos que observan desde su experiencia.

La clínica lleva ya un tiempo prestando el servicio como entidad referente en la modalidad de telesalud. ¿Cómo ha sido este proceso?

De acuerdo con lo establecido en la normatividad, nosotros iniciamos con las modalidades de teleorientación y teleapoyo. Con un grupo de ingeniería de la Pontificia Universidad Bolivariana, desarrollamos una herramienta de diagnóstico de riesgo en el control prenatal con instituciones que están en red, con una puerta de entrada, que es un hospital de primer nivel, y con la Clínica Bolivariana.

Esa herramienta nos llevó a conocer un poco más sobre la reglamentación de telemedicina y las necesidades que tenía una organización de salud para su implementación y nos dio la posibilidad de empezar a capacitar al personal de salud que estaba acostumbrado a la atención presencial. La atención de pacientes con riesgo obstétrico fue la primera experiencia que tuvimos en la clínica.

El gran detonador para el crecimiento de este servicio fue la pandemia, porque la clínica no es solamente obstétrica, sino que brinda atención al paciente crónico y tuvimos que buscar alternativas para darles acompañamiento. Nuestro reto inicial fue tener un desarrollo propio que nos permitiera integrar la historia clínica, el consentimiento informado y los recursos de la telellamada, porque la norma diferencia los procesos de teleapoyo y teleorientación y otros mecanismos como la telemedicina, telexperticia y telemonitoreo. En ese marco empezamos a buscar la manera de tener contacto directo con el paciente. Establecimos una fase inicial de choque, porque la situación era compleja. Pero siempre la clínica

ha tenido claro que este es un servicio que se presta con o sin pandemia y eso nos permitió empezar a trabajar con el personal de salud, porque muchas veces la resistencia a esta modalidad de atención no es del paciente sino del personal asistencial.

¿Qué causa resistencia desde el personal de salud?

Primero, el manejo de algo que no es lo tradicional, dado que el médico está acostumbrado a la atención presencial y entra a tener una comunicación con el paciente a través de una plataforma, donde inicialmente el proceso de telemedicina no hace seguimiento de variables, y la interacción con el paciente es una comunicación y una lectura de exámenes que se aportan en el momento o previo a la atención, le genera un poco de incertidumbre. Hay una resistencia al manejo de nuevas tecnologías, en un espacio de tiempo que es complejo, sumado a no tener toda la información funcional o las variables clínicas del paciente. Con ello también aprendimos que la telemedicina no es para todos los procesos y no reemplaza siempre la atención presencial.

De acuerdo con la experiencia de la clínica, ¿cuál es entonces el alcance de la telemedicina?

La telemedicina no reemplaza ciertas actividades de la atención y eso nos llevó como entidad a identificar qué pacientes son candidatos a ser atendidos en esta modalidad. Por ejemplo, para el paciente que viene para un control y seguimiento de algunas variables que se hacen a través de los exámenes de laboratorio, se puede hacer telemedicina, pero si se requiere registrar alguna variable clínica diferente, la telemedicina no lo permite.

También se debe tener en cuenta el tipo de paciente. Ese ha sido uno de nuestros grandes retos porque tenemos algunos pacientes mayores de 65 años que tienen enfermedades crónicas, que no son nativos tecnológicos y forman parte de población de diferente estrato social donde no tienen acceso a la conectividad y a un equipo en el que se pueda hacer la consulta. Entonces, un paciente es candidato siempre y cuando tenga la posibilidad de la conectividad, del medio de comunicación —teléfono inteligente o un computador— y que pueda



La norma dice que la telesalud tiene un componente de teleorientación y teleapoyo, que en nuestro caso con la pandemia nos ha servido mucho para orientar a los pacientes.

ser asistido en el caso de los pacientes mayores con patologías crónicas.

No es solo instalar un *software* y que la gente se conecte, porque aparecen otros aspectos que se deben integrar como la historia clínica, el consentimiento informado, la disponibilidad, los exámenes, los copagos, entre otros. Entonces, el debate es que algunos pensaron que esto era para reemplazar y dejar del todo la presencialidad y no es así, sino que este es otro servicio que se puede prestar a unos pacientes que requieren unas particularidades.

Además, cuando se observa la reglamentación que tiene el país para esta modalidad de atención, el cumplimiento de las garantías de transmisión y reserva de la información y lo que han permitido de manera transitoria las medidas de excepción, de alguna forma ha generado que actividades de teleapoyo se confundan con telemedicina. Una llamada telefónica es una forma de orientar a un paciente, pero no se puede confundir con un servicio de telemedicina. Esto ha generado una de las grandes confusiones entre los mismos clínicos y las aseguradoras.

Entonces, ¿qué servicios se pueden prestar por telemedicina?

La norma dice que la telesalud tiene un componente de teleorientación y teleapoyo, que en nuestro caso con la pandemia nos ha servido mucho para orientar a los pacientes. La telemedicina se aplica en pacientes que en principio estén orientados a un modelo de seguimiento de paciente crónico. Una consulta de primera vez en telemedicina puede no ser la mejor, las intervenciones quirúrgicas no se hacen por telemedicina, a no ser que sea un control de seguimiento de alguna cirugía, y en el caso de

las maternas solamente se emplea para seguimiento de exámenes, porque control materno necesita un monitoreo presencial.

Hemos trabajado con la telexperticia, otra modalidad que está más orientada entre personal en salud en algunos servicios especializados, y estamos adelantando un gran proyecto a través de Colciencias de un modelo de telemonitoreo remoto a nivel domiciliario en paciente obstétrico. Eso también nos catapultó a un componente de la telesalud que no está en la norma, y es la teleeducación.

¿Cómo han hecho ustedes para garantizar la calidad de la atención en salud a través de esta modalidad?

Creamos un grupo de seguimiento integrado por profesionales de diferentes áreas asistenciales y administrativas: de TIC, coordinadores de áreas de servicios ambulatorios, de educación para la salud, facturación y mercadeo, entre otros, para desarrollar las diferentes etapas del proyecto, en el que nos enfocamos a dar cumplimiento a la norma de habilitación con todos los estándares de calidad.

Un segundo elemento es una retroalimentación semanal en la que evaluamos la satisfacción del usuario; con el profesional médico, evaluamos las inconformidades sobre la plataforma y necesidades que han surgido; y en los servicios, evaluamos la productividad. Además, en ese flujo de atención definimos puntos de control y sobre eso vamos administrando los controles semana a semana y haciendo seguimiento de los indicadores de calidad de la atención.

¿Cómo han logrado ganar la confianza de los usuarios?

En el caso de los pacientes crónicos que estaban acostumbrados a una modalidad presencial,

cuando se les ofrece el cambio de la modalidad de atención hacia la telemedicina, la respuesta inmediata es no, porque prefieren ver al médico y, además, por el temor a la tecnología y la falta de telefonía inteligente.

Con una situación como la pandemia, los pacientes de alguna forma se vieron obligados a recibir la atención en esta modalidad y se han venido dando cuenta que es una opción. Los adultos mayores, al igual que en la atención presencial, siempre deben tener acompañante, y ellos [los acompañantes] nos han ayudado mucho en ese proceso de educación. Desde el área de comunicaciones de la clínica generamos material audiovisual explicándoles cómo se accede y se baja la información desde el momento en que piden la cita por telemedicina, el día antes de la cita, durante la cita y cómo descargan los documentos después de la atención. Esto además ha generado un proceso educativo entorno al uso adecuado de los servicios de salud.

¿Cuáles son los beneficios de esta modalidad de prestación de servicios de salud tanto para la institución como para el usuario?

Primero, es una la oportunidad de ofrecer un nuevo servicio no solamente para la pandemia sino para la pospandemia. Esto se convierte en una estrategia de fortalecimiento de servicios de las instituciones. También es una gran oportunidad para dar un avance en la digitalización de la clínica. Nuestro gran reto como institución ahora es lograr acceder a los servicios de manera remota y poder tener registro de algún tipo de variable química, que es lo que le queda faltando muchas veces a la telemedicina.

Es una oportunidad institucional para ofrecer servicios en un contexto internacional entendiendo muy bien las normas de los países con los cuales se quiera trabajar. Hoy lo



Cortesía Clínica Universitaria Bolivariana

La Clínica Universitaria Bolivariana trabaja actualmente en un modelo de telemonitoreo remoto a nivel domiciliario en paciente obstétrico

hacemos más como telexperticia, pero probablemente los pacientes podrán consultar un médico en cualquier lugar entendiendo que se haría bajo una modalidad de teleorientación, porque la telemedicina dependerá de la institución y de la reglamentación de cada país.

De cara al paciente, el beneficio es la facilidad de tener al médico a un clic, poder evitar los costos de desplazamiento que tienen los pacientes y, en los modelos de atención de redes integradas, es una herramienta maravillosa de monitoreo de pacientes, sin generar riesgos innecesarios.

¿Cómo les va en la relación con las aseguradoras para la autorización y pagos de estos servicios?

La pandemia ha posibilitado todas estas formas de trabajo con las aseguradoras. Por ejemplo, el sistema de aseguramiento de la ciudad de Medellín en particular ha avanzado mucho en los sistemas de telemedicina y atención en casa, atención domiciliaria. La principal aseguradora de la ciudad ha hecho un esfuerzo bastante grande desde su propia estructura de prestación. Aquí hay una aceptación de estos servicios por parte de las aseguradoras.

Creo que hemos avanzado en que se entienda que este es un servicio que llegó para quedarse, pero nos faltan cosas. Por ejemplo, en la integración de los modelos basados en riesgo hay mucho todavía por hacer, porque



Cortesía Clínica Universitaria Bolivariana

En la Clínica Universitaria Bolivariana con la especialidad en ginecología y obstetricia, esta modalidad de atención les ha permitido gestionar el riesgo

entendimos inicialmente la telemedicina como un reemplazo de la atención presencial y esta modalidad de atención no nace necesariamente para la atención puntual sino para la gestión del riesgo. Yo creo que en eso nos falta trabajar mucho.

Nuestra experiencia en la clínica con el tema de la maternidad nos ha mostrado que esto es para gestionar el riesgo, para tener los datos de una manera más oportuna, para la detección de una variable que puede llevar a una complicación de una paciente en muy poco tiempo y por eso estos sistemas de detección oportuna de riesgo son los más importantes para el tema de telemedicina. El futuro está en gestionar el riesgo y no la enfermedad. Por eso los modelos de relacionamiento entre asegurador y prestadores cada vez se deben orientar hacia ese objetivo, y la telemedicina puede facilitar esto y hacer más eficiente la inversión de recursos.

¿En qué más debe trabajar el país para mejorar el modelo de atención

y el acceso a este tipo de opciones de atención?

Hay que seguir trabajando en brindar más información a los pacientes para que conozcan los beneficios que da la telemedicina. Otros temas desde lo técnico: la historia única electrónica; la interoperabilidad, porque tenemos oferta de muchas plataformas, pero no todas hacen interoperabilidad con las otras; y, además, la integración de sistemas de seguimiento remoto, de equipos biomédicos que tengan certificaciones que den seguridad para la transmisión de los datos a los centros de referencia como nosotros. En eso hay que trabajar y organizar muy bien el modelo de prestación de servicios, ponernos de acuerdo con las redes integradas y con las entidades aseguradoras. Esto debe ser armónico para ofrecer un beneficio a la población.

El Gobierno tiene el reto de verificar todas las habilitaciones de estos servicios que fueron autorizadas en condiciones flexibles por la pandemia para que todos cumplan con las exigencias normativas, las condiciones de seguridad de la información y la calidad, que sabemos no se logran implementar de una manera tan rápida.

Desde lo institucional, los hospitales tenemos el reto de organizar de una manera eficiente el servicio y que el paciente no crea que pierde al médico, sino que se acerca más a él. Los pacientes tendrán que entender que algunas cosas las puede recibir por telemedicina y otras no.

“El país tiene que trabajar en la educación del usuario para fortalecer esta modalidad de atención”

Dr. José Ignacio Zapata

Director Instituto Roosevelt

El Instituto Roosevelt inició su proyecto de telemedicina en 2014, desarrollando un aplicativo propio y habilitándose en 2015 como centro de referencia. Capacitó instituciones de primer nivel de atención en 18 municipios del país, donde instaló las unidades de telemedicina y empezó a atender a los usuarios de zonas de Colombia muy apartadas, todo previa educación y entrenamiento del personal asistencial y administrativo de las instituciones, aportándoles guías de manejo con todos los estándares de calidad, seguridad informática y conectividad, para que pudieran habilitarse y prestar estos servicios. El director, Dr. José Ignacio Zapata, nos cuenta los principales retos que enfrentaron en esa primera fase y ahora con la llegada de la pandemia, y el uso acelerado de esta modalidad de atención.

En esa primera etapa, ¿cuáles fueron los principales retos que tuvo el instituto como centro de referencia?

El principal reto fue la desconfianza de los pacientes, del personal de salud y de los aseguradores. Nuestros pacientes y sus familias dudaban que de manera remota fuera efectiva una atención en salud, el propio personal de salud consideraba que no iba a poder solucionar los problemas a los pacientes y los aseguradores creían que la atención virtual no agregaba valor e incluso no estaban dispuestos

a pagar la tarifa completa por una consulta, y eso no hacía sostenible la operación por telemedicina.

Otro reto ha sido la conectividad que, aunque en los últimos tres años ha aumentado la penetración en el país, sigue siendo un problema en algunas zonas. En este aspecto también la seguridad para salvaguardar la reserva de la historia clínica y los datos del paciente son fundamentales. En eso trabajamos mucho dentro en la estructura de nuestro aplicativo.

Adicionalmente, un reto crítico son los desenlaces y el impacto en salud de esa atención virtual. Tuvimos que introducir a nuestro modelo de atención y guías de manejo una estrategia de medición del logro que se obtenía con esa atención a distancia. Y el reto final fue hacer sostenible todo el proyecto para todas las partes.

¿Con la llegada de la pandemia qué cambió?

La pandemia cambió radicalmente todo, porque todos los involucrados, el Gobierno, los aseguradores, los médicos, los usuarios y los prestadores de salud, entendimos que teníamos que dejar de lado tantos requisitos que generaban una barrera para la atención a distancia. El Gobierno volvió más flexible las medidas y permitió, a la luz de la norma y de las herramientas



Cortesía Instituto Roosevelt

▼
Dr. José Ignacio Zapata
Director Instituto Roosevelt

Al personal de salud lo entrenamos, estandarizamos procesos, hicimos unas guías para orientar al paciente, que se envían previo a la consulta y les explican cómo debe acceder, cómo es el examen físico a distancia y cómo debe estar vestido

informáticas, poder hacer atención a través de una *tablet*, un computador o un teléfono celular, y complementarlos. Segundo, algunos de los aseguradores rápidamente reconocieron que la consulta costaba lo mismo que la presencial, porque lo que se vende en esencia es un conocimiento y la atención es sensiblemente igual, y los usuarios se vieron obligados de la noche a la mañana a usarla y pudieron constatar que este tipo de atención era igual o mejor que la presencial.

Al personal de salud lo entrenamos, estandarizamos procesos, hicimos unas guías para orientar al paciente, que se envían previo a la consulta y les explican cómo debe acceder, cómo es el examen físico a distancia y cómo debe estar vestido; por ejemplo, en el caso de ortopedia deber tener una pantaloneta para examinar miembro inferior. Además, estos cambios se incluyeron en la historia clínica y en el modelo atención. Fue un aprendizaje muy acelerado y muy exitoso. La primera semana de marzo fue muy difícil. Se cayó totalmente la actividad. Pero cuatro semanas después estábamos en ascenso y en este momento tenemos una productividad de consulta superior al 80% y mucho a expensas de telemedicina.

¿Cómo han hecho ustedes para que los pacientes no se resistan a ser atendidos en esta modalidad?

Primero, ilustrar al paciente previo a la atención a través de un manual de cómo es la atención por telemedicina; eso le da cierta tranquilidad porque ya está preparado. Segundo, se eliminaron muchas barreras y se permitió al

personal de salud prestar la consulta a través del celular, una *tablet* o computador o las dos cosas al tiempo. En la tercera semana de marzo teníamos 160 unidades de telemedicina ya listas en el hospital y lo que hicimos fue adicionar cámaras a los computadores de todas las áreas del hospital y permitir que algunos profesionales prestaran el servicio desde la casa.

Los usuarios al principio se vincularon muy tímidamente, pero cuando comprobaron que podían recibir la atención y que mitigaban el riesgo del contagio al salir de su casa, empezaron a reconocer la efectividad y nosotros empezamos a medirla. En mayo hicimos una primera encuesta que nos arrojó resultados que mostraron que el 100% de los pacientes afirmaban que sí se estaban cumpliendo los objetivos terapéuticos en rehabilitación y que el 94% estaban altamente satisfechos con la atención virtual.

Un caso interesante fue el servicio de salud mental, en el que el 70% de los papás y los pacientes manifestaron que quieren seguir siendo atendidos por telemedicina aún si se acaba la pandemia. Tienen una satisfacción del 89% y un lleno de los logros terapéuticos del 86%. Para el caso de rehabilitación, el 46% de nuestros usuarios quiere volver a la actividad presencial, el 35% quieren continuar en virtual y aparece una modalidad mixta, de un tiempo presencial y uno virtual para reforzar los tratamientos porque aquí hay que hacer manipulaciones físicas por parte de las terapeutas. En esto ya teníamos antecedentes desde hace cinco años atrás.

Desde la experiencia del Instituto Roosevelt, ¿cuál es el alcance de la telesalud?

Nosotros actualmente estamos habilitados y preparados para prestar por telesalud 18 especialidades, a excepción de cirugía, donde también le hemos encontrado un valor importante

en el control postoperatorio, simplemente revisando la herida y haciendo seguimiento a la recuperación desde la comodidad del hogar del paciente. Y lo que viene, porque ya se ha hecho en varias partes del mundo y nosotros estamos dispuestos a hacerlo, es telemedicina para todas las Unidades de Cuidado Intensivo que se instalaron en el país con ocasión de la pandemia, teniendo en cuenta la escasez de especialistas de cuidado crítico que hay en Colombia, especialmente de cuidado crítico pediátrico y adulto, para apoyar a los hospitales de zonas apartadas del país que tienen instaladas las unidades de cuidado intensivo que les dio el Gobierno y dar un uso eficiente a esa infraestructura que se creó para responder a la pandemia.

En la relación con el asegurador, ¿cómo han logrado que acepten esta modalidad de atención y quitar ese mito que usted comenta?

Primero, se debe demostrar que se tiene un servicio bien estructurado, que hay un canal de conectividad asegurado, que se garantiza la integridad, continuidad de la historia clínica y la confidencialidad, que la actividad por telemedicina incluye un tiempo equivalente al de una consulta presencial y mostrar los resultados en la salud del paciente.

Naturalmente, hay dos tendencias entre los aseguradores: una a tratar de entender rápidamente la lógica de esto y otra a tratar de imponer trabas. En nuestro caso, que estamos interesados en atender población vulnerable de fuera de Bogotá o del centro del país, la experiencia con el régimen subsidiado ha sido muy interesante porque se empieza a mostrar que les permite aumentar la capacidad de resolución en zonas apartadas. Con las tres EPS del régimen subsidiado que trabajamos damos cubrimiento no solo al centro, sino a la Costa Atlántica y al sur del país.



¿Cómo mantener los principios de calidad e integridad de la atención a través de la modalidad de telesalud?

El Departamento de Calidad del hospital lo primero que hizo fue revisar e incluir en las guías de manejo los protocolos de telemedicina y los logros esperados. En cada tema se establecieron los indicadores de éxito. Adicionalmente, nosotros, por acreditación con excelencia, tenemos que garantizar el impacto y el desenlace de todas nuestras intervenciones. Por eso también revisamos índices de productividad y satisfacción del profesional, no solamente del usuario. También observamos la adherencia de la guía de manejo a través del registro que queda en la historia clínica. Así hemos podido constatar que el modelo de atención por telemedicina responde a la guía establecida.

¿Cuáles son sus recomendaciones para una institución que quiera empezar a prestar servicios en esta modalidad de atención?

Revisar su modelo atención y sus guías de manejo para poderlos articular adecuadamente; eso es determinante para garantizar la salud y el bienestar de los usuarios. Entrenar en una forma simple a todo su personal de salud y darle flexibilidad; para nosotros ha sido exitoso permitirle al profesional de salud brindar la atención desde su casa, garantizándole la conectividad y la seguridad de esta. Además, es necesario estandarizar y protocolizar el proceso de atención virtual y tener claros los indicadores de éxito o los desenlaces que se van a medir producto de esa intervención por telemedicina.

Y en la relación con las instituciones de municipios apartados, ¿qué es clave tener en cuenta?

La conectividad, sin duda alguna, y tener presente que no se necesita una atención sincrónica. En los municipios apartados se puede tener una resolución que vaya de 24 a 72 horas, porque a veces es muy costoso hacerlo sincrónicamente, y generalmente no afecta el desenlace en la salud del paciente.

A partir de la experiencia del Instituto Roosevelt, ¿cuáles son los retos que tiene el país para mejorar el modelo de atención por telesalud?

El primero, y más importante, es trabajar en la educación del usuario, porque todavía hay mucha resistencia. Yo creo que hay que favorecer esta modalidad de atención a través de un proceso educativo en todas las poblaciones del país. Segundo, mostrarle el valor que agrega este modelo de atención al sector asegurado.

El Ministerio de Salud tiene un gran desafío para ajustar lo que avanzamos en este tiempo de la pandemia de manera que la norma se vuelva más práctica y la habilitación sea más simple, como se ha demostrado en estos ocho meses que se puede hacer, y, finalmente, la conectividad es el otro reto que tiene Colombia con miras a que no haya dificultad alguna en el acceso por este aspecto.

¿Cuál es el reto en seguridad de la información y la historia clínica del usuario?

En seguridad informática ya se ha dado un desarrollo en Colombia y, afortunadamente, hay varios blindajes. Algunos lo que hacen es una historia paralela y después se pega por otro canal a la historia clínica para evitar el riesgo del acceso al canal institucional. Nosotros lo que hicimos desde hace tres años fue elevar nuestro nivel de seguridad informática al mismo nivel de un banco; también hay que educar al personal de salud y restringir el ingreso a determinadas páginas desde los computadores en los que se hace telemedicina. Eso blinda la confidencialidad y la seguridad del canal.



 **Revista Hospitalaria®**
www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano

¡Paute con
Nosotros! »»»

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



“Esta ha sido una oportunidad para ver que las dos modalidades son complementarias. Lo uno no es exclusivo ni excluyente del otro.”

Carlos Arturo Montaña Olmos

Subdirector Docente Asistencial Clínica Monserrat

El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Monserrat, es una entidad con más de 68 años de trabajo, especializada en la atención integral, promoción, desarrollo e investigación en el campo de la salud mental y sus disciplinas afines, a la que la pandemia la obligó a incluir en su modelo de atención la prestación de servicios a través de algunos de los componentes de la telesalud y que, a pesar de la especificidad del servicio por lo que implica su especialidad, han logrado adaptar la virtualidad a la atención. Hospitalaria dialogó con el Dr. Carlos Arturo Montaña, Subdirector Docente Asistencial, quien nos contó cómo han logrado mantener los tratamientos a sus pacientes y adaptar la entidad al reto de la telemedicina.

¿La Clínica Monserrat, antes de la pandemia por COVID-19, prestaba alguno de sus servicios bajo la modalidad de telesalud?

No. Teníamos toda la consulta y clínicas día modalidad presencial. El primer servicio en el que empezamos a utilizar estas herramientas de telesalud fue en hospitalización: siguiendo nuestras líneas de humanización, como medida de prevención desmontamos las visitas presenciales y, para garantizar que los pacientes mantuvieran contacto con su familia, como parte del tratamiento implementamos las visitas

por videollamada. Fuimos pioneros en tener una sala virtual en donde los pacientes podían, a través de diferentes plataformas, recibir visitas una o dos veces al día con su familia. Esto supervisado por el personal de enfermería, que garantiza la bioseguridad y el acompañamiento en las visitas, porque en esta especialidad muchas veces las visitas implican una movilización de emociones para los pacientes. Así empezamos a implementar las modalidades virtuales en un servicio especializado en Salud Mental.

¿Ustedes cómo adaptaron un servicio tan especializado, como la salud mental, para prestarlo en las opciones de telesalud?

Antes de la declaración del aislamiento obligatorio por parte del Gobierno nacional, como institución habíamos iniciado un proceso de preparación para virtualizar la mayor cantidad de servicios posibles. Los primeros fueron los ambulatorios, clínica día y consulta externa. Entonces, toda la consulta de psicoterapia, de psiquiatría y de psicología de terapia de familia la empezamos a realizar de manera virtual.

Inicialmente tuvimos una limitante con los medicamentos porque en esta especialidad algunos son



Cortesía Clínica Monserrat

Carlos Arturo Montaña Olmos
Subdirector Docente Asistencial
Clínica Monserrat



controlados y eso genera una mayor dificultad en los trámites de entrega, que requerían de una fórmula en físico, con sellos y firmas, y eso implicaba un proceso de adaptación. Las clínicas virtuales también tuvieron una dificultad de implementación porque una de ellas está dirigida a población de psicogeriatría que en su gran mayoría padece trastornos neurocognitivos. Esto implicó que personas que no estaban familiarizadas con el manejo de los sistemas y que adicionalmente tiene algún grado de compromiso cognitivo requirieran de la ayuda de alguien cercano para pasar a la modalidad virtual.

La implementación al final fue exitosa, facilitó la integración del adulto mayor con su familia, lo cual no era frecuente en la modalidad presencial y hasta logramos hacer eventos, como el aniversario de psicogeriatría y la feria virtual de clínica día.

¿Qué implicó para la institución esa transformación?

Fue un reto logístico, administrativo y asistencial. Tuvi- mos que aumentar nuestra infraestructura tecnológica respecto a computadores, *tablets*, puntos de internet y seguridad informática para poder prestar el servicio de manera segura, continua y sin errores de transmisión. Además, tuvimos que capacitar al personal en el uso de elementos de tecnología para que pudieran enseñar también a los pacientes. Por ejemplo, la terapeuta ocupacional tenía que capacitar a los familiares y los pacientes del grupo de psicogeriatría para poder hacer las actividades ocupacionales. En el tema de consulta externa psicoterapéutica tuvimos que pasar de un encuadre presencial a uno virtual y en lo administrativo también migramos procesos, como la facturación de la consulta a lo virtual.

No fue fácil. En marzo tuvimos una baja considerable en la ocupación de los servicios ambulatorios. Adicional- mente, tuvimos que hacer un proceso de negociación con las aseguradoras para que fueran válidos todos los servicios de salud que estábamos prestando en la modalidad virtual. Cuando ya estaba todo más organizado, iniciamos con la psico-educación, que es uno de nues- tros grandes compromisos como institución porque

responde a las necesidades de nuestros usua- rios tanto en los servicios hospitalarios como ambulatorios. Entonces trasladamos esa ca- pacitación a lo virtual a través de los canales con que contaba la institución: YouTube y Fa- cebook. En un primer momento abordamos temas específicos de la pandemia como, por ejemplo, el manejo del niño con trastorno de conducta o crisis de atención en épocas de pandemia, pacientes con demencia en épocas de pandemia, control del sueño, hábitos y adaptación a este nuevo estilo de vida, entre otros. Los horarios y canales se definieron con encuestas a los usuarios.

¿Cómo respondieron los pacientes a esta nueva modalidad de atención para ellos?

En la consulta externa se dieron más dificulta- des. Incluso hubo suspensión de tratamientos por parte de algunos pacientes, pero en las clíni- cas día tuvimos una buena acogida que permiti- ó la continuidad de los tratamientos, especial- mente de psicogeriatría, que se ha fortalecido. La clínica de niños y adolescentes creció en épocas de pandemia, la adherencia de los pacientes es alta y las reuniones de adicciones, que también son de seguimiento, han venido creciendo, e in- cluso tenemos más usuarios que los que partici- paban en la modalidad presencial.

¿Y cuál ha sido la respuesta de los médi- cos psiquiatras al cambio de modalidad de atención?

Al inicio hubo dificultades y resistencia en algunos. A los especialistas que definitiva- mente no les gustaba la consulta a través de esta modalidad los pasamos, por ejemplo, al área de hospitalización; dentro de nues- tro *staff* movimos a las personas de acuerdo con cómo se sintieran más tranquilos para brindar la atención. Algunos se fueron hacia la docencia, otros a capacitación y quienes se sentían con mayor tranquilidad hacían las

consultas a pacientes con sospecha de COVID-19.

¿Qué limitantes han identificado en la prestación de servicios de salud mental a través de la telesalud?

Hay algunos aspectos específicos de la prestación del servicio de la especialidad propiamente que genera algunas dificultades para los pacientes. Al inicio la mayor barrera fue el acceso a los medicamentos controlados, que se fue solucionando con el paso del tiempo. Otras limitantes son las redes que usan los pacientes porque en algunas oportunidades no tienen acceso a una videollamada, o se les dificulta el acceso a las plataformas. Además, a algunos pacientes no se le facilita poderse conectar de forma íntima para las psicoterapias porque en el mismo espacio están los hijos y la pareja, y es por eso por lo que algunos prefieren suspender los tratamientos.

¿La telemedicina en el caso de la psiquiatría para qué casos sirve y para qué casos no? ¿Cuál es su alcance?

Esta ha sido una oportunidad para ver que las dos modalidades son complementarias. Lo uno no es exclusivo ni excluyente del otro. En una especialidad como la psiquiatría, la relación humana es indispensable en los tratamientos y esto implica el contacto, y no estamos hablando de tocar sino del sentir a la otra persona, y por tanto se requiere la presencialidad. Nosotros hemos desarrollado una modalidad alterna de clínica día, en la que el paciente acude tres días presenciales y dos días virtuales, con

Hemos desarrollado una modalidad alterna de clínica día, en la que el paciente acude tres días presenciales y dos días virtuales, con buenos resultados.

buenos resultados. Con la consulta externa ya empezamos también a atender presencialidad, sobre todo en niños y adolescentes, porque, por ejemplo, para psiquiatría infantil es muy importante el contacto con el paciente, el acompañarlo mientras realiza alguna actividad para el diagnóstico. Entonces no se puede abandonar la presencialidad, pero sabemos que la virtualidad también nos permite un alcance mayor para personas que tienen limitantes para poder desplazarse hasta la entidad porque están en otra ciudad o porque querían ir a la terapia y su horario laboral no les permitía.

Con base en la experiencia de la clínica Monserrat, ¿en qué debe trabajar el país para mejorar la atención por telesalud?

Aún con todos los avances y lo que se aceleró en la pandemia, seguimos teniendo problemas de conectividad. En eso se debe avanzar. También en regulación de los aspectos administrativos virtuales, que la aseguradora pueda hacer una autorización tanto de lo virtual como de lo presencial, que la dispensación de los medicamentos sea de registro único para que el paciente no tenga barreras para acceder, y en la cultura y educación sobre las opciones de atención en modalidad virtual.

“Mejorar la tecnología y la conectividad de las zonas rurales. Eso muestra la ruta por donde el país debe avanzar”.

Rafael Alberto Olarte Ardila

Coordinador COVID, Hospital Erasmo Meoz



Archivo personal

Rafael Alberto Olarte Ardila
Coordinador COVID, Hospital Erasmo Meoz

La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz es una de las entidades hospitalarias más importantes de Cúcuta y Norte de Santander, que presta servicios de alta complejidad y que, por su ubicación de frontera en los últimos años, además, ha sido el centro de atención de miles de migrantes. Su experiencia con la prestación de servicios en la modalidad de telesalud se ha dado desde hace varios años como entidad remitora. Sin embargo, al igual que muchas entidades del país, tras la pandemia han empezado el proceso para habilitarse como centro de referencia. Dialogamos con el Dr. Rafael Alberto Olarte Ardila, Coordinador COVID del hospital, quien nos contó las resistencias y barreras que han tenido que vencer para prestar servicios en esta modalidad y las perspectivas que tienen para llegar a zonas alejadas de su región a través de los componentes de la telesalud que permite la norma.

¿Cómo ha sido la experiencia del Hospital Erasmo Meoz en la implementación del servicio de telemedicina como institución remitora?

El hospital inició este proceso hace cerca de cinco años y ha sido una

experiencia compleja porque el número de pacientes que utilizan este servicio es muy bajo. Al año no se superan las 100 consultas. Esto es muy poco. Tenemos entrenados a dos médicos generales que son los que están en modo sincrónico o asincrónico de intermediarios en la teleconsulta con algunas instituciones de Bogotá. El hospital tradicionalmente ha ofrecido un portafolio con un gran número de especialistas que vienen de otras ciudades y hacen consulta presencial porque para los pacientes es más cómodo y la prefieren. Durante la pandemia hemos empezado a reportar y habilitar de manera transitoria algunos servicios como institución de referencia.

¿A qué cree usted que se debe la baja utilización de la telesalud en su institución?

Primero, porque nosotros tenemos un gran número de pacientes que son de régimen subsidiado, muchos de ellos de zonas rurales de Norte de Santander, parte de Arauca y de la Guajira, y estos pacientes generalmente no están de acuerdo con el uso de tecnología para la consulta; prefieren la presencial. Otra limitante es que las consultas en esta modalidad no son contratadas por la EPS.

En nuestro caso solo tenemos una que acepta y paga la consulta así. En las demás tenemos contratos por evento y en esos casos el trámite administrativo exige que la consulta sea presencial.

Ahora, con la pandemia, algunas EAPB en la región han empezado a ofrecer los servicios de teleorientación y teleapoyo, pero a través de su propia red. Las personas del régimen subsidiado que son de área rural, que tienen patologías de alto costo o que están en especialidades, han asistido al control de manera presencial por el sistema convencional.

Otro factor que hemos identificado es que no todos los especialistas están de acuerdo con el uso de telemedicina y tenemos que trabajar en eso y educar a los pacientes para que tengan conocimiento de que el servicio existe y pueden recibir la atención con esta modalidad.

¿Qué pasó con la pandemia? ¿El servicio se potencializó?

No esperábamos que la restricción de movilidad tuviera un efecto tan grande en la ocupación del hospital. Entre abril y mayo el porcentaje ocupacional estuvo por debajo del 50%. Solo hasta finales de agosto se fue normalizando. En la consulta externa por especialidades, que se venía haciendo por evento en la institución, también tuvimos una baja considerable. Entonces lo que hicimos fue fortalecer la atención de los planes de madre canguro, el control prenatal y la pediatría a través de teleorientación y teleapoyo. Un equipo de siete profesionales trabajó ayudando a los niños prematuros en psicoterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y nutrición, y lograron organizar el programa de manera que las mamás solo tuvieran que asistir una sola vez al mes.



La consulta externa estuvo restringida durante el momento más difícil y no se apoyó en la telemedicina. En estos momentos, que estamos experimentando un aumento de casos, vemos la necesidad de que estos recursos se usen con mayor frecuencia, pero hay poca afinidad por parte de los especialistas y a los pacientes no les gusta y prefieren la consulta presencial. Por ello, en nuestro caso, se trabajó más en la implementación de protocolos de bioseguridad, en las rutas de atención, para seguir prestando la atención de manera presencial.

Usted mencionó que están buscando habilitarse como centro de referencia. ¿Cómo lo proyectan hacer?

Ya iniciamos la revisión de las exigencias de habilitación. Queremos aprovechar la experiencia, la infraestructura que hemos adecuado y los equipos que tenemos como remitores. Hicimos una medición del riesgo, identificando cuáles son las especialidades que más se están atendiendo en consulta externa y cuál es la mejor manera de manejarlos administrativamente. Por ahora estamos en el proceso de habilitación transitorio, pero somos conscientes que nos falta todavía para lograr la habilitación regular. Mientras tanto, estamos empezando a trabajar en otro gran reto, que es romper la resistencia de algunos especialistas a prestar el servicio bajo la modalidad de telesalud y educar a los pacientes sobre el servicio.

Se debe impulsar en el subsidiado en zonas alejadas y hacer conexión con las zonas rurales, dando soporte con especialistas a los médicos de los puestos de salud para evitarles a los pacientes grandes desplazamientos

Como entidades remisoras, ¿qué dificultades le han visto al modelo y qué se debe mejorar?

En nuestra experiencia, el bajo número de consultas por esta modalidad en estos últimos 5 años, que, comparando con la consulta presencial, realmente es muy inferior. Al usarse muy poco, se fue dejando de lado. Lo que vemos es que ahora hay instituciones dedicadas exclusivamente a teleapoyo y teleorientación en el régimen contributivo y, por tanto, vemos que se debe impulsar en el subsidiado en zonas alejadas y hacer conexión con las zonas rurales, dando soporte con especialistas a los médicos de los puestos de salud para evitarles a los pacientes grandes desplazamientos a la ciudad solo

por una cita. Esa es una oportunidad tanto para nosotros como institución como para el país.

Respecto a la conectividad, como remitores no hemos tenido dificultades porque nos conectamos entre ciudades, pero como referente para llevar los servicios a zonas rurales más apartadas hay mucho trabajo por hacer para lograr una comunicación y transmisión de datos correcta. De hecho, como país, en el 2019 la Misión Internacional de Sabios entre las recomendaciones que hizo fue mejorar la tecnología y la conectividad de las zonas rurales. Eso muestra la ruta por donde el país debe avanzar.

Si nosotros pudiéramos llegar a la zona rurales, hacer una medición de riesgo adecuada y trabajar con equipos interinstitucionales de salud en identificación de pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades de alto costo, y los mantenemos bajo monitoreo permanente, los resultados en salud pueden mejorar considerablemente.



Crónicas - crónicas



“Es necesaria una regulación estricta de las EPS, pero es muy difícil. Cuando asesoramos al gobierno colombiano, ya la Ley había incluido a las EPS privadas, y no podíamos hacer mucho, pero en otras partes, como en Polonia, hemos recomendado que no se creen. Se vuelve políticamente muy poderosas y consiguen frenar los esfuerzos para regularlas. Por eso es necesario regularlas antes de que se vuelvan tan poderosas”

Willian Hsiao, Profesor Universidad de Harvard, en entrevista con la Revista Semana, “Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano” publicada el 7 de junio de 2009

La opinión de los usuarios sobre la atención por telesalud y telemedicina

Aunque algunos usuarios ya venían recibiendo eventualmente servicios a través de los diversos componentes de atención de la telesalud, esta modalidad de

atención aún no los convence del todo. Reconocen que la pandemia por COVID-19 los llevó a aceptar el uso de las tecnologías para acceder a los servicios de salud y no frenar sus tratamientos. Sin embargo, la forma como se ha implementado no los ha dejado satisfechos.

“La telemedicina puede ser un apoyo importante para el seguimiento de los pacientes, pero no va a suplir la consulta presencial”

Francisco Castellanos

Director de Organización Defensa del Paciente

¿Qué opinión tienen ustedes como pacientes sobre la atención en salud bajo la modalidad de telesalud?

Sin duda, el uso de la telemedicina y de las tecnologías se ha ido incrementando y ha sido fundamental durante la pandemia. Sin embargo, en algunos casos hay dificultades, especialmente en los territorios alejados donde los usuarios o la región no cuentan con la infraestructura tecnológica, no hay cobertura de telefonía celular y menos internet o la pobreza no permite que las personas tengan un dispositivo a través del cual puedan conectarse para recibir la atención.

En las ciudades principales ha sido exitosa la experiencia. Vemos con entusiasmo que se aumenta y se multiplica el uso de la tecnología, pero también que no siempre y no en todos los casos es idónea esta modalidad de atención. A nuestro juicio sirve

para hacer seguimientos y controles a pacientes que ya habían sido diagnosticados y venían en tratamientos de diversas condiciones de salud. Es una herramienta útil porque el médico conoce al paciente. Sin embargo, cuando se va a diagnosticar a alguien es muy difícil que, a través de la telemedicina, se pueda hacer un diagnóstico asertivo.

¿Por qué cree que aún hay resistencia por parte de algunos pacientes para ser atendidos por esta modalidad?

Básicamente, porque los pacientes están acostumbrados a que los médicos los examinen físicamente, les puedan poner el fonendoscopio y hacer una revisión física, lo que no es posible a través de una teleconsulta o una videollamada porque no va a suplir nunca la consulta presencial de una manera satisfactoria.



Archivo personal

Francisco Castellanos
Director de Organización Defensa del Paciente

Un gran reto es garantizar la calidad del servicio, la oportunidad y la estructura tecnológica para que las personas puedan acceder y se les brinde además conocimiento para usar la tecnología.

¿A ustedes como usuarios les da confianza la teleexpertise en la que un profesional apoya a otro desde la distancia?

Cuando se hacen interconsultas a través de estos medios tecnológicos, hay confianza porque está un profesional con el paciente y el que está de manera remota puede indicar y asesorar cómo avanzar. Cuando dos profesionales que son pares brindan la consulta es una herramienta eficaz y es muy buena. Se genera desconfianza cuando no hay un profesional de manera presencial que examine al paciente al momento de hacer un diagnóstico.

¿Con el tema de la pandemia se incrementó el uso de esta modalidad de atención? ¿Cuál es la mayor dificultad que ven ustedes para que se entregue una atención satisfactoria?

Todavía en Colombia y otros países de la región existe desconocimiento del uso de las tecnologías. Muchos pacientes y sus familias, especialmente las personas mayores, pueden tener la conectividad instalada, pero no saben usar el computador o un teléfono inteligente y esto genera dificultades a la hora de tener algunas citas de telemedicina. Esta es una de las razones por las que los pacientes han preferido cancelar muchas citas.

De otro lado, en algunas solicitudes de apoyo que recibimos, refieren los pacientes que a través de las tecnologías tienen barreras. Incluso algunos señalan que la misma tecnología es una barrera a la hora del acceso porque en muchas ocasiones no se conecta a tiempo el profesional, o quien los atiende no es el médico de la cita sino

otra persona que seguramente es un residente o una enfermera y eso genera desconfianza.

Al comienzo, algunas entidades no habían desarrollado con suficiencia la infraestructura tecnológica para atender todo el volumen de casos y se dieron muchas barreras administrativas que han ido superando poco a poco, pero aún falta.

¿Qué oportunidades y cuál es el reto que tiene el país para poder ofrecer los servicios de salud en esta modalidad?

Los retos son varios. El Estado debe invertir mucho más en infraestructura tecnológica, en redes de comunicaciones y todo lo que atañe a la telemedicina. Antes era algo incipiente, pero la pandemia ha generado un crecimiento exponencial de la telemedicina y nos preocupa que ese incremento tan vertiginoso no necesariamente esté ligado a la calidad. Es por ello por lo que un gran reto es garantizar la calidad del servicio, la oportunidad y la estructura tecnológica para que las personas puedan acceder y se les brinde además conocimiento para usar la tecnología.

¿Cuáles son los servicios que a su juicio definitivamente será imposible prestarlos por alguna modalidad de telesalud?

En el diagnóstico, porque determinar una enfermedad a través del teléfono es muy difícil ya que muchos padecimientos comparten la sintomatología o tienen síntomas muy similares, por ejemplo, un lupus con una esclerosis. Con telemedicina tampoco se pueden practicar exámenes de apoyo diagnóstico y esto siempre tendrá que ser presencial. Y todos los servicios que tienen que ver con cirugías, con procedimientos quirúrgicos o terapéuticos. La telemedicina puede ser un apoyo importante para el seguimiento de los pacientes, pero también sabemos que no va a suplir la consulta presencial.

“En algunos casos, la telemedicina se está limitando a una llamada, deshumanizando la atención”

Néstor Álvarez

Vocero Organización Pacientes Alto Costo

El vocero de los Pacientes de Alto Costo, Néstor Álvarez, identifica como desventajas de la atención bajo esta modalidad el tiempo reducido de la consulta y que muchos controles se limiten a una llamada telefónica en la que no le ven la cara al médico, deshumanizando el servicio. Además, cuestiona la calidad de la atención bajo esta modalidad porque no hay examen físico que identifique claramente el diagnóstico de los pacientes o que permita hacer un seguimiento a los pacientes crónicos.

Desde lo administrativo, el vocero de la Organización Paciente de Alto Costo considera que se aumentaron las barreras porque se han presentado dificultades para la lectura de exámenes, no siempre envían las fórmulas y documentos de la consulta al correo electrónico del paciente y, cuando lo hacen, les toca salir para reclamar los medicamentos porque no se los entregan en el domicilio, contradiciendo el objetivo de no salir de casa para evitar riesgos. Adicionalmente, se han identificado casos en los que la teleconsulta no queda registrada en la historia clínica y la mala calidad de las redes de comunicación celular no permite siempre la atención, y se argumenta que llamaron al paciente y no contestó.

Néstor Álvarez identifica como ventajas de esta modalidad de atención,

si se presta de acuerdo a lo planteado por la norma, el permitir el acceso a especialistas de pacientes ubicados en ciudades pequeñas y zonas rurales, cuando no amerita la presencia física: “Puede servir como un filtro de urgencias para que solo se remita a IPS de urgencias lo que verdaderamente se necesita y para la reformulación de algunas patologías crónicas como VIH, trasplantados y artritis, de manera que el paciente no tenga que ir todos los meses por la fórmula, garantizando la entrega oportuna de los medicamentos”, puntualiza.

Respecto a las oportunidades que tiene el país para impulsar este modelo de atención, Álvarez es enfático: afirma que, teniendo claro que la telemedicina no puede reemplazar toda la atención presencial para todos los servicios que se presten, se debe trabajar en garantizar la implementación de una telemedicina con alto nivel de calidad, identificar claramente el tipo de atención que se puede prestar; educar a los ciudadanos sobre cómo hacer mejor uso de este servicio, establecer como tiempo mínimo de atención 25 minutos, que no se confunda la teleorientación con la consulta médica y desarrollar un verdadero sistema único de información en salud para que se use toda la historia clínica del paciente en la atención por este canal.



▼
Néstor Álvarez
Vocero Organización Pacientes
Alto Costo

Glosario de la telesalud y la telemedicina con base en la Resolución 2654 de 2019

Telesalud: Conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud.

Actividades de telesalud: Se consideran parte de la telesalud y no se habilitan. Forman parte de ellas la teleorientación en salud y el teleapoyo.

Teleorientación en salud: Es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

Teleapoyo: Soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo la conducta que determina para el usuario.

Telemedicina: Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Telemedicina interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de videollamada

en tiempo real, entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.

Telemedicina no interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata.

Telexperticia: Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:

- Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro atiende a distancia. El profesional que atiende presencialmente al usuario es responsable del tratamiento y de las decisiones y recomendaciones entregadas al paciente y el que atiende a distancia es responsable de la calidad de la opinión que entrega y debe especificar las condiciones en las que se da dicha opinión, lo cual debe consignarse en la historia clínica.
- Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia. El profesional que atiende a distancia será el responsable del tratamiento y de las recomendaciones que reciba el paciente, y el personal de salud no profesional que atiende presencialmente al usuario será el responsable de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia.
- Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.



Telemonitoreo: Es la relación entre el personal de la salud de un prestador de servicios de salud y un usuario en cualquier lugar donde este se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y trasmite a distancia datos clínicos, para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica o proporcione una respuesta relacionada con tales datos. El telemonitoreo podrá realizarse con método de comunicación sincrónico o asincrónico.

Prestador remitente de telemedicina: Es el prestador de servicios de salud, con limitaciones de acceso o de capacidad resolutoria, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad).

Prestador de referencia de telemedicina: Es el prestador de servicios de salud que cuenta con el talento humano en salud capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario o uno o más prestadores remitentes en condiciones de oportunidad y seguridad.

Método de comunicación asincrónico: Los textos, imágenes y datos son transmitidos sin necesidad de que la persona que emite y quien recibe estén presentes en tiempo real.

Método de comunicación sincrónico: Tanto el que emite la comunicación como el que la recibe se encuentran presentes en sus equipos de cómputo o de procesamiento de datos en el mismo momento de la emisión de la información. Es una transmisión en vivo y en directo, en línea y en tiempo real.

Infraestructura tecnológica: Todos los elementos de tecnologías de información (TI) que soportan

la operación de la institución, entre los que se encuentran la plataforma hardware, la plataforma de comunicaciones y el software especializado (sistema operacional, software de comunicaciones, software de integración y manejadores de bases de datos, entre otros).

Tecnologías de información y comunicación: Conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios, que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como voz, datos, texto, video e imágenes.

Proveedor tecnológico: Persona jurídica que proporciona servicios relacionados con TIC (plataforma y servicios tecnológicos) y son responsables del aprovisionamiento, habilitación, configuración, mantenimiento, operación, soporte a usuarios y acompañamiento a entidades.

Recursos tecnológicos: Son un medio, bien o instrumento que se vale de la tecnología para cumplir con un propósito.

Plataformas tecnológicas para la telesalud: Se consideran plataformas tecnológicas para la telesalud, entre otras, los aplicativos web, aplicaciones web, aplicaciones informáticas, sistemas web, aplicaciones móviles, videollamadas, redes sociales, servicios de mensajería electrónica como correo electrónico, Servicio de Mensajes Cortos (SMS) y Servicio de Mensajería Multimedia (MMS).

Mensaje de datos: Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como pudieran ser, entre otros, el Intercambio Electrónico de Datos (EDI, por sus siglas en inglés), internet, el correo electrónico, el telegrama, el télex o el telefax.

Red social. Espacios o estructuras en internet que permiten a las personas interactuar con una o más personas o instituciones a la vez, aun cuando estas se encuentren a una larga distancia, estableciendo relaciones entre grupos o comunidades con intereses comunes. ■

44.º Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2020

Dirigido por:

Juan Carlos Giraldo Valencia¹

Director de la ACHC

Elaborado por:

Juan Guillermo Cuadros Ruiz²

Miembro del Grupo de

Investigación y Proyectos de la ACHC

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) presenta su tradicional estudio de cartera hospitalaria, correspondiente a la situación de cuentas por cobrar de 218 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)³ con corte a junio 30 de 2020. Es el

número más alto de prestadores reportantes en los 22 años ininterrumpidos en los que se ha elaborado el estudio.

Por sexta vez consecutiva, se realiza el análisis respectivo bajo la nueva metodología contable en el marco de la implementación, a partir del 1 de enero del año 2017, de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)⁴. En esta metodología se deben incluir los *deterioros de cartera morosa por edades*, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad.

El presente cambio se dio con la adopción por parte del sector prestador de la Circular Externa N.º 016 de noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003: Cuentas por cobrar-deudores), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N.º 047 de 2007 y que manejaba la metodología contable tradicional bajo COLGAAP⁵. Esta circunstancia de pasar de COLGAAP a NIIF implica muchos cambios. Entre ellos, cabe mencionar el relacionado con las provisiones. Antes se debían realizar *provisiones* tanto para los activos como pasivos de la empresa, específicamente la *provisión de cartera*⁶,

¹ Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, Diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales por la CEPAL, Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP, Magíster en administración de salud de la Universidad Javeriana y Máster en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.

² Administrador de Empresas y MBA de la Universidad Nacional de Colombia.

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

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

⁵ *Generally Accepted Accounting Principles* (GAAP). Su traducción es Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados y son de uso general en el mundo. Los US GAAP son los principios de contabilidad generalmente aceptados en Estados Unidos, mientras que los COLGAAP son los principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia. Tomado de: <https://ajustecontable.wordpress.com/2012/08/17/significado-de-algunas-siglas-de-normas-internacionales/>

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

definida como “el valor que la empresa, según análisis del comportamiento de su cartera, considera que no es posible recuperar (por incumplimiento de pago del deudor)”. Ahora, bajo las NIIF, las provisiones constituyen pasivos y a los activos se les debe dar el tratamiento de *deterioro del valor* (entre los que se encuentran las *cuentas por cobrar* que hacen parte del *activo corriente*). Es por este motivo que las provisiones deben ser deterioradas, presentando un efecto negativo en el monto total de la cartera absoluta por edades.

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

En esta oportunidad, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades) para el conjunto de las 218 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de **diez billones quinientos treinta y cinco mil millones de pesos (\$ 10,5 billones)**, variación negativa del 5,6% con respecto a la deuda reportada en el semestre a diciembre de 2019.

Se evidencia una reducción con respecto al crecimiento de la cartera tanto absoluta y relativa frente a los semestres anteriores, pero esto es debido a la caída en la facturación⁷ y los ingresos de las IPS durante el primer semestre del año 2020, motivado por la pandemia mundial de COVID-19⁸ y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno nacional del aislamiento preventivo obligatorio⁹ y el estado

de emergencia, económico, social y ecológico¹⁰, en donde la mayoría de los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria.

Si se tuviese en cuenta la inclusión del *deterioro de cartera morosa por edades*, el valor de cuentas por cobrar a junio 30 de 2020 para los 218 hospitales y clínicas reportantes sería de \$ 8,4 billones de pesos aproximados. A continuación, se presenta la composición de cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo y excluyendo el deterioro bajo NIIF):

Cuadro 1. Composición de cartera por edad (ambos escenarios)

A junio 30 de 2020

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y porcentaje de participación)

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	% de cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	3.215.027.039	30,5%	64,1%
De 31 a 60 días	567.069.960	5,4%	
De 61 a 90 días	503.969.836	4,8%	
Más de 91 días	6.248.979.643	59,3%	
Total general	10.535.046.478	100,0%	6.752.949.479

INCLUYENDO EL DETERIORO BAJO METODOLOGÍA NIIF

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	% de cartera en mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	3.179.905.930	37,9%	55,6%
De 31 a 60 días	545.058.583	6,5%	
De 61 a 90 días	482.355.337	5,8%	
Más de 91 días	4.173.546.889	49,8%	
Total general	8.380.866.739	100,0%	4.655.902.226

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

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

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

⁹ Decreto 457 de 2020.

¹⁰ Decreto 417 de 2020.

Lo anterior indica que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus *cuentas por cobrar morosas* un valor por \$ 2,1 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 20,4% de la deuda total a junio de 2020 sin *deterioro* (\$ 10,5 billones). Es decir que, para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 218 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 35,9%
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 43,7%
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 20,4%
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0%

Ahora bien, como la normatividad según NIIF obliga a incluir el *deterioro*, las primeras desagregaciones del estudio serán presentadas bajo estos dos conceptos (CON Y SIN *DETERIORO*), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto SIN INCLUIR EL *DETERIORO*, puesto que obedece a cartera hospitalaria

AÚN PENDIENTE DE PAGO por parte de la entidad responsable.

Siguiendo este criterio (ver Cuadro 1 - Sin incluir el *deterioro*), la deuda total a junio de 2020 es inferior en **\$ 623 mil millones** frente a la reportada a diciembre de 2019, lo que indica una variación negativa del 5,6% en el transcurso de un semestre, explicada, como ya se indicó, por la pandemia mundial de COVID-19, por la que la mayoría de los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria, presentando como consecuencia una caída en la facturación y los ingresos de las IPS durante el primer semestre del año 2020.

Según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo (45,1%), seguida por las EPS-S del régimen subsidiado (24,3%) y en tercer lugar el Estado (13,1%). En esta última categoría se incluye la deuda a la salud por parte de las Entidades Territoriales, de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)¹¹ y la deuda del extinto operador fiduciario del FOSYGA. Estas tres categorías concentran el 82,4% de la deuda total registrada a junio de 2020.

Comparativamente y frente a los últimos dieciséis informes de cartera pasados (desde diciembre 2011 a junio de 2020), se mantiene la participación

¹¹ Mediante artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA, Fondo-Cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación definida de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" en el artículo 66 crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES por sus iniciales) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hará parte del SGSSS, estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. El artículo mencionado establece que una vez entre en operación la Entidad, se suprimirá el FOSYGA (Los Decretos 1429 y 1431 de 2016 contemplan su estructura y funcionamiento). La ADRES empezó operaciones el 1 de agosto de 2017. En: <https://www.adres.gov.co/Inicio/Acerca-de-la-entidad/-Qu%C3%A9-es-la-ADRES>

dentro de la deuda de los principales actores, en donde las EPS del Régimen “Contributivo” y del “Subsidiado” más la categoría “Estado” representan más del 80,0% del total de la deuda (\$ 8,7 billones de pesos aproximados sin *deterioro*).

Las otras categorías de deudores, donde se incluyen IPS, planes complementarios y medicina prepagada, aseguradoras, empresas, particulares, administradoras de riesgos laborales y el magisterio, suman el 14,5% del total de la deuda reportada, frente al 16,6% del semestre anterior, y el 3,1% restante es deuda de la categoría “Sin clasificar”.

2. METODOLOGÍA

Como ya se indicó, el análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria los registros de deuda depurados de 218 IPS agremiadas a la ACHC, a partir de la expedición de la Circular Externa N.º 016 de Noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003: Cuentas por cobrar-deudores), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N.º 047 de 2007 por efecto de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Es importante aclarar que, para los estudios anteriores al año 2017, se tuvieron en cuenta los formatos contemplados en la Circular Externa Única 047 de 2007 (archivo tipo de *cuentas por cobrar*) y la Circular Externa 049 de 2008, emanadas de la Supersalud. Dichos formatos se identificaban como archivo de deudores tipo 059 para las IPS de naturaleza privada y tipo 064 y 114 para las públicas. Igualmente, se tuvieron en cuenta las Resoluciones 4362 de 2011¹² y su respectivo ajuste con la Resolución 1121 de 2013¹³ por las

cuales se emite y se ajusta el nuevo Plan Único de Cuentas (PUC) para IPS de naturaleza privada, ambas resoluciones expedidas por la Supersalud. De igual forma se incluye la Resolución 421 de 2011¹⁴ de la Contaduría General de la Nación que tiene en cuenta estas mismas modificaciones del PUC para las IPS de naturaleza pública, denominado Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública. Se tuvo en cuenta, igualmente, el Decreto 1095 de 2013, por el cual se reglamentó el inciso 2 del Artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, donde se estipula el procedimiento de aplicación de los giros directos entre los agentes del sistema. Para el efecto se mantiene, como es tradicional, la clasificación de los once (11) tipos de deudores establecidos por la ACHC, los cuales se describen brevemente a continuación.

1. *Régimen contributivo*: Comprende el registro de la deuda de las EPS activas que administran dicho régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación.
2. *Estado*: Categoría bajo la cual se consolida la deuda de las entidades territoriales de salud (ETS), representadas en las secretarías departamentales y locales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos, en lo que se refiere a la atención de la población pobre no afiliada y la atención de servicios No POS¹⁵, más la deuda de las antiguas cajas de previsión social del orden territorial que no se transformaron en Entidades Adaptadas de Salud (EAS), del extinto operador fiduciario del FOSYGA¹⁶,

¹² Incluye nuevas cuentas como la 1307: “Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR)”, por concepto de giro directo.

¹³ Incluye nuevas cuentas como la 1306: “Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR)”, por concepto de giro directo.

¹⁴ Incluye nuevas cuentas como la 140981: “Giro directo por abono a cartera régimen subsidiado (CR)”, por el mismo concepto de la nota anterior.

¹⁵ De acuerdo con lo establecido en el Decreto 804 de 1998 y la Resolución 5334 de diciembre de 2008, que reglamenta lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008.

¹⁶ En muchos reportes se registra deuda de FOSGA, FISCALUD y FIDUFOSYGA, las primeras fiducias que operaron los recursos del FOSYGA. Hasta 2017, el consorcio que manejaba estos recursos era el operador SAYP, integrado por FIDUPREVISORA y FIDUCOLDEX. Estas entidades operaban desde del día 29 de septiembre de 2011 y fueron reemplazadas por la ADRES.

de la nueva entidad ADRES¹⁷ y de otras entidades del Estado¹⁸.

3. Régimen subsidiado: Comprende el registro de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS-S) que administran este régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación, ya sean EPS, cajas de compensación familiar, empresas solidarias, mutuales o indígenas. Igualmente, incluye la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que anteriormente se fusionaron y aún registran deuda.

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Deuda de parte de otras instituciones que se clasifican en IPS públicas y privadas en general, las que conforman Uniones Temporales y las capitadoras cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.

5. Aseguradoras por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y por cubrimiento de pólizas de salud y accidentes, y otras empresas que tienen registrado el nombre sin identificar el tipo de cubrimiento.

6. Entidades de medicina prepagada y planes complementarios.

7. Empresas: En aquellos casos que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares, o deudas de compañías o empresas propiamente dichas.

8. Particulares: Corresponde al registro de la deuda de personas naturales.

¹⁷ Artículo 27 del Decreto 1429 de 2016: "Transferencia de derechos y obligaciones: Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Todos los derechos y obligaciones a cargo del FOSYGA pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES, una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este celebrado".

¹⁸ Fuerzas militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y Policía Nacional, INPEC, SENA, ICBF, Fiscalía General de la Nación, Ministerios y demás entidades públicas que dependen de aportes del presupuesto general de la nación.

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

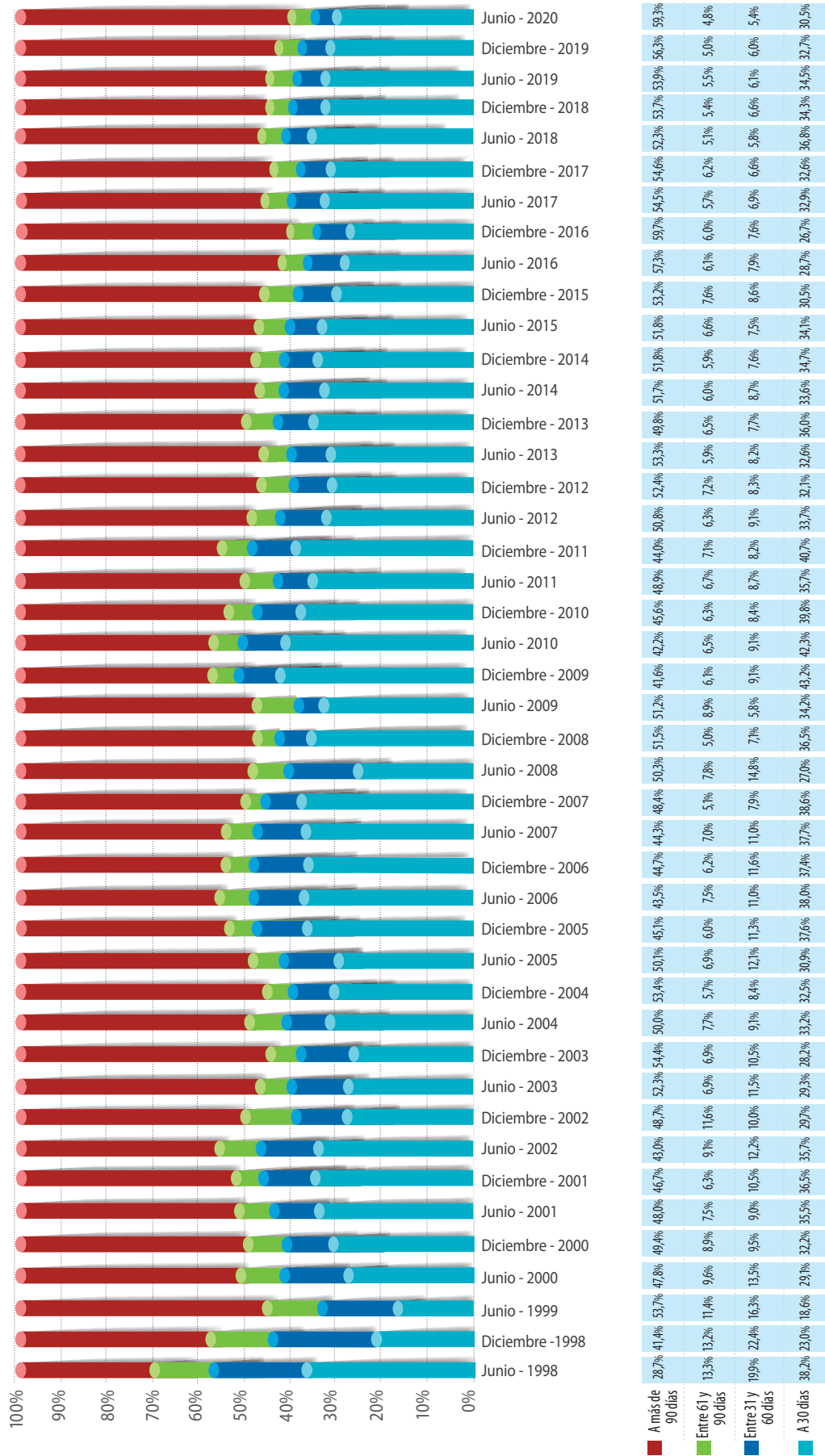
10. Administradoras de riesgos profesionales o laborales.

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

3. RESULTADOS

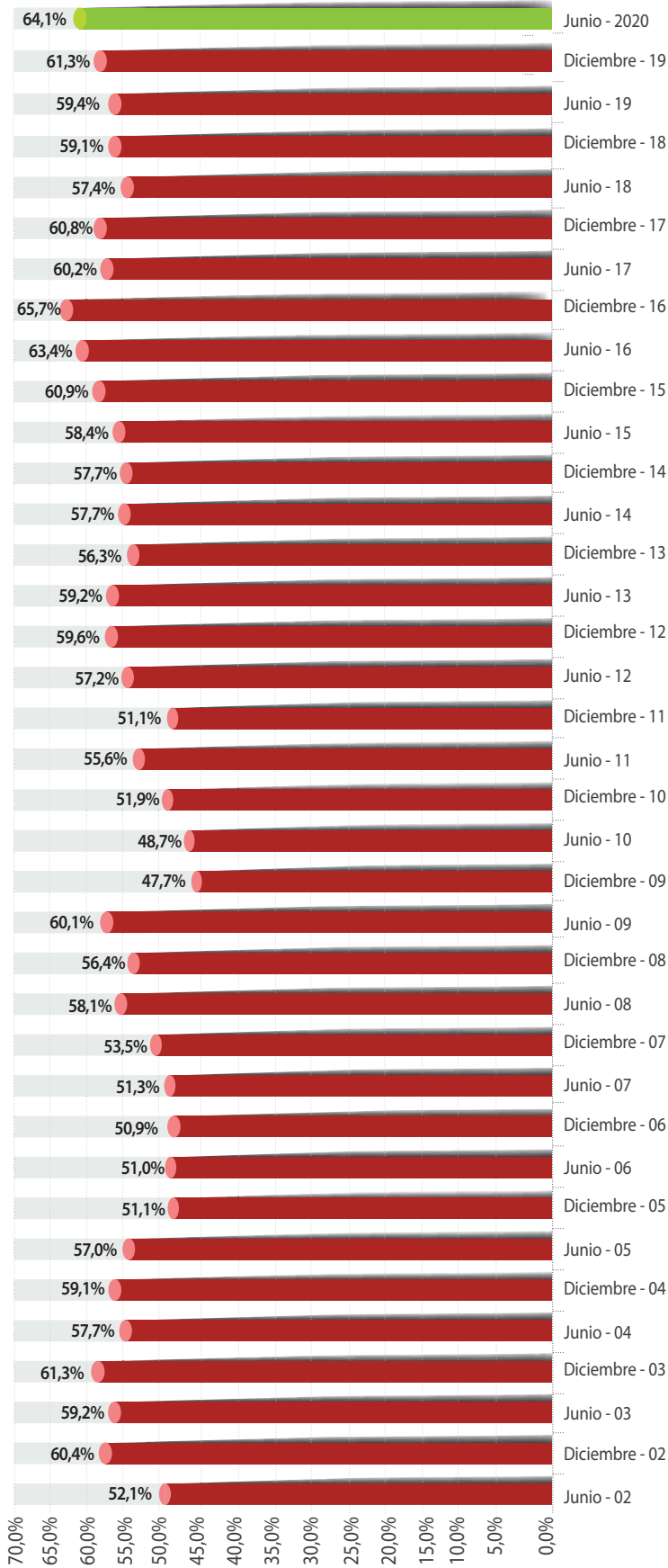
Observando la evolución de la cartera desde el año 1998 a la fecha (corte a junio de 2020), se puede evidenciar que las mayores concentraciones de cartera mayor a 90 días se presentaron en junio - diciembre de 2003, diciembre de 2004, junio - diciembre de 2016, diciembre de 2019 y junio de 2020. En este punto se presenta una concentración mayor en las cuentas por cobrar mayor a 90 días (59,3% comparado frente al 56,3% a diciembre de 2019). Por su parte, se evidencia una reducción de 2,2 puntos porcentuales en la concentración de cartera a 30 días más corriente con respecto a diciembre de 2019, ubicándose en el 30,5% explicada, como ya se indicó, por la pandemia mundial de COVID-19 y la consecuente caída en la facturación y los ingresos de las IPS durante el primer semestre del año 2020 (ver Gráfico 1). La franja intermedia de cuentas por cobrar de 31 a 60 días y 61 a 90 presenta igualmente una reducción, ubicándose en 10,2% frente al 11,0% del semestre anterior.

Gráfico 1. Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad. SIN INCLUIR EL DETERIORO.
(Cortes semestrales del período junio 1998 – junio 2020)



Fuente: ACHC. Informes semestrales de cartera.

Gráfico 2. Comportamiento histórico de la composición de cartera en mora (mayor a 60 días), SIN INCLUIR EL DETERIORO.
 (Cortes semestrales del período diciembre 1998 – junio 2020)



Fuente: ACHC. Informes semestrales de cartera.

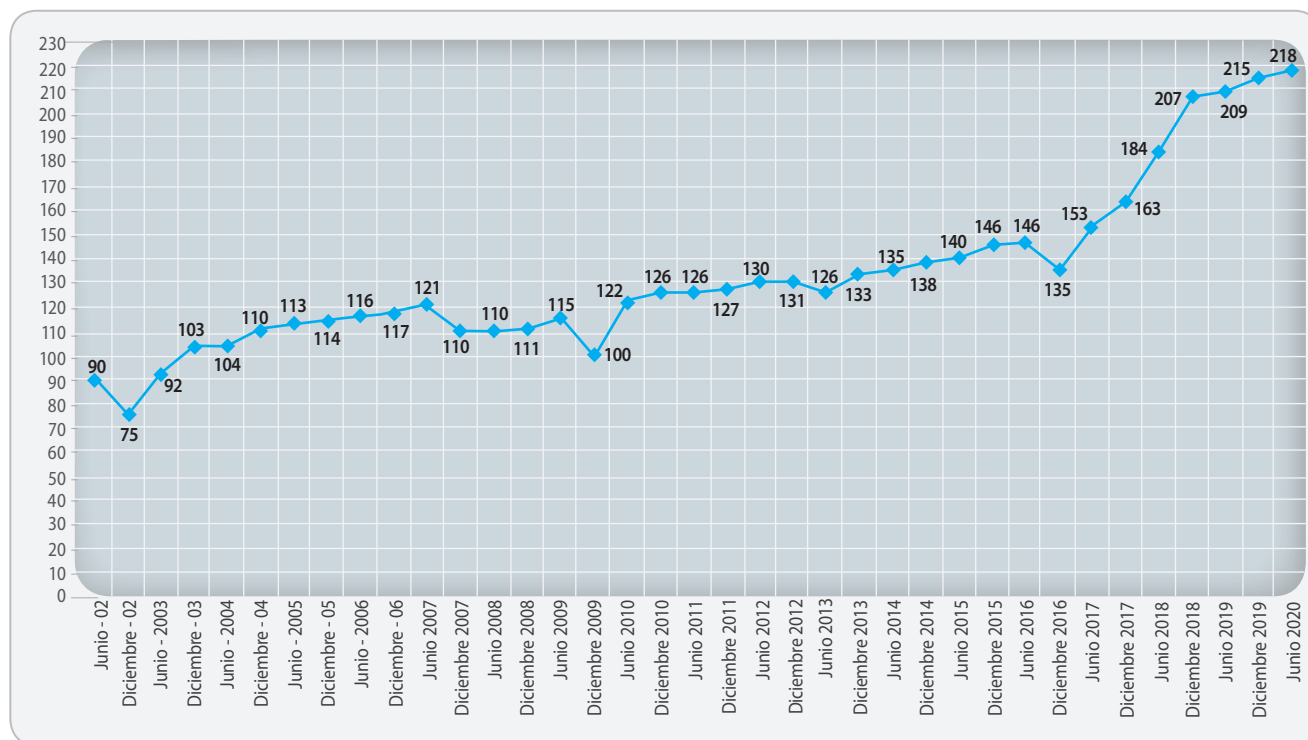
Por su parte, la cartera considerada en mora (mayor a 60 días) presenta un incremento durante junio de 2020 de 2,8 puntos porcentuales bajo la implementación de la metodología NIIF (64,1% vs 61,3% a diciembre de 2019), comparado con el semestre inmediatamente anterior (ver Gráfico 2).

3.1 Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 218 IPS que reportaron información en el actual corte, 108 son de naturaleza privada, 108 de naturaleza pública y 2 de carácter

mixto. A su vez, el 37,6% de las instituciones son de alta complejidad, el 22,9% de mediana y el 34,9% de baja (ver Cuadro 2).

Gráfico 3. Comportamiento histórico del número de IPS afiliadas reportantes
(Cortes semestrales del período diciembre 1998 – junio 2020)



Fuente: ACHC. Informes semestrales de cartera.

Cuadro 2. IPS que reportaron informe de cartera según naturaleza jurídica y complejidad de atención
A junio 30 de 2020

Naturaleza jurídica	Complejidad	Número	Part. (%) por N. J.	Complejidad	Número	Part. (%) por complejidad
PRIVADA	ALTA	71	32,6%	ALTA	82	37,6%
	MEDIANA	27	12,4%	MEDIANA	50	22,9%
	BAJA	10	4,6%	BAJA	86	39,4%
TOTAL PRIVADA		108	49,5%	Total general	218	100%
PÚBLICA	ALTA	9	4,1%			
	MEDIANA	23	10,6%			
	BAJA	76	34,9%			
TOTAL PÚBLICA		108	49,5%			
MIXTA	ALTA	2	0,9%			
Total general		218	100,0%			

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

3.2 Entidades deudoras

De acuerdo con la clasificación descrita en la metodología, el análisis de las entidades deudoras se realiza según tipo de deudor o negocio. Se inicia con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, entes territoriales y EPS-S del régimen subsidiado. Se incluye luego un análisis de las principales entidades deudoras, y finalmente el panorama actual de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, venta, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial o programa de recuperación, frente al cruce de su respectiva población afiliada a la fecha de corte de este informe, e incluyendo el cambio de movilidad¹⁹ (CM) entre regímenes (a junio 30 de 2020).

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

Los anteriores análisis se realizan con base en la **deuda absoluta mayor a 60 días a junio 30 de 2020 (cartera considerada en mora)** y frente a los resultados del informe de cartera del período inmediatamente anterior.

3.2.1 Cartera por tipo de deudor o negocio

La deuda considerada en mora (60 días y más)²⁰, se ubicó en el orden de los \$ 6,8 billones aproximados (Ver

Cuadro 1 - Sin incluir el *deterioro*), representando el 64,1% del total de la deuda, superior al 61,3% del corte anterior bajo la implementación de la metodología NIIF. Por su parte, el monto absoluto de cartera mayor a 60 días presentó una reducción de \$ 83.843 millones frente a diciembre de 2019. La deuda absoluta de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y los entes territoriales sigue estando representada en entidades como Nueva EPS, Medimás EPS, la vendida y luego intervenida para liquidar Cafesalud EPS, Coomeva EPS, Alianza Medellín Antioquia EPS S. A. S. (Savia Salud), el extinto operador fiduciario del FOSYGA, la ADRES S. A. S., las intervenidas para liquidar Saludvida EPS y Saludcoop EPS OC, luego Asmet Salud y finalmente EPS Sanitas.

Cabe resaltar como ya se indicó, que la concentración de cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2020, situada en 64,1%, se compone de un 20,4% de cartera de más difícil cobro o *deteriorada* según la terminología de la metodología NIIF.

Por tipo de deudor, las EPS del régimen contributivo mantienen la mayor participación en la deuda total (45,1%), siguiéndole en orden las EPS-S del régimen subsidiado (24,3%), el Estado (13,1%) y las demás previamente definidas y de naturaleza diversa (17,6%, incluyendo la categoría "Sin clasificar y otros conceptos", que representa una reducción en la participación frente a los informes anteriores de cartera).

¹⁹Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén, el cual tiene como objetivo establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS.

²⁰Según lo estipulado en el artículo 13, literal d) de la Ley 1122 de 2007, referente al flujo y protección de los recursos, por concepto de venta de servicios en salud por parte de las IPS.

Las EPS del régimen subsidiado disminuyeron su participación en 2,0 puntos porcentuales frente a diciembre de 2019 (24,3% frente al 26,3%). De otro lado, las EPS del régimen contributivo aumentaron su participación en 2,1 puntos porcentuales. Por su parte, la categoría “Estado” aumento también su participación (13,1% frente al 11,8% a diciembre de 2019).

La deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado disminuyó en \$ 421 mil millones de pesos con respecto a diciembre de 2019, pero, si le sumamos la categoría “Estado”, la diferencia es mayor en más de \$ 360 mil millones de pesos aproximados.

En relación con la diferencia absoluta y la concentración de cartera mayor a 60 días, comparada con la situación del semestre anterior, las EPS del régimen subsidiado aumentaron su participación en 0,6 puntos (aunque con una disminución de la deuda morosa en más de \$ 234 mil millones frente al periodo anterior). Por su parte, el régimen contributivo aumentó en 2,5 puntos porcentuales su participación (en este caso un valor adicional de más de \$ 93 mil millones).

La categoría “Estado” presentó de igual forma un incremento de 6,6 puntos porcentuales en la cartera de mayor a 60 días con un incremento del valor absoluto, pasando de \$ 958.781 millones a \$ 1.094 millones a junio de 2020, explicado especialmente por los aumentos en la concentración de la deuda mayor a 60 días de las subcategorías del desaparecido operador fiduciario del FOSYGA (concentración del 100,0%), los entes territoriales (concentración morosa del 82,3%) y la de la actual entidad administradora de los recursos del sistema de

salud ADRES (concentración morosa del 82,7% frente al 77,3% a diciembre de 2019 y un aumento de más de \$ 36 mil millones de deuda morosa sin incluir los deterioros entre un periodo y otro).

Todos los resultados mostrados de aquí en adelante, donde a primera vista se evidencian “posibles mejorías o disminuciones de cartera morosa”, cuando se observan los cuadros denominados —incluyendo el *deterioro* bajo metodología NIIF—, se explican como consecuencia de la inclusión de los *deterioros de cartera morosa* en 2017 debido al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de más difícil cobro”, según lo obligó la Circular N.o 016 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.



Xoma
Telemedicina

**Teleconsulta
Facturación Electrónica**

Dos temas vitales en el sector salud.
Xoma, la solución para los dos.

**Facturación
Electrónica**

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

Llámanos para agendar una presentación:
Daniel Hernández Báez Presidente +57 314 410 4360
Juan Fernando Bazzani Director Comercial +57 310 282 7050

Iris Soluciones 

Cuadro 3. Composición de cartera por tipo de deudor (ambos escenarios) A junio 30 de 2020

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y participación%)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2020	Dic 2019
1. REG. CONTRIBUTIVO	1.396.907.903	29,4%	266.282.894	5,6%	233.867.529	4,9%	2.849.561.984	60,0%	4.746.620.310	45,1%	42,9%
2. ESTADO	241.451.087	17,5%	39.927.234	2,9%	61.795.848	4,5%	1.032.807.921	75,1%	1.375.982.089	13,1%	11,8%
ADRES	29.765.336	13,7%	7.824.090	3,6%	7.517.928	3,5%	172.632.415	79,3%	217.739.768	2,1%	1,7%
ENTE TERRITORIAL	123.835.807	15,1%	20.856.031	2,5%	28.619.952	3,5%	644.636.370	78,8%	817.948.161	7,8%	7,3%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0%		0,0%		0,0%	113.755.656	100,0%	113.755.656	1,1%	1,1%
OTRAS	87.849.944	38,8%	11.247.112	5,0%	25.657.968	11,3%	101.783.480	44,9%	226.538.504	2,2%	1,7%
3. REG. SUBSIDIADO	656.177.808	25,7%	185.853.020	7,3%	144.119.036	5,6%	1.571.836.646	61,4%	2.557.986.510	24,3%	26,3%
4. IPS	172.852.857	36,6%	24.525.710	5,2%	20.064.345	4,2%	255.297.068	54,0%	472.739.980	4,5%	4,7%
5. PC Y MP	115.489.960	72,8%	10.300.767	6,5%	5.371.200	3,4%	27.370.769	17,3%	158.532.696	1,5%	2,4%
6. ASEGURADORAS	111.457.516	31,8%	15.421.130	4,4%	13.567.995	3,9%	210.166.761	59,9%	350.613.402	3,3%	3,7%
7. EMPRESA	161.299.772	50,3%	8.991.204	2,8%	16.352.811	5,1%	134.288.992	41,8%	320.932.779	3,0%	2,6%
8. PARTICULARES	50.149.774	51,2%	2.418.972	2,5%	1.570.120	1,6%	43.861.219	44,8%	98.000.086	0,9%	1,0%
9. ARL (RIESGOS LABORALES)	14.006.759	41,3%	1.600.268	4,7%	1.651.938	4,9%	16.639.096	49,1%	33.898.060	0,3%	0,4%
10. MAGISTERIO	31.764.402	33,3%	2.576.084	2,7%	3.517.570	3,7%	57.401.121	60,3%	95.259.177	0,9%	1,8%
11. SIN CLASIFICAR Y OTROS CONCEPTOS	263.469.200	81,2%	9.172.677	2,8%	2.091.445	0,6%	49.748.066	15,3%	324.481.388	3,1%	2,4%
Total general	3.215.027.039	30,5%	567.069.960	5,4%	503.969.836	4,8%	6.248.979.643	59,3%	10.535.046.478	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

INCLUYENDO EL DETERIORO BAJO METODOLOGÍA NIIF

(Miles de \$ y participación%)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2020	Dic 2019
1. REG. CONTRIBUTIVO	1.384.383.244	37,5%	257.833.083	7,0%	223.649.494	6,1%	1.821.312.501	49,4%	3.687.178.321	44,0%	41,9%
2. ESTADO	238.112.950	22,6%	38.551.307	3,7%	59.909.362	5,7%	715.563.552	68,0%	1.052.137.170	12,6%	11,2%
ADRES	29.345.172	16,5%	7.711.411	4,3%	7.290.632	4,1%	133.391.036	75,0%	177.738.251	2,1%	1,7%
ENTE TERRITORIAL	121.347.800	19,6%	19.957.752	3,2%	27.592.914	4,5%	450.861.572	72,7%	619.760.039	7,4%	6,9%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0%		0,0%		0,0%	48.227.558	100,0%	48.227.558	0,6%	0,6%
OTRAS	87.419.977	42,4%	10.882.144	5,3%	25.025.816	12,1%	83.083.386	40,3%	206.411.323	2,5%	2,0%
3. REG. SUBSIDIADO	644.191.761	31,9%	175.681.741	8,7%	136.271.205	6,8%	1.060.271.883	52,6%	2.016.416.589	24,1%	26,2%
4. IPS	167.685.323	43,9%	23.885.786	6,3%	19.864.387	5,2%	170.553.569	44,6%	381.989.065	4,6%	5,1%
5. PC Y MP	115.388.011	77,1%	9.996.423	6,7%	5.086.936	3,4%	19.247.602	12,9%	149.718.973	1,8%	2,8%
6. ASEGURADORAS	111.073.432	40,2%	14.981.336	5,4%	13.044.561	4,7%	137.517.363	49,7%	276.616.692	3,3%	3,7%
7. EMPRESA	159.916.410	51,3%	8.548.708	2,7%	16.114.151	5,2%	126.886.514	40,7%	311.465.783	3,7%	3,0%
8. PARTICULARES	50.095.420	66,2%	2.336.207	3,1%	1.323.205	1,7%	21.959.812	29,0%	75.714.644	0,9%	1,0%
9. ARL (RIESGOS LABORALES)	13.940.599	48,3%	1.550.473	5,4%	1.558.466	5,4%	11.803.339	40,9%	28.852.877	0,3%	0,4%
10. MAGISTERIO	31.756.999	37,1%	2.561.400	3,0%	3.488.077	4,1%	47.863.117	55,9%	85.669.593	1,0%	1,8%
11. SIN CLASIFICAR Y OTROS CONCEPTOS	263.361.781	83,6%	9.132.120	2,9%	2.045.494	0,6%	40.567.638	12,9%	315.107.032	3,8%	2,9%
Total general	3.179.905.930	37,9%	545.058.583	6,5%	482.355.337	5,8%	4.173.546.889	49,8%	8.380.866.739	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los deterioros de cartera morosa por edades, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017 debido al efecto obligado de castigar la cartera en mora de difícil cobro.

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

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-C) ascendió a los \$ 4,8 billones aproximados sin *deterioro*, con una morosidad (60 días y más) del 65,0% en comparación con el 62,4% del período anterior (incremento de 2,5 puntos porcentuales entre un corte y otro) y un monto de deuda mayor a 60 días de más de \$ 3 billones de pesos.

La cartera de todas las EPS en operación para este periodo es de \$ 3,9 billones aproximados, con un promedio de 46,0% de cartera mayor a 60 días, superior al 39,8% a diciembre de 2019, debido a la intervención para liquidar EPS como Cruz Blanca²¹ y Saludvida²², que se reasignaron a la categoría de “Privado en liquidación” con una concentración morosa del 100,0%. Por su parte, todas las EPS privadas en liquidación, entre ellas las que en el último tiempo han surtido este proceso como Saludcoop²³ y Golden Group²⁴, presentan concentraciones de cartera en mora del 100% a junio de 2020. Desde hace dos cortes se tiene como novedad la aparición de Coosalud EPS dentro de las entidades privadas en operación debido a su habilitación en el régimen contributivo²⁵, con una deuda total de \$ 152.759 millones de pesos y una concentración morosa del 40,2%. A partir de este período se tiene la inclusión de la EPS Mutua Ser ESS, a la que a partir del año pasado se le autorizó también para operar en el régimen contributivo²⁶ y a la fecha presenta una deuda total de \$ 103.581 millones de pesos y una concentración morosa del 54,6%.

Entidades como Nueva EPS, Medimás EPS S. A. S. y Coomeva EPS, en su respectivo orden, siguen encabezando el listado de principales deudores por monto total en la categoría de EPS en operación. Entre las tres suman más de

Entidades como Nueva EPS, Medimás EPS S. A. S. y Coomeva EPS, en su respectivo orden, siguen encabezando el listado de principales deudores por monto total en la categoría de EPS en operación. Entre las tres suman más de \$ 2,4 billones de pesos aproximados.

\$ 2,4 billones de pesos aproximados y una morosidad del 58,4%, 70,7% y 82,8%, respectivamente. Estas tres entidades participan dentro del total de deuda del régimen contributivo con el 50,0%, lo cual es bastante representativo a la hora de identificar los principales deudores (ver Cuadro 4).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta²⁷ inicial y posterior intervención para liquidar de

²¹ Resolución 8939 del 7 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

²² Resolución 8896 del 1 de octubre de 2019, por la cual se ordena la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

²³ Resolución N.o 002414 del 24 de noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar dicha entidad.

²⁴ Resolución N.o 00312 del 15 de julio de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual el agente especial liquidador declara la terminación de la existencia legal de la entidad.

²⁵ La Supersalud anunció, mediante la Resolución 0837 de 2019, la viabilidad para que la EPS COOSALUD iniciara operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 12 departamentos. Ver <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-autoriza-a-coosalud-EPS-para-operar-en-el-regimen-contributivo-en-12-departamentos>

²⁶ La Supersalud anunció, mediante la Resolución 5611 de 2019, la viabilidad para que la EPS MUTUAL SER ESS iniciara operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 19 departamentos. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-autorizo-el-funcionamiento-para-el-regimen-contributivo-a-la-EPS-mutualser>

²⁷ COMUNICADO N.o 1. DIRIGIDO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVEEDORES. Por prestación de servicios de salud brindados por cada uno de los terceros que correspondían a la red hasta el 31 de julio de 2017: En el marco del proceso que Cafesalud en Reorganización Institucional adelanta, respecto del reconocimiento de acreencias, a partir de las cero horas del 1 de agosto de 2017, MEDIMÁS EPS SAS será responsable del aseguramiento y por ende de los servicios de salud. Ver: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/08/COMUNICADO-11-CAFESALUD.pdf>

Cafesalud EPS²⁸, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (\$ 400 mil millones

²⁸La orden por parte del Gobierno nacional mediante Resolución 002422 del 25 de noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se aprueba el Plan Especial de Asignación de Afiliados, presentado por Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo en Liquidación, fue transferir los afiliados de dicha EPS a CAFESALUD. Más de 4.6 millones de usuarios fueron trasladados.

²⁹MEDIMÁS EPS es una Sociedad por Acciones Simplificada que nació a partir del plan de reorganización institucional aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2426 del 19 de julio de 2017. Inició operaciones el 1 de agosto de 2017 como un nuevo operador del aseguramiento en Salud en Colombia, con la cesión de los afiliados de Cafesalud EPS S. A. La sociedad Prestnewco S. A. S (matriz) ejerce situación de control y grupo empresarial sobre MEDIMÁS EPS S. A. S. (subordinada). Ver: <https://medimas.com.co/institucional/>

³⁰Creación mediante Resolución 6173 de del 27 de diciembre 2017. Superintendencia Nacional de Salud. Dicha entidad inicia operaciones del 1 de septiembre 2018 bajo la denominación de Entidad Sin Ánimo de Lucro (ESAL). El socio fundador es la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV).

aproximados) aparece reasignada en la categoría “Privado en liquidación”. Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada Medimás EPS S. A. S.²⁹ de naturaleza privada, donde su deuda al 30 de junio de 2020 se sitúa en el orden de los \$ 615 mil millones aproximadamente, convirtiéndose en la segunda mayor deudora actualmente en operación del régimen contributivo por monto total de deuda. Por último, tenemos dentro de este régimen la deuda de la denominada Fundación Salud Mía EPS³⁰, la cual presenta una deuda de \$ 2.012 millones de pesos al cierre de este corte.

Cuadro 4. Cartera de las EPS del régimen contributivo por edad remanente y naturaleza jurídica (ambos escenarios) A junio 30 de 2020
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y % de participación)

Naturaleza jurídica	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2020	Dic 2019
PRIVADO EN OPERACIÓN	MEDIMÁS EPS SAS	137.749.117	22,4%	42.096.125	6,9%	39.052.624	6,4%	395.640.757	64,4%	614.538.623	12,9%	13,3%
	COOMEVA EPS	72.829.504	13,8%	17.926.006	3,4%	17.355.709	3,3%	420.613.732	79,6%	528.724.951	11,1%	12,2%
	EPS SANITAS	179.414.287	51,7%	27.513.485	7,9%	19.134.794	5,5%	120.770.624	34,8%	346.833.190	7,3%	6,7%
	SURA EPS - SUSALUD EPS	154.920.744	60,7%	18.741.954	7,3%	12.620.832	4,9%	68.769.541	27,0%	255.053.072	5,4%	4,7%
	FAMISANAR EPS	87.930.022	43,3%	14.921.784	7,3%	12.811.298	6,3%	87.357.831	43,0%	203.020.935	4,3%	4,8%
	S. O. S. EPS	59.614.724	36,3%	7.975.972	4,9%	9.763.811	6,0%	86.683.107	52,8%	164.037.614	3,5%	3,6%
	COOSALUD	80.318.279	52,6%	11.004.548	7,2%	9.298.507	6,1%	52.138.406	34,1%	152.759.740	3,2%	0,1%
	SALUD TOTAL EPS	82.295.300	57,2%	15.550.681	10,8%	9.105.580	6,3%	37.041.732	25,7%	143.993.293	3,0%	3,5%
	COMPENSAR EPS	91.613.476	66,5%	10.568.672	7,7%	7.835.509	5,7%	27.833.297	20,2%	137.850.956	2,9%	3,5%
	COMFENALCO VALLE	15.019.745	22,6%	2.340.597	3,5%	6.414.821	9,7%	42.599.846	64,2%	66.375.010	1,4%	1,2%
	ALIANSALUD EPS	17.482.195	73,2%	1.068.716	4,5%	432.226	1,8%	4.892.199	20,5%	23.875.335	0,5%	0,6%
	FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	1.863.287	92,6%	100.575	5,0%	38.244	1,9%	10.106	0,5%	2.012.212	0,0%	0,0%
	MUTUAL SER ESS	27.093	26,2%	19.949	19,3%	11.547	11,1%	44.992	43,4%	103.581	0,0%	0,0%
TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN		981.077.773	37,2%	169.829.064	6,4%	143.875.503	5,5%	1.344.396.172	50,9%	2.639.178.512	55,6%	54,3%

Continúa en la siguiente página ➡

Naturaleza jurídica	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2020	Dic 2019
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	CAFESALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	399.883.410	100,0%	399.883.410	8,4%	8,7%
	SALUDCOOP EPS OC		0,0%		0,0%		0,0%	198.087.894	100,0%	198.087.894	10,4%	10,4%
	SALUDVIDA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	154.817.991	100,0%	154.817.991	3,3%	3,0%
	CRUZ BLANCA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	91.420.969	100,0%	91.420.969	1,9%	1,9%
	SOLSALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	14.605.051	100,0%	14.605.051	0,6%	0,6%
	HUMANA VIVIR EPS		0,0%		0,0%		0,0%	5.009.689	100,0%	5.009.689	0,1%	0,1%
	SALUD COL-PATRIA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	3.510.474	100,0%	3.510.474	0,1%	0,1%
	GOLDEN GROUP EPS		0,0%		0,0%		0,0%	3.229.829	100,0%	3.229.829	0,1%	0,1%
	COMFENALCO ANTIOQUIA		0,0%		0,0%		0,0%	1.265.865	100,0%	1.265.865	0,0%	0,0%
	RED SALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	755.183	100,0%	755.183	0,0%	0,0%
	MULTIMÉDICAS EPS		0,0%		0,0%		0,0%	414.536	100,0%	414.536	0,0%	0,0%
	SALUD COLOMBIA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	278.367	100,0%	278.367	0,0%	0,0%
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN		-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	873.279.257	100,0%	873.279.257	18,4%	18,5%
PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN	SEGURO SOCIAL EPS	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.662.264	100,0%	1.662.264	0,0%	0,0%
	CAJANAL	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	95.011	100,0%	95.011	0,0%	0,0%
TOTAL PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN		-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.757.274	93,3%	1.757.274	0,0%	0,0%
MIXTA EN OPERACIÓN	NUEVA EPS	415.830.130	33,7%	96.453.830	7,8%	89.992.026	7,3%	630.129.280	51,1%	1.232.405.267	26,0%	27,1%
TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN		415.830.130	33,7%	96.453.830	7,8%	89.992.026	7,3%	630.129.280	51,1%	1.232.405.267	26,0%	27,1%
Total general		1.396.907.903	29,4%	266.282.894	5,6%	233.867.529	4,9%	2.849.561.984	60,0%	4.746.620.310	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

La deuda de la Nueva EPS, entidad de carácter mixto, alcanzó un monto aproximado a \$ 1,2 billones de pesos, lo que representa el 26,0% frente al total de deuda de todo el régimen contributivo, que es 1,2 puntos porcentuales menos frente a la participación de toda la deuda del corte a diciembre de 2019. De igual modo, registra un 58,4% de cartera morosa, muy similar al 58,5% de la deuda en mora reportada en el período a diciembre de 2019.

En el Gráfico 4³¹ se observa un total de 10 empresas del régimen contributivo en operación, con sus respectivas concentraciones de cartera mayor a 60 días, ordenado por la población afiliada que reporta cada entidad a junio de 2020; dichas entidades concentran el 94,4%

³¹ La ordenación del Gráfico 4 por entidad deudora obedece al número de afiliados por EPS, según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUIAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2020, y estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a junio de 2020.

de afiliados del contributivo (superior a los 21,4 millones de afiliados a nivel nacional). La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra es la Nueva EPS (3,8 millones), que presenta para este periodo un valor similar de cartera morosa, como ya se indicó.

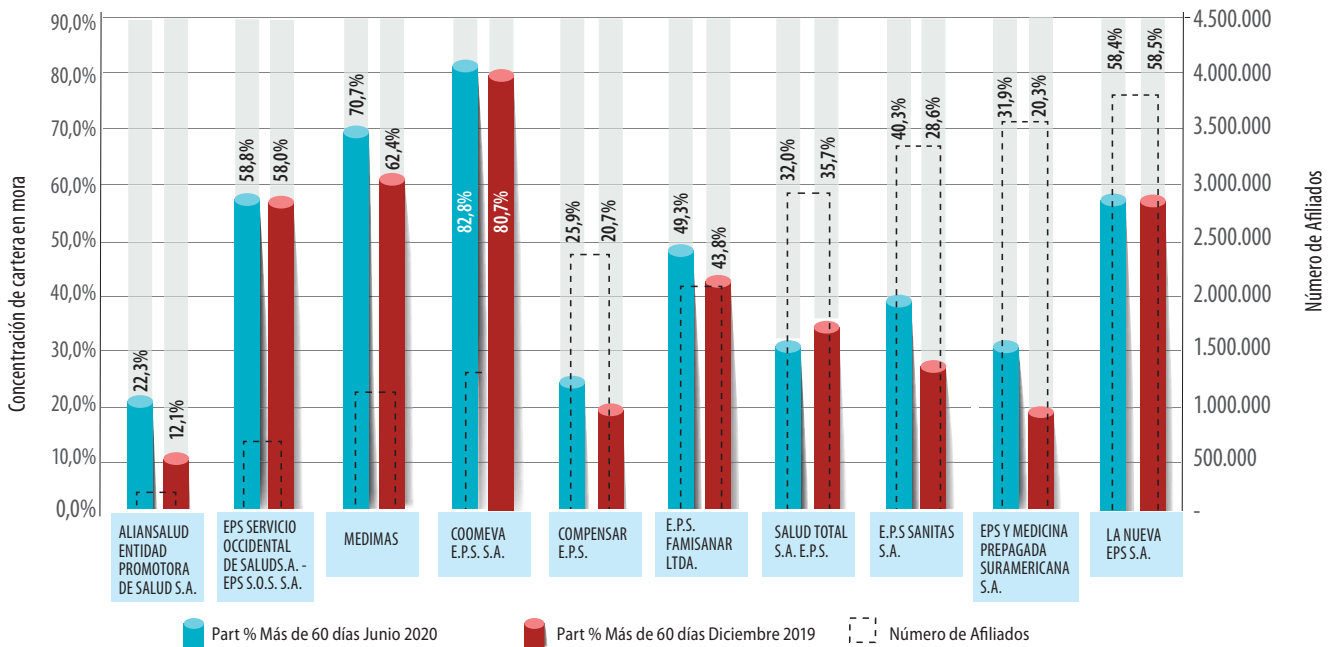
Las empresas que le siguen con mayor número de afiliados son: Sura EPS, con 3,6 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 31,9% frente al 20,3% a diciembre de 2019), EPS Sanitas con más de 3,3 millones de afiliados (cartera morosa del 40,3% frente al 28,7% a diciembre de 2019), Salud Total con más de 2,9 millones de afiliados (cartera morosa del 32,0% frente al 35,7% a diciembre de 2019) y Famisanar, EPS SAS con 2,1 millones aproximados (cartera morosa del 49,3% frente al 43,8% a diciembre de

2019). Estas cinco entidades concentran el 71,5% de afiliados de todo el régimen contributivo (superior a los 15,7 millones de afiliados).

Vale la pena destacar que, de las 10 EPS que se muestran el siguiente gráfico, Salud Total S. A. EPS es la única que presenta reducción en su concentración de cartera en mora a junio de 2020.

Adicionalmente, se debe hacer una mención especial a entidades como Aliansalud, Compensar y Sura EPS, que concentran entre las tres el 24,9% de afiliados de todo el régimen contributivo (5,5 millones aproximados) y a su vez presentan unas concentraciones de cartera morosa inferiores al 32% (22,3%, 25,9% y 31,9%, respectivamente) dentro del régimen contributivo.

Gráfico 4. Composición por número de afiliados y cartera mayor de 60 días de entidades del régimen contributivo. SIN INCLUIR EL DETERIORO.
Junio 30 de 2020 vs. diciembre 31 de 2019



Fuente: ACHC. Informes semestrales de cartera y población afiliada según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2.3. Entes territoriales

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

A junio 30 de 2020 el monto total adeudado es de \$ 817.948 millones sin deterioro (incremento de \$ 1.681 millones aproximados frente a los \$ 816.266 millones registrados a diciembre de 2019). Esta categoría representa el 7,8% de la deuda total con respecto a los \$ 10,5 billones registrados durante este corte (incremento de 0,4 puntos porcentuales frente a la participación reportada a diciembre de 2019; ver Cuadro 3). Este monto corresponde a la deuda agregada de treinta y dos departamentos, incluyendo el Distrito Capital, más el conjunto de municipios reportados (ver Cuadro 5).

Por otro lado, la concentración de la cartera en mora correspondiente a 60 días y más presenta un incremento, pasando de un 73,8% en diciembre pasado a un 82,3% en el presente corte (diferencia de 8,5 puntos porcentuales). Por su parte, la cifra absoluta de cartera en mora para este tipo de deudor también se incrementó, pasando de \$ 602.200 millones en diciembre de 2019 a \$ 673.256 millones con corte a junio de 2020.

Al observar el Cuadro 5 podemos detallar que, semestre a semestre, el departamento de Antioquia sigue liderando la cartera de los entes territoriales. Presenta un endeudamiento total de \$ 136.688 millones, equivalente al 16,7% de la deuda total de los entes territoriales (incremento de 1,4 puntos porcentuales en

la participación de deuda total con respecto a la registrada en el corte a diciembre de 2019).

En cuanto al valor absoluto de la cartera total para dicho departamento, esta también aumentó en más de \$ 11 mil millones en el último semestre. Por su parte, la concentración de cartera mayor a 60 días aumentó, pasando del 73,6% al 78,3% en el actual semestre (incremento de 4,6 puntos porcentuales).

Adicionalmente, por monto total de deuda absoluta el departamento de Norte de Santander, seguido por la categoría “Otros Municipios” y el departamento del Valle del Cauca, presentan los máximos volúmenes de deuda (suman un total de más de \$ 293 mil millones entre las tres), con una participación del 35,8% sobre el total de deuda



Curso en Gestión y Excelencia Operacional en el Área de la Salud

Prepárate para difundir la cultura de la eficiencia operacional y potencializar los resultados estratégicos de las instituciones de la mano de los líderes de América Latina

Inicio en 2021 • Intensidad horaria: 241 horas

Frecuencia de las clases: Mensual

Lugar: UPB Bogotá con opción de apoyo telepresencial

- ★ Talleres prácticos
- ★ Acompañamiento del proyecto final
- ★ Posibilidad de pasantía en el Hospital Israelita Albert Einstein en Brasil
- ★ Descuentos por grupos afiliados ACHC

Mayores informes:
• servicioscientificotecnicos.cub@upb.edu.co

• (+57) 305 328 4189
• (+57) 321 803 0005

de los entes territoriales y una concentración de cartera morosa promedio del 81,7% a junio de 2020. Por su parte, los antiguos territorios nacionales o corregimientos

departamentales como Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare y Amazonas son los que presentan los menores saldos de deuda total.

Cuadro 5. Cartera de los entes territoriales por edad (ambos escenarios contables)
A junio 30 de 2020

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y % de participación)

Ente territorial deudor	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2020	Dic 2019
ANTIOQUIA	26.276.012	19,2%	3.446.074	2,5%	9.628.520	7,0%	97.337.534	71,2%	136.688.140	16,7%	15,3%
NORTE DE SANTANDER	16.500.475	13,8%	60.408	0,1%	895.433	0,8%	101.825.089	85,4%	119.281.406	14,6%	14,9%
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	19.501.041	21,5%	2.657.713	2,9%	2.590.026	2,9%	66.047.832	72,7%	90.796.613	11,1%	12,1%
VALLE DEL CAUCA	11.257.381	13,6%	2.475.655	3,0%	4.074.428	4,9%	65.235.081	78,6%	83.042.545	10,2%	11,4%
BOGOTÁ, D. C.	13.635.397	20,7%	3.876.969	5,9%	1.239.464	1,9%	47.210.419	71,6%	65.962.249	8,1%	6,8%
HUILA	3.337.316	11,1%	610.272	2,0%	2.208.722	7,3%	24.029.595	79,6%	30.185.904	3,7%	2,7%
CALDAS	1.913.984	8,4%	1.276.154	5,6%	787.488	3,4%	18.929.271	82,6%	22.906.898	2,8%	2,4%
CAUCA	3.826.726	17,1%	326.202	1,5%	299.137	1,3%	17.863.554	80,0%	22.315.619	2,7%	2,8%
BOLÍVAR	1.901.611	9,2%	160.653	0,8%	282.191	1,4%	18.255.697	88,6%	20.600.152	2,5%	2,5%
NARIÑO	3.435.151	16,7%	828.727	4,0%	781.667	3,8%	15.469.923	75,4%	20.515.469	2,5%	2,9%
QUINDÍO	152.599	0,7%	477.281	2,3%	490.045	2,4%	19.381.710	94,5%	20.501.634	2,5%	2,8%
TOLIMA	1.688.838	8,7%	583.638	3,0%	833.683	4,3%	16.235.442	83,9%	19.341.601	2,4%	3,0%
CUNDINAMARCA	2.983.291	15,7%	1.020.502	5,4%	1.270.798	6,7%	13.763.260	72,3%	19.037.851	2,3%	1,4%
ATLÁNTICO	3.666.490	20,2%	352.200	1,9%	549.824	3,0%	13.543.641	74,8%	18.112.154	2,2%	2,5%
SANTANDER	933.163	5,6%	209.397	1,3%	131.799	0,8%	15.444.758	92,4%	16.719.118	2,0%	2,1%
BOYACÁ	2.017.927	13,3%	149.882	1,0%	117.087	0,8%	12.928.251	85,0%	15.213.147	1,9%	1,9%
CÓRDOBA	561.165	3,7%	54.688	0,4%	64.139	0,4%	14.405.443	95,5%	15.085.434	1,8%	2,2%
CHOCÓ	836.787	5,7%	25.372	0,2%	151.027	1,0%	13.698.121	93,1%	14.711.307	1,8%	1,8%
SUCRE	1.492.954	15,6%	709.804	7,4%	661.570	6,9%	6.703.826	70,1%	9.568.154	1,2%	1,3%
PUTUMAYO	1.644.268	18,9%	263.813	3,0%	282.004	3,2%	6.516.738	74,8%	8.706.823	1,1%	0,9%
LA GUAJIRA	1.069.120	12,9%	171.302	2,1%	332.342	4,0%	6.739.191	81,1%	8.311.955	1,0%	0,9%
RISARALDA	1.087.217	15,5%	523.426	7,5%	72.990	1,0%	5.333.211	76,0%	7.016.843	0,9%	0,6%
META	576.988	8,3%	271.690	3,9%	179.470	2,6%	5.930.485	85,2%	6.958.633	0,9%	0,8%
MAGDALENA	838.175	17,7%	24.383	0,5%	200.666	4,2%	3.678.150	77,6%	4.741.374	0,6%	0,6%
CASANARE	271.517	6,2%	140.011	3,2%	67.146	1,5%	3.917.870	89,1%	4.396.544	0,5%	0,5%
CESAR	680.011	16,6%	88.376	2,2%	78.231	1,9%	3.249.387	79,3%	4.096.006	0,5%	0,6%
ARAUCA	386.046	9,6%	1.849	0,0%	20.798	0,5%	3.617.654	89,8%	4.026.348	0,5%	0,6%
CAQUETÁ	115.269	3,1%	52.426	1,4%	135.803	3,7%	3.415.497	91,8%	3.718.995	0,5%	0,9%
SAN ANDRÉS ISLAS	621.157	42,6%	-	0,0%	-	0,0%	836.061	57,4%	1.457.218	0,2%	0,2%
AMAZONAS	132.217	9,9%	-	0,0%	-	0,0%	1.200.874	90,1%	1.333.091	0,2%	0,2%
GUAVIARE	271.106	20,6%	-	0,0%	2.087	0,2%	1.041.621	79,2%	1.314.814	0,2%	0,2%
GUAINÍA	101.187	17,0%	17.012	2,9%	187.927	31,5%	289.741	48,6%	595.866	0,1%	0,1%
VICHADA	21.133	6,0%	-	0,0%	1.072	0,3%	332.294	93,7%	354.499	0,0%	0,0%
VAUPÉS	102.086	30,6%	150	0,0%	2.369	0,7%	229.150	68,7%	333.755	0,0%	0,0%
Total general	123.835.807	15,1%	20.856.031	2,5%	28.619.952	3,5%	644.636.370	78,8%	817.948.161	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S)

Para este tipo de deudor, el monto adeudado supera los \$ 2,5 billones sin deterioro, que corresponde al 24,3% de la cartera total del presente estudio (ver Cuadros 3 y 6). La cartera en mora de las EPS-S del régimen subsidiado suma un valor de \$ 1,7 billones de pesos (60 días y más) y representa el 67,1%, superior en 0,6 puntos porcentuales en comparación a la concentración en mora mayor a 60 días registrada al 31 de diciembre de 2019.

Por su parte, las EPS-S privadas en operación suman \$ 1,4 billones, equivalente al 56,8% de la cartera total del régimen subsidiado con corte a junio de 2020, inferior en 1,6 puntos porcentuales frente a la participación total del semestre anterior (58,3%).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta inicial y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (más de \$ 67 mil millones) aparece referenciado en la categoría "Privado en liquidación". Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada Medimás EPS SAS de naturaleza privada. Su deuda al 30 de junio de 2020 está en el orden de los \$ 129 mil millones aproximadamente y una concentración morosa del 74,6%. Por último, tenemos la *revocatoria total de autorización de funcionamiento* ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud de la EPS Comfacor,³² la cual pasa a la categoría "Privado en liquidación" con una deuda total a la fecha de \$ 33.645 millones, al igual que la EPS Emdisalud³³ que fue intervenida para liquidar con una deuda total de \$ 77.000 millones y una concentración morosa del 100%.

En el presente estudio, las tres EPS-S privadas en operación que mayor deuda total reportan son Emssanar, Asmet Salud y Medimás EPS S. A. S., con un nivel de endeudamiento total (entre las tres) de \$ 645.024 millones, equivalente al 25,2% de participación sobre la deuda de todo el régimen subsidiado y unas concentraciones de cartera morosa del 45,3%, 57,8% y 74,6%, respectivamente).

Por el lado de las EPS públicas en operación, Convida es la que mayor deuda sigue registrando con un monto total de \$ 105.593 millones y una concentración de cartera morosa del 87,0% a junio de 2020.

Es necesario recordar que actualmente Confama, en alianza con el sector público, opera la llamada Alianza Medellín Antioquia EPS S. A. S.³⁴ (más conocida como Savia Salud EPS³⁵). Por lo anterior, se puede observar un significativo monto total de deuda de esta entidad por valor de \$ 528.600 millones, donde el 59,9% corresponde a cartera en mora (inferior en 10 puntos porcentuales con respecto a diciembre de 2019). A su vez, esta entidad de carácter mixto concentra el 20,7% de toda la deuda del régimen subsidiado para este corte, siendo la mayor deudora de todo el régimen subsidiado en los últimos diez estudios consecutivos, desde que la EPS pública Caprecom³⁶ fue liquidada.

Por otra parte, Caprecom sigue siendo la mayor deudora en proceso de liquidación dentro del régimen subsidiado

³² Resolución N.º 000299 del 31 de enero de 2019. Superintendencia Nacional de Salud. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/superintendencia-revoca-y-ordena-liquidar-programa-de-salud-de-comfacor>

³³ Resolución 8929 del 02 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

³⁴ En 2012 se da la autorización para su creación mediante el Acuerdo Municipal N.º 55 de 2012 y la Ordenanza Departamental N.º 39 de 2012. El 27 de marzo de 2013 dicha autorización se materializó en la Asamblea de Constitución, en la cual acoge la razón social ALIANZA MEDELLÍN-ANTIOQUIA EPS S. A. S. El 1 de mayo comienza operaciones y el 15 de julio, después de la publicación en la Gaceta Oficial de la Superintendencia de Industria y Comercio, adopta la marca y recibe el nombre de SAVIA SALUD EPS.

³⁵ "Savia Salud es una Entidad Promotora de Salud para el régimen subsidiado que tiene operación actual en 116 municipios de Antioquia. Savia Salud es una EPS mixta resultado de una alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Confama, nuestro operador". Tomado de la página oficial. Ver <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/organizacional/planeacion-estrategica>

³⁶ El Gobierno nacional, a través del Decreto 2519 del 28 de diciembre del 2015, dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública.

(\$ 55.208 millones³⁷), concentrando ahora tan solo el 2,2% del total de la deuda de este régimen y perdiendo, como es lógico, participación, producto del pago del acuerdo de punto final. Adicionalmente, observando la concentración

de la cartera superior a 60 días, se presenta una participación del 100,0%, como es de esperarse, producto del proceso liquidatorio.

En esta clasificación tenemos igualmente a la Nueva EPS³⁸ de carácter mixta, a partir de su obtención de habilitación para operar en el régimen subsidiado desde diciembre de 2015, con un monto actual de deuda total de \$ 46.231 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 64,9% a junio de 2020.

Por último, se debe mencionar también que las EPS Comfaboy³⁹ y Manexka EPSI⁴⁰ (la primera por liquidación voluntaria, la segunda por orden de la Superintendencia Nacional de Salud), pasaron a la categoría "Privado en liquidación".

³⁷ A diciembre de 2019 se había hecho efectivo el pago, por parte del Gobierno nacional, del acuerdo de punto final por valor de \$514 mil millones de pesos de la liquidación final de dicha EPS.

³⁸ La NUEVA EPS recibió un porcentaje de los afiliados pertenecientes a la EPS del régimen subsidiado CAPRECOM, luego de la liquidación de esta última en el mes de diciembre del año 2015 y mediante la Resolución N.º 002664 del 17 de diciembre de 2015 expedida por la Supersalud, la cual habilita a la NUEVA EPS para operar en este régimen.

³⁹ Retiro dado efectivamente a partir del 1 de octubre de 2017. Resolución 2916 de 25 de agosto de 2017. El día 19 de abril de 2018 se expidió la Resolución N.º 002, mediante la cual la Liquidadora del PROGRAMA DE SALUD EPS S EN LIQUIDACIÓN OPERADO POR COMFABOY procedió a la determinación, calificación y graduación de derechos y obligaciones a cargo del ente en liquidación, con fundamento en las disposiciones legales allí indicadas. Ver <http://www.comfaboy.org/noticias/358-liquidacion-voluntaria-eps>

⁴⁰ Resolución 0527 de 27 de marzo de 2017 y Sentencia T-103 de 2018. Supersalud ordena liquidación de la EPS indígena Manexka. Ver <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-liquidacion-de-la-eps-indigena-manexka>

Cuadro 6. Cartera de las EPS del régimen subsidiado por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) A junio 30 de 2020

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y % de participación)

Naturaleza jurídica del deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2020	Dic 2019
PRIVADO EN OPERACIÓN	EMSSANAR ESS	121.167.993	46,7%	20.851.819	8,0%	19.359.548	7,5%	98.073.655	37,8%	259.453.015	10,1%	8,7%
	ASMET SALUD ESS	91.837.815	35,8%	16.429.471	6,4%	16.330.891	6,4%	131.791.675	51,4%	256.389.853	10,0%	9,8%
	MEDIMÁS EPS SAS	20.533.938	15,9%	12.214.665	9,5%	13.585.098	10,5%	82.847.637	64,1%	129.181.337	5,1%	4,5%
	COMFAMILIAR HUILA	20.443.349	17,6%	11.151.112	9,6%	10.702.961	9,2%	73.729.112	63,5%	116.026.534	4,5%	3,2%
	COMPARTA ESS	19.129.927	17,1%	5.798.138	5,2%	5.528.302	4,9%	81.340.625	72,8%	111.796.992	4,4%	4,4%
	ECOOPSOS ESS	19.096.947	19,7%	3.111.705	3,2%	3.352.818	3,5%	71.168.511	73,6%	96.729.981	3,8%	3,5%
	AMBUQ ESS	17.245.412	21,7%	4.750.021	6,0%	8.040.878	10,1%	49.580.191	62,3%	79.616.501	3,1%	3,2%
	CAJACOPI	41.352.934	62,7%	4.358.708	6,6%	1.390.507	2,1%	18.879.407	28,6%	65.981.556	2,6%	1,8%
	COMFAMILIAR NARIÑO	12.022.742	20,4%	1.065.932	1,8%	2.848.419	4,8%	43.077.703	73,0%	59.014.795	2,3%	1,9%
	A. I. C. EPSI	23.622.980	43,5%	7.623.566	14,0%	5.993.372	11,0%	17.071.658	31,4%	54.311.576	2,1%	1,7%
	COMFAMILIAR CARTAGENA	4.417.692	9,7%	500.697	1,1%	623.707	1,4%	39.888.149	87,8%	45.430.245	1,8%	1,6%
	COOSALUD	16.737.537	37,0%	6.138.564	13,6%	1.996.847	4,4%	20.354.634	45,0%	45.227.582	1,8%	8,8%
	MUTUAL SER ESS	21.732.062	65,5%	2.859.137	8,6%	851.527	2,6%	7.713.110	23,3%	33.155.837	1,3%	1,4%
	MALLAMÁS EPSI	11.513.972	46,1%	3.039.128	12,2%	1.377.767	5,5%	9.043.982	36,2%	24.974.849	1,0%	1,0%
	COMFAORIENTE	7.036.267	40,6%	422.920	2,4%	880.227	5,1%	9.003.750	51,9%	17.343.164	0,7%	0,6%
	PIJAO SALUD EPSI	2.637.033	17,6%	1.048.426	7,0%	1.167.448	7,8%	10.121.248	67,6%	14.974.155	0,6%	0,5%
	COMFACUNDI	2.950.465	22,5%	615.090	4,7%	365.695	2,8%	9.180.391	70,0%	13.111.641	0,5%	0,5%
	COMFAMILIAR GUAJIRA	3.036.772	31,0%	1.043.537	10,6%	1.318.679	13,5%	4.405.287	44,9%	9.804.275	0,4%	0,4%
	COMFACHOCÓ	5.011.703	63,5%	374.286	4,7%	303.244	3,8%	2.201.927	27,9%	7.891.159	0,3%	0,3%
COMFASUCRE	553.315	8,8%	170.745	2,7%	240.112	3,8%	5.351.764	84,7%	6.315.937	0,2%	0,1%	
DUSAKAWI EPSI	1.581.888	75,9%	60.486	2,9%	21.663	1,0%	419.675	20,1%	2.083.711	0,1%	0,1%	

Continúa en la siguiente página →

Naturaleza jurídica del deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2020	Dic 2019
	ANAS WAYUU EPSI	800.739	43,4%	591.521	32,0%	101.989	5,5%	352.564	19,1%	1.846.813	0,1%	0,1%
	CCF SIN ESPECIFICAR	875.020	86,7%	73.179	7,2%	19.059	1,9%	42.288	4,2%	1.009.545	0,0%	0,0%
TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN		465.338.499	32,1%	104.292.855	7,2%	96.400.760	6,6%	785.638.942	54,1%	1.451.671.055	56,8%	58,3%
PÚBLICO EN OPERACIÓN	CONVIDA	10.060.433	9,5%	3.718.511	3,5%	3.817.914	3,6%	87.996.410	83,3%	105.593.268	4,1%	3,5%
	CAPRESOCA EPS	2.303.633	9,8%	691.077	2,9%	633.357	2,7%	19.989.211	84,6%	23.617.278	0,9%	0,8%
TOTAL PÚBLICO EN OPERACIÓN		12.364.067	9,6%	4.409.588	3,4%	4.451.272	3,4%	107.985.620	83,6%	129.210.546	5,1%	4,3%
TOTAL EPS-S EN OPERACIÓN		477.702.566	30,2%	108.702.442	6,9%	100.852.031	6,4%	893.624.562	56,5%	1.580.881.601	61,8%	62,6%
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	EMDISALUD		0,0%		0,0%		0,0%	77.000.661	100,0%	77.000.661	3,0%	2,6%
	SALUDVIDA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	72.336.486	100,0%	72.336.486	2,8%	3,5%
	CAFESALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	67.717.290	100,0%	67.717.290	2,6%	2,1%
	COMFACOR		0,0%		0,0%		0,0%	33.645.686	100,0%	33.645.686	1,3%	1,2%
	MANEXKA EPSI		0,0%		0,0%		0,0%	4.789.211	100,0%	4.789.211	0,2%	0,2%
	COMFAMILIAR CAMACOL		0,0%		0,0%		0,0%	1.858.379	100,0%	1.858.379	0,1%	0,1%
	COMFABOY		0,0%		0,0%		0,0%	1.522.047	100,0%	1.522.047	0,1%	0,1%
	COLSUBSIDIO		0,0%		0,0%		0,0%	1.474.489	100,0%	1.474.489	0,1%	0,1%
	COMFANORTE-FAMISALUD		0,0%		0,0%		0,0%	1.237.709	100,0%	1.237.709	0,0%	0,0%
	SALUD TOTAL EPS		0,0%		0,0%		0,0%	1.199.600	100,0%	1.199.600	0,0%	0,1%
	OTRAS EPS DEL R. SUB. - EN LIQ.	113.909	12,3%	3.232	0,3%	12.318	1,3%	797.809	86,0%	927.269	0,0%	0,4%
	CAFAM		0,0%		0,0%		0,0%	775.187	100,0%	775.187	0,0%	0,0%
	CAFABA		0,0%		0,0%		0,0%	460.031	100,0%	460.031	0,0%	0,0%
	COMFAMA		0,0%		0,0%		0,0%	390.080	100,0%	390.080	0,0%	0,0%
	COMFENALCO ANTIOQUIA		0,0%		0,0%		0,0%	377.351	100,0%	377.351	0,0%	0,0%
	HUMANA VIVIR EPS		0,0%		0,0%		0,0%	300.316	100,0%	300.316	0,0%	0,0%
	COMFENALCO TOLIMA		0,0%		0,0%		0,0%	177.429	100,0%	177.429	0,0%	0,0%
	COMFENALCO QUINDÍO		0,0%		0,0%		0,0%	74.949	100,0%	74.949	0,0%	0,0%
	CAJASALUD		0,0%		0,0%		0,0%	73.334	100,0%	73.334	0,0%	0,0%
	SOLSALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	33.510	100,0%	33.510	0,0%	0,0%
COMFENALCO SANTANDER		0,0%		0,0%		0,0%	17.519	100,0%	17.519	0,0%	0,0%	
CAJASAN		0,0%		0,0%		0,0%	14.249	100,0%	14.249	0,0%	0,0%	
COMFENALCO CUNDINAMARCA		0,0%		0,0%		0,0%	4.065	100,0%	4.065	0,0%	0,0%	
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN		113.909	0,0%	3.232	0,0%	12.318	0,0%	266.277.386	100,0%	266.406.845	10,4%	10,4%
PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN	CAPRECOM	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	55.208.213	100,0%	55.208.213	2,2%	2,0%
	CALISALUD	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	5.404.389	100,0%	5.404.389	0,2%	0,2%
	EPS CÓNDOR	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	4.799.061	100,0%	4.799.061	0,2%	0,2%
	SELVASALUD EPS	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	4.661.836	100,0%	4.661.836	0,2%	0,2%
TOTAL PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN		-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	70.073.499	100,0%	70.073.499	2,7%	2,5%
MIXTA EN OPERACIÓN	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S. A. S	145.186.947	27,5%	66.640.891	12,6%	32.743.284	6,2%	284.029.153	53,7%	528.600.275	20,7%	21,2%
	CAPITAL SALUD EPS	20.780.761	31,6%	6.665.791	10,1%	5.455.389	8,3%	32.890.830	50,0%	65.792.770	2,6%	2,1%
	NUEVA EPS	12.393.626	26,8%	3.840.664	8,3%	5.056.014	10,9%	24.941.216	53,9%	46.231.519	1,8%	1,1%
TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN		178.361.333	27,8%	77.147.345	12,0%	43.254.687	6,8%	341.861.199	53,4%	640.624.564	25,0%	24,4%
Total general		656.177.808	25,7%	185.853.020	7,3%	144.119.036	5,6%	1.571.836.646	61,4%	2.557.986.510	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

En el Gráfico número 5³⁷ aparecen representadas las concentraciones de cartera mayor a 60 días (cartera en mora), para las entidades privadas, públicas y mixtas que actualmente operan el régimen subsidiado y que encabezan la mayor concentración de deuda morosa en el corte a junio de 2020; obteniendo que más de la mitad de las EPS privadas presentan concentraciones de cartera en mora superiores, frente a diciembre de 2019, siendo las EPS Comfamiliar Cartagena, Ecoopsos ESS y Comfacundi, aquellas que presenta una reducción frente al corte anterior.

como Capresoca EPS, Convida y Nueva EPS, presentan concentraciones de cartera en mora superiores a las reportadas a diciembre de 2019. Por su parte, Alianza Medellín Antioquia EPS (Savia Salud) y Capital Salud EPS³⁸ son las entidades que reportan concentraciones inferiores de cartera morosa a junio de 2020, dentro las entidades mixtas y públicas en operación y por debajo del 60,0%.

Vale destacar que todas las EPS mostradas en el Gráfico 5, independiente de su naturaleza jurídica, presentan concentraciones de cartera morosa superiores al 58,0%, lo cual es bastante relevante.

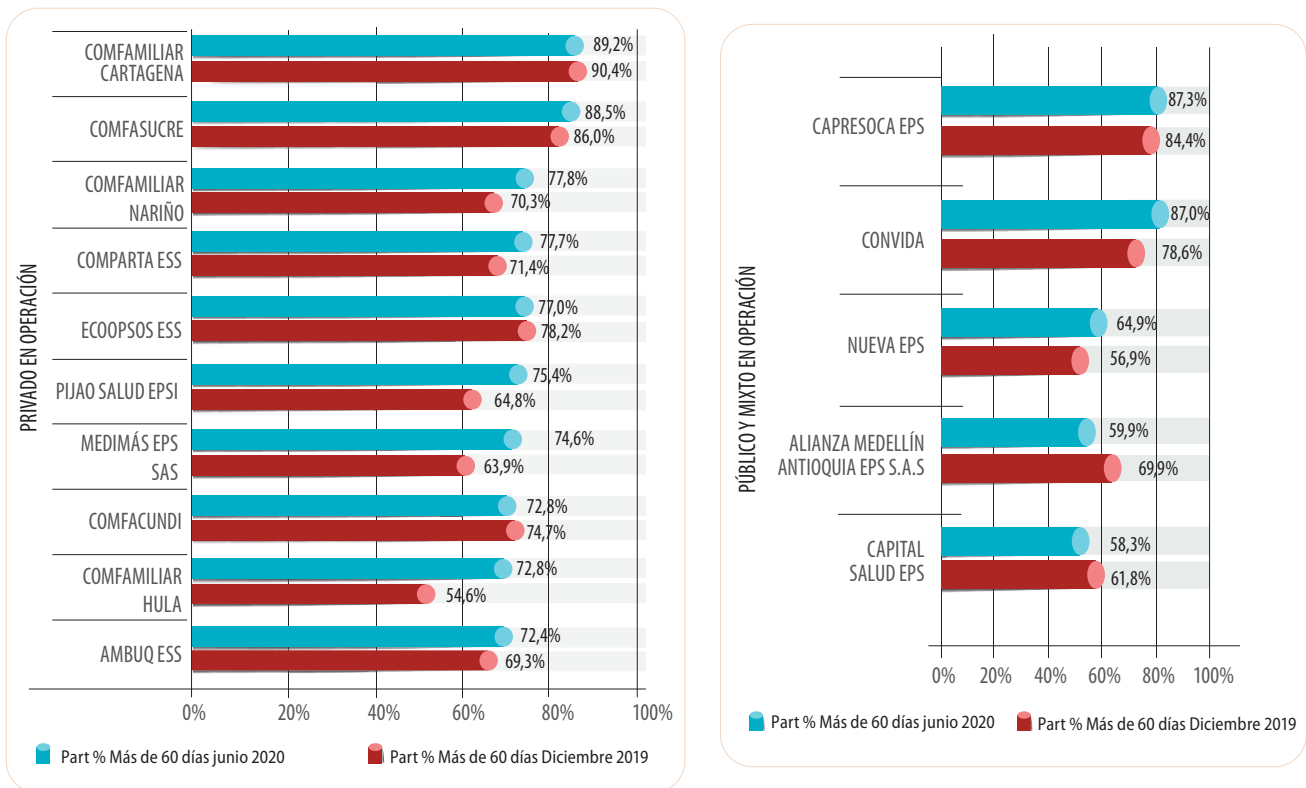
³⁷ La ordenación del Gráfico 5, por entidad deudora, obedece estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a junio de 2020.

³⁸ Empezó operaciones en agosto de 2011.

Por el lado de las entidades públicas y mixtas, destaca que las EPS,

Gráfico 5. Composición de cartera mayor de 60 días de entidades del régimen subsidiado. SIN INCLUIR EL DETERIORO

Junio 30 de 2020 vs. diciembre 31 de 2019



Fuente: ACHC. Informes semestrales de cartera.

A continuación se presenta la información de cartera a junio de 2020 de las EPS del régimen subsidiado, que en su mayoría, a partir del año 2017, decidieron cambiar la razón social (NIT)⁴³ de su entidad para convertirse a la

categoría Sociedad Simplificada por Acciones (S. A. S.)⁴⁴ o a Sociedad Anónima (S. A.).⁴⁵ En este caso, presentamos la información con y sin *deterioro*, tanto del NIT antiguo como de la nueva figura jurídica creada, la cual se identifica por empezar su NIT con los dígitos “900”.

Cuadro 7. Cartera total y concentración de cartera de 60 días y más de las EPS del régimen subsidiado con cambio de razón social

Corte a junio 30 de 2020

(Miles de \$ y % de participación)

NIT DEL DEUDOR	DEUDOR CORREGIDO	CARTERA EN MORA (MAYOR A 60 DÍAS) CON DETERIORO	TOTAL CON DETERIORO	PART. (%) CARTERA EN MORA CON DETERIORO	CARTERA EN MORA (MAYOR A 60 DÍAS) SIN DETERIORO	TOTAL SIN DETERIORO	PART. (%) CARTERA EN MORA SIN DETERIORO
800.249.241	COOSALUD	22.074.371	24.620.480	89,7%	28.617.504	31.229.563	91,6%
900.226.715	COOSALUD	50.492.312	161.567.192	31,3%	55.170.889	166.757.758	33,1%
Total general		72.566.682	186.187.672	39,0%	83.788.394	197.987.322	42,3%
817.000.248	ASMET SALUD ESS	11.169.722	16.160.658	69,1%	18.891.767	23.882.703	79,1%
900.935.126	ASMET SALUD	106.454.835	208.416.946	51,1%	129.230.799	232.507.149	55,6%
Total general		117.624.557	224.577.604	52,4%	148.122.566	256.389.853	57,8%
892.200.015	COMFASUCRE	3.496.902	4.179.567	83,7%	5.203.060	5.886.829	88,4%
900.048.962	COMFASUCRE	142.768	183.060	78,0%	388.817	429.108	90,6%
Total general		3.639.670	4.362.627	83,4%	5.591.877	6.315.937	88,5%
832.000.760	ECOOPSOS ESS	27.099.691	27.432.672	98,8%	33.193.965	33.729.053	98,4%
901.093.846	ECOOPSOS	24.965.321	46.543.889	53,6%	41.327.365	63.000.928	65,6%
Total general		52.065.013	73.976.560	70,4%	74.521.329	96.729.981	77,0%
814.000.337	EMSSANAR ESS	19.456.469	30.357.046	64,1%	44.182.235	55.082.812	80,2%
901.021.565	EMSSANAR ESS	61.099.964	187.008.548	32,7%	73.250.969	204.370.204	35,8%
Total general		80.556.433	217.365.594	37,1%	117.433.204	259.453.015	45,3%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los *deterioros de cartera morosa por edades*, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Esto implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de difícil cobro”.

⁴³ Número de Identificación Tributaria.

⁴⁴ Es una sociedad comercial de capital, innovadora en el derecho societario colombiano. Estimula el emprendimiento debido a las facilidades y flexibilidades que posee para su constitución y funcionamiento. Fue creada por la Ley 1258 de 2008 y por el Decreto 2020 de junio de 2009, basándose en la antigua ley de emprendimiento (1014 de 2006). Una sociedad por acciones simplificadas puede constituirse por una o varias personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras. Su naturaleza es comercial, pero puede hacer actividades tanto comerciales como civiles. Se crea por documento privado y nace después del registro en la cámara de comercio. A menos de que los aportes iniciales incluyan bienes inmuebles, se requiere de escritura pública. La única limitación de la S. A. S. es que no puede negociar sus valores en el mercado público de valores. Cabe destacar que el pago de las acciones suscritas no puede exceder de 2 años. Cualquier sociedad puede transformarse a S. A. S. cuando el 100% de los socios así lo decidan. Existe la fusión abreviada cuando una sociedad detente más del 90% de las acciones de una S. A. S. Así, en materia tributaria, S. A. S. funcionará como una S. A. Se determinará con por lo menos la mitad más una de las acciones suscritas. Se determinará con la mitad más una de las presentes. Cabe destacar que no deberá

tener revisor fiscal a menos que supere los topes reglamentados por la Ley 43 de 1990. Ver: <https://www.rankia.co/blog/mejores-cdts/3759467-sas-colombia-definicion-caracteristicas-ventajas>

⁴⁵ Se identifica con la denominación que determinen los socios seguida de las palabras “sociedad anónima” o su abreviatura “S. A.”. Se debe conformar mínimo con cinco accionistas, no tiene un tope máximo de accionistas y su responsabilidad es limitada al valor de sus aportes. La representación de la sociedad y administración de los negocios sociales corresponden al representante legal y suplentes, quienes podrán ser nombrados indefinidamente y removidos en cualquier tiempo. Son elegidos por junta directiva, aunque en los estatutos pueden delegarse esta designación a la asamblea de accionistas. El capital se divide en acciones de igual valor que se representan en títulos valores libremente negociables y se dividen en tres clases:

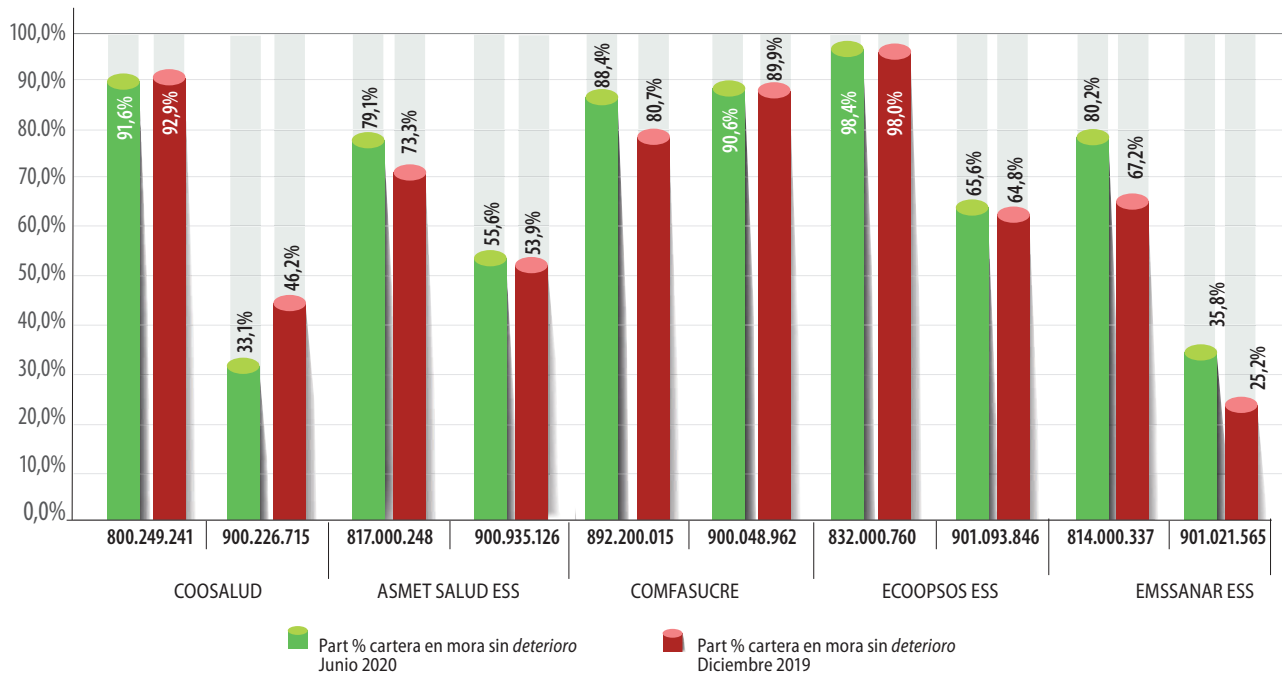
- Autorizado: Es la cuantía fija que determina el tope máximo de capitalización de la sociedad. Este tope es fijado por los accionistas libremente.

- Suscrito: Es la parte del capital autorizado que los accionistas se comprometen a pagar a plazo, y debe ser al momento de su constitución no menos de la mitad del autorizado.

- Pagado: Es la parte del suscrito que los accionistas efectivamente han pagado y que ha ingresado a la sociedad el cual, al constituirse esta, no puede ser menos de la tercera parte del capital suscrito. Más información en:

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_4/mod_virtuales/modulo5/15.pdf

Gráfico 6. Concentración de cartera de 60 días y más de las EPS del régimen subsidiado con cambio de razón social. SIN INCLUIR EL DETERIORO
Junio 30 de 2020 vs. diciembre 31 de 2019



Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

En el Gráfico 6 podemos observar cómo dichas entidades, mediante la creación de su nueva razón social (NIT), presentan, en la mayoría de los casos, concentraciones de cartera en mora a junio de 2020 (sin *deterioro*) superiores a las observadas a diciembre de 2019.

Lógicamente, las concentraciones de cartera morosa siguen siendo más altas para la razón social antigua de cada entidad (Coosalud, Asmet Salud ESS, Ecoopsos y Emsanar ESS, con concentraciones en el gráfico por encima del 79,0%, como si se tratase de EPS que ingresan “en liquidación”), presentándose una sustitución de deuda, donde, por un lado, disminuye la cartera nominal absoluta de la razón social antigua de la EPS y, por otro lado, se incrementa considerablemente la deuda de su nueva razón social (ver Cuadro 7).

Cuando se agrupan ambos NIT por entidad, para obtener las concentraciones de morosidad de cartera más altas (sin deterioro) a junio de 2020, tenemos, en su orden, a Ecoopsos (98,4%), Coosalud (91,6%), Comfasucre (88,4%), Emsanar ESS (80,2%) y Asmet Salud ESS (79,1%).

El orden de participación a junio de 2020 de cartera morosa más alta para el nuevo NIT es el siguiente: Comfasucre (90,6%), Ecoopsos ESS (65,6%), Asmet Salud ESS (55,6%), Emsanar (35,8%) y Coosalud (33,1%).

3.2.5. Principales deudores por cartera de 60 días y más

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

Las principales entidades deudoras por participación relativa de la cartera mayor a 60 días, sin incluir el deterioro (71,5% a junio de 2020 vs. el 72,0% del semestre anterior), presentaron una reducción de 0,5 puntos porcentuales. El

monto de cartera morosa de las primeras diez entidades del ranking, por valor de 3,5 billones aproximados, es inferior en más de \$ 158 mil millones con respecto a diciembre de 2019. Se agrega adicionalmente que la totalidad de

la cartera sin *deterioro* de estas entidades a junio 30 de 2020 suma un total de \$ 4,9 billones (46,76% del total de los \$ 10,5 billones presentados en este informe), lo cual es bastante representativo para referenciar a los mayores poseedores de deuda actual.

Cuadro 8. Concentración de cartera de 60 días y más por los principales deudores

A junio 30 de 2020
SIN INCLUIR EL *DETERIORO*

(Miles de \$ y % de participación)

Entidad deudora	60 días y más	TOTAL	Concentración (%) de 60 días y más	
			Junio 2020	Diciembre 2019
1. NUEVA EPS (ambos regímenes)	750.118.537	1.278.636.786	58,7%	58,5%
2. MEDIMÁS EPS SAS (ambos regímenes)	531.126.115	743.719.961	71,4%	62,7%
3. CAFESALUD EPS (liquidada ambos regímenes)	467.600.700	467.600.700	100,0%	100,0%
4. COOMEVA EPS	437.969.441	528.724.951	82,8%	80,7%
5. ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S. A. S.	316.772.438	528.600.275	59,9%	69,9%
6. OPERADOR FIDUCIARIO (extinto) Y ADRES	293.905.999	331.495.425	88,7%	85,0%
7. SALUDVIDA EPS (liquidada ambos regímenes)	227.154.476	227.154.476	100,0%	100,0%
8. SALUDCOOP EPS OC (liquidada)	198.087.894	198.087.894	100,0%	100,0%
9. ASMET SALUD ESS	148.122.566	256.389.853	57,8%	56,3%
10. EPS SANITAS	139.905.417	346.833.190	40,3%	28,6%
Total general	3.510.763.584	4.907.243.511	71,5%	72,0%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Respecto del informe a diciembre de 2019 (ver Cuadro 8), Nueva EPS sigue encabezando el ranking con \$ 750.118 millones de cartera en mora y una concentración respectiva del 58,7% frente al 58,5% del corte anterior, seguida de Medimás EPS S. A. S., con una deuda en mora de \$ 531.126 millones y una concentración del 71,4% vs. el 62,7% a diciembre de 2019, en menos de tres años de haber iniciado operaciones.

En la tercera ubicación aparece la intervenida para liquidar Cafesalud EPS, con un total de cartera mayor en más de 60 días de \$ 467.600 millones y una concentración del 100,0% por motivo de su venta y posterior intervención para liquidar. En cuarto lugar, tenemos a Coomeva EPS con \$ 437.969 millones de cartera morosa

y una concentración del 82,8%, superior en 2,2 puntos porcentuales con respecto al semestre anterior.

Por su parte, Alianza Medellín Antioquia (Savia Salud) se ubica en la quinta posición, con \$ 316.772 millones de pesos a 60 días y 59,9% de concentración de cartera con vencimiento a 60 días y más, frente al 69,9% de concentración a diciembre de 2019.

El extinto operador fiduciario del FOSYGA, que operó hasta julio de 2017, se ubica en la sexta posición del *ranking*, sumándole la deuda de la nueva entidad que pasó a reemplazarla. Hablamos de la ADRES, ambas con un monto en conjunto de cartera en mora de \$ 293.905 millones y una concentración respectiva del 88,7% (superior en 3,7 puntos) frente al 85,0% del corte anterior. Valga precisar que la concentración de cartera morosa de la nueva entidad ADRES es del 82,7% (\$ 180.150 millones) a junio de 2020.

La EPS Asmet Salud ESS aparece ubicada en la novena posición, con un monto total de cartera morosa de \$ 148.122 millones y una concentración del 57,8% a junio de 2020

La intervenida para liquidar de carácter privado Saludvida EPS, con una deuda en mora de \$222.154 millones y una concentración del 100.0%, se ubica en el séptimo lugar, seguida de la también liquidada Saludcoop EPS OC, con \$ 198.087 millones de vencimiento y una participación de cartera morosa del 100,0%.

La EPS Asmet Salud ESS aparece ubicada en la novena posición, con un monto total de cartera morosa de \$ 148.122 millones y una concentración del 57,8% a junio de 2020, seguida en último lugar de EPS SANITAS, con un monto total de cartera morosa de \$ 139.905 y una concentración del 40,3%.

Como es tradicional, es importante aclarar que la presente ordenación por entidad deudora obedece estrictamente a la **cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2020**, en donde, en su respectivo orden, la Nueva EPS encabeza el listado, seguida de Medimás EPS S. A. S. y así sucesivamente, tal y como se evidencia en el Cuadro 8, puesto que si la ordenación se hiciese por la concentración (%) de cartera mayor a 60 días y más, el orden sería un poco diferente: las primeras entidades serían la vendida e intervenida para liquidar Cafesalud EPS, la intervenida para liquidar Saludvida EPS y, en tercer lugar, la liquidada Saludcoop EPS.

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

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

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

Vale aclarar que, para este corte, se ha decidido incluir las 27 EPS que a la fecha de elaboración de este estudio (octubre de 2020) presentan algún tipo de medida especial, a saber:

- Intervención para liquidar (7) equivalente al 25,9%
- Vigilancia especial (19) equivalente al 70,3%
- Programa de recuperación (1) equivalente al 3,7%

Adicionalmente, esta parte consolida la información de las EPS que ya fueron liquidadas ya sea por intervención de la Supersalud o porque decidieron retirarse voluntariamente (proceso de venta y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS, Comfaboy por retiro voluntario, y Comfacor, Cruz Blanca, Salud Vida y Emdisalud liquidadas por orden de la Supersalud, entre otras) y que a junio 30 de 2020 seguían presentando saldos de deudas por pagar.

En el Cuadro 9 se puede apreciar que la deuda total sin *deterioro* de estas entidades representa el 42,1% de la deuda total con corte a junio de 2020 (equivalente a \$ 4,4 billones aproximados) y que la deuda mayor a 60 días y más representa el 50,7% de la deuda morosa total del presente estudio (o sea \$ 3,4 billones). Dicho cuadro guarda la ordenación frente a la **cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2020**.

Cuadro 9. Concentración de cartera por entidades deudoras intervenidas, liquidadas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria. Cartera a junio 30 de 2020.

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y % de participación)

N.o	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part(%) edad	De 61 a 90 días	Part(%) edad	Más de 91 días	Part(%) edad	TOTAL	Part(%) total	60 días y más	Part. (%) total
1	MEDIMÁS EPS SAS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	158.283.056	21,3%	54.310.790	7,3%	52.637.721	7,1%	478.488.394	64,3%	743.719.961	16,8%	531.126.115	71,4%
2	CAFESALUD EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	467.600.700	100,0%	467.600.700	10,5%	467.600.700	100,0%
3	COOMEVA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	72.829.504	13,8%	17.926.006	3,4%	17.355.709	3,3%	420.613.732	79,6%	528.724.951	11,9%	437.969.441	82,8%
4	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	MIXTA	145.186.947	27,5%	66.640.891	12,6%	32.743.284	6,2%	284.029.153	53,7%	528.600.275	11,9%	316.772.438	59,9%
5	SALUDVIDA EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	227.154.476	100,0%	227.154.476	5,1%	227.154.476	100,0%
6	SALUDCOOP EPS OC	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	198.087.894	100,0%	198.087.894	4,5%	198.087.894	100,0%
7	ASMET SALUD ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	91.837.815	35,8%	16.429.471	6,4%	16.330.891	6,4%	131.791.675	51,4%	256.389.853	5,8%	148.122.566	57,8%
8	EMSSANAR ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	121.167.993	46,7%	20.851.819	8,0%	19.359.548	7,5%	98.073.655	37,8%	259.453.015	5,9%	117.433.204	45,3%
9	S.O.S. EPS	REG. CONTRIBUTIVO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	59.614.724	36,3%	7.975.972	4,9%	9.763.811	6,0%	86.683.107	52,8%	164.037.614	3,7%	96.446.919	58,8%
10	CONVIDA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PÚBLICA	10.060.433	9,5%	3.718.511	3,5%	3.817.914	3,6%	87.996.410	83,3%	105.593.268	2,4%	91.814.324	87,0%
11	CRUZ BLANCA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	91.420.969	100,0%	91.420.969	2,1%	91.420.969	100,0%
12	COMPARTA ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	19.129.927	17,1%	5.798.138	5,2%	5.528.302	4,9%	81.340.625	72,8%	111.796.992	2,5%	86.868.927	77,7%
13	COMFAMILIAR HUILA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	20.443.349	17,6%	11.151.112	9,6%	10.702.961	9,2%	73.729.112	63,5%	116.026.534	2,6%	84.432.073	72,8%
14	EMDISALUD	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	77.000.661	100,0%	77.000.661	1,7%	77.000.661	100,0%
15	ECOOPSOS ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	19.096.947	19,7%	3.111.705	3,2%	3.352.818	3,5%	71.168.511	73,6%	96.729.981	2,2%	74.521.329	77,0%
16	AMBUQ ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	17.245.412	21,7%	4.750.021	6,0%	8.040.878	10,1%	49.580.191	62,3%	79.616.501	1,8%	57.621.069	72,4%
17	CAPRECOM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	55.208.213	100,0%	55.208.213	1,2%	55.208.213	100,0%
18	COMFAMILIAR NARIÑO	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	12.022.742	20,4%	1.065.932	1,8%	2.848.419	4,8%	43.077.703	73,0%	59.014.795	1,3%	45.926.122	77,8%
19	COMFAMILIAR CARTAGENA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	4.417.692	9,7%	500.697	1,1%	623.707	1,4%	39.888.149	87,8%	45.430.245	1,0%	40.511.856	89,2%
20	CAPITAL SALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	MIXTA	20.780.761	31,6%	6.665.791	10,1%	5.455.389	8,3%	32.890.830	50,0%	65.792.770	1,5%	38.346.218	58,3%
21	COMFACOR	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	33.645.686	100,0%	33.645.686	0,8%	33.645.686	100,0%
22	CAPRESOCA EPS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PÚBLICA	2.303.633	9,8%	691.077	2,9%	633.357	2,7%	19.989.211	84,6%	23.617.278	0,5%	20.622.568	87,3%
23	SOLSALUD EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	14.638.560	100,0%	14.638.560	0,3%	14.638.560	100,0%
24	COMFACUNDI	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	2.950.465	22,5%	615.090	4,7%	365.695	2,8%	9.180.391	70,0%	13.111.641	0,3%	9.546.086	72,8%
25	COMFAMILIAR GUAJIRA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	3.036.772	31,0%	1.043.537	10,6%	1.318.679	13,5%	4.405.287	44,9%	9.804.275	0,2%	5.723.967	58,4%
26	COMFASUCRE	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	553.315	8,8%	170.745	2,7%	240.112	3,8%	5.351.764	84,7%	6.315.937	0,1%	5.591.877	88,5%
27	CALISALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	5.404.389	100,0%	5.404.389	0,1%	5.404.389	100,0%
28	HUMANA VIVIR EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	5.310.005	100,0%	5.310.005	0,1%	5.310.005	100,0%

Continúa en la siguiente página 

N.o	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part(%) edad	De 61 a 90 días	Part(%) edad	Más de 91 días	Part(%) edad	TOTAL	Part(%) total	60 días y más	Part. (%) total
29	EPS CONDOR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	4.799.061	100,0%	4.799.061	0,1%	4.799.061	100,0%
30	MANEXKA EPSI	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	4.789.211	100,0%	4.789.211	0,1%	4.789.211	100,0%
31	SELVASALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	4.661.836	100,0%	4.661.836	0,1%	4.661.836	100,0%
32	SALUD COLPATRIA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	3.510.474	100,0%	3.510.474	0,1%	3.510.474	100,0%
33	GOLDEN GROUP EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	3.229.829	100,0%	3.229.829	0,1%	3.229.829	100,0%
34	COMFACHOCÓ	REG. SUBSIDIADO	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	PRIVADA	5.011.703	63,5%	374.286	4,7%	303.244	3,8%	2.201.927	27,9%	7.891.159	0,2%	2.505.170	31,7%
35	COMFAMILIAR CAMACOL	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.858.379	100,0%	1.858.379	0,0%	1.858.379	100,0%
36	SEGURO SOCIAL EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	1.662.264	100,0%	1.662.264	0,0%	1.662.264	100,0%
37	COMFENALCO ANTIOQUIA	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.643.217	100,0%	1.643.217	0,0%	1.643.217	100,0%
38	COMFABOY	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.522.047	100,0%	1.522.047	0,0%	1.522.047	100,0%
39	COLSUBSIDIO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.474.489	100,0%	1.474.489	0,0%	1.474.489	100,0%
40	COMFANORTE-FAMISALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.237.709	100,0%	1.237.709	0,0%	1.237.709	100,0%
41	SALUD TOTAL EPS	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.199.600	100,0%	1.199.600	0,0%	1.199.600	100,0%
42	CAFAM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	775.187	100,0%	775.187	0,0%	775.187	100,0%
43	RED SALUD EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	755.183	100,0%	755.183	0,0%	755.183	100,0%
44	CAFABA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	460.031	100,0%	460.031	0,0%	460.031	100,0%
45	DUSAKAWI EPSI	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	1.581.888	75,9%	60.486	2,9%	21.663	1,0%	419.675	20,1%	2.083.711	0,0%	441.338	21,2%
46	MULTIMÉDICAS EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	414.536	100,0%	414.536	0,0%	414.536	100,0%
47	COMFAMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	390.080	100,0%	390.080	0,0%	390.080	100,0%
48	SALUD COLOMBIA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	278.367	100,0%	278.367	0,0%	278.367	100,0%
49	COMFENALCO TOLIMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	177.429	100,0%	177.429	0,0%	177.429	100,0%
50	CAJANAL	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	95.011	100,0%	95.011	0,0%	95.011	100,0%
51	COMFENALCO QUINDÍO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	74.949	100,0%	74.949	0,0%	74.949	100,0%
52	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	73.334	100,0%	73.334	0,0%	73.334	100,0%
53	COMFENALCO SANTANDER	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	17.519	100,0%	17.519	0,0%	17.519	100,0%
54	CAJASAN	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	14.249	100,0%	14.249	0,0%	14.249	100,0%
55	COMFENALCO CUNDINAMARCA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	4.065	100,0%	4.065	0,0%	4.065	100,0%
TOTAL GENERAL					787.555.075	17,8%	223.852.076	5,0%	191.444.104	4,3%	3.231.489.108	72,9%	4.434.340.364	100,0%	3.422.933.213	77,2%
TOTAL CARTERA 218 IPS AFILIADAS A LA ACHC					3.215.027.039	30,5%	567.069.960	5,4%	503.969.836	4,8%	6.248.979.643	59,3%	10.535.046.478	100,0%	6.752.949.479	64,1%
Participación (%) entidades deudoras (VENDIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS, EN VIGILANCIA ESPECIAL O PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL CARTERA 218 IPS						24,5%		39,5%		38,0%		51,7%		42,1%		50,7%

Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Nota aclaratoria: La presente clasificación obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 8 de octubre de 2020. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

A continuación, se presenta la población afiliada a estas EPS que presentan algún tipo de medida especial por parte de la Superintendencia

Nacional de Salud o que han sido liquidadas voluntariamente, con su respectiva concentración de cartera en mora a junio 30 de 2020.

Cuadro 10. Composición por número de afiliados y concentración de cartera mayor a 60 días a junio 30 de 2020.

Entidades deudoras intervenidas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria

SIN INCLUIR EL *DETERIORO*

N.o	Régimen de afiliación	Entidad deudora	Número de afiliados régimen CONTRIBUTIVO	Número de afiliados régimen SUBSIDIADO	Número de afiliados régimen EXCEPCIÓN	Part. (%) más de 60 días junio 2020
1	REG. SUBSIDIADO	CAFABA				100,0%
2	REG. SUBSIDIADO	CAFAM				100,0%
3	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	CAFESALUD EPS				100,0%
4	REG. CONTRIBUTIVO	CAJANAL				100,0%
5	REG. SUBSIDIADO	CAJASALUD				100,0%
6	REG. SUBSIDIADO	CAJASAN				100,0%
7	REG. SUBSIDIADO	CALISALUD				100,0%
8	REG. SUBSIDIADO	CAPRECOM				100,0%
9	REG. SUBSIDIADO	COLSUBSIDIO				100,0%
10	REG. SUBSIDIADO	COMFABOY				100,0%
11	REG. SUBSIDIADO	COMFACOR				100,0%
12	REG. SUBSIDIADO	COMFAMA				100,0%
13	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILIAR CAMACOL				100,0%
14	REG. SUBSIDIADO	COMFANORTE-FAMISALUD				100,0%
15	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	COMFENALCO ANTIOQUIA				100,0%
16	REG. SUBSIDIADO	COMFENALCO CUNDINAMARCA				100,0%
17	REG. SUBSIDIADO	COMFENALCO QUINDÍO				100,0%
18	REG. SUBSIDIADO	COMFENALCO SANTANDER				100,0%
19	REG. SUBSIDIADO	COMFENALCO TOLIMA				100,0%
20	REG. CONTRIBUTIVO	CRUZ BLANCA EPS				100,0%
21	REG. SUBSIDIADO	EMDISALUD				100,0%
22	REG. SUBSIDIADO	EPS CONDOR				100,0%
23	REG. CONTRIBUTIVO	GOLDEN GROUP EPS				100,0%
24	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	HUMANA VIVIR EPS				100,0%
25	REG. SUBSIDIADO	MANEXKA EPSI				100,0%
26	REG. CONTRIBUTIVO	MULTIMÉDICAS EPS				100,0%
27	REG. CONTRIBUTIVO	RED SALUD EPS				100,0%
28	REG. CONTRIBUTIVO	SALUD COLOMBIA EPS				100,0%
29	REG. CONTRIBUTIVO	SALUD COLPATRIA EPS				100,0%
30	REG. SUBSIDIADO	SALUD TOTAL EPS		511.876		100,0%
31	REG. CONTRIBUTIVO	SALUDCOOP EPS OC				100,0%
32	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	SALUDVIDA EPS		5		100,0%
33	REG. CONTRIBUTIVO	SEGURO SOCIAL EPS				100,0%
34	REG. SUBSIDIADO	SELVASALUD EPS				100,0%

Continúa en la siguiente página 

N.o	Régimen de afiliación	Entidad deudora	Número de afiliados régimen CONTRIBUTIVO	Número de afiliados régimen SUBSIDIADO	Número de afiliados régimen EXCEPCIÓN	Part. (%) más de 60 días junio 2020
35	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	SOLSALUD EPS				100,0%
36	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILIAR CARTAGENA		138.473		89,2%
37	REG. SUBSIDIADO	COMFASUCRE	2.800	113.848		88,5%
38	REG. SUBSIDIADO	CAPRESOCA EPS	9.851	161.513		87,3%
39	REG. SUBSIDIADO	CONVIDA	29.363	490.625		87,0%
40	REG. CONTRIBUTIVO	COOMEVA EPS	1.304.713	295.061		82,8%
41	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILIAR NARIÑO	9.614	173.295		77,8%
42	REG. SUBSIDIADO	COMPARTA ESS	54.522	1.481.470		77,7%
43	REG. SUBSIDIADO	ECOOPSOS ESS	10.872	315.784		77,0%
44	REG. SUBSIDIADO	COMFACUNDI	15.124	163.503		72,8%
45	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILIAR HUILA	20.767	537.605		72,8%
46	REG. SUBSIDIADO	AMBUQ ESS	18.001	752.616		72,4%
47	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	MEDIMÁS EPS SAS	1.134.714	1.411.940		71,4%
48	REG. SUBSIDIADO	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S. A. S.	109.680	1.588.044		59,9%
49	REG. CONTRIBUTIVO	S. O. S. EPS	696.993	146.377		58,8%
50	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILIAR GUAJIRA	6.096	238.650		58,4%
51	REG. SUBSIDIADO	CAPITAL SALUD EPS	51.891	1.082.204		58,3%
52	REG. SUBSIDIADO	ASMET SALUD ESS	57.840	1.831.514		57,8%
53	REG. SUBSIDIADO	EMSSANAR ESS	108.399	1.804.240		45,3%
54	REG. SUBSIDIADO	COMFACHOCÓ	4.578	170.908		31,7%
55	REG. SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	2.557	232.947		21,2%
Total de afiliados a entidades deudoras (VENDIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS, EN VIGILANCIA ESPECIAL O EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) a JUNIO de 2020			3.648.375	13.642.498	-	17.290.873
Participación (%) afiliados a entidades deudoras (VENDIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS Y EN VIGILANCIA ESPECIAL O EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL afiliados del país			16,5%	56,1%		35,7%
TOTAL afiliados país a JUNIO de 2020			22.065.702	24.307.637	2.123.535	48.496.874

Fuente: Población afiliada según fiel copia de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota aclaratoria: La presente clasificación obedece a la información de las EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 8 de octubre de 2020. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

Se presenta ahora el comportamiento de la cartera morosa para el conjunto de EPS “Intervenidas”, en “Liquidación voluntaria” y “No intervenidas”.

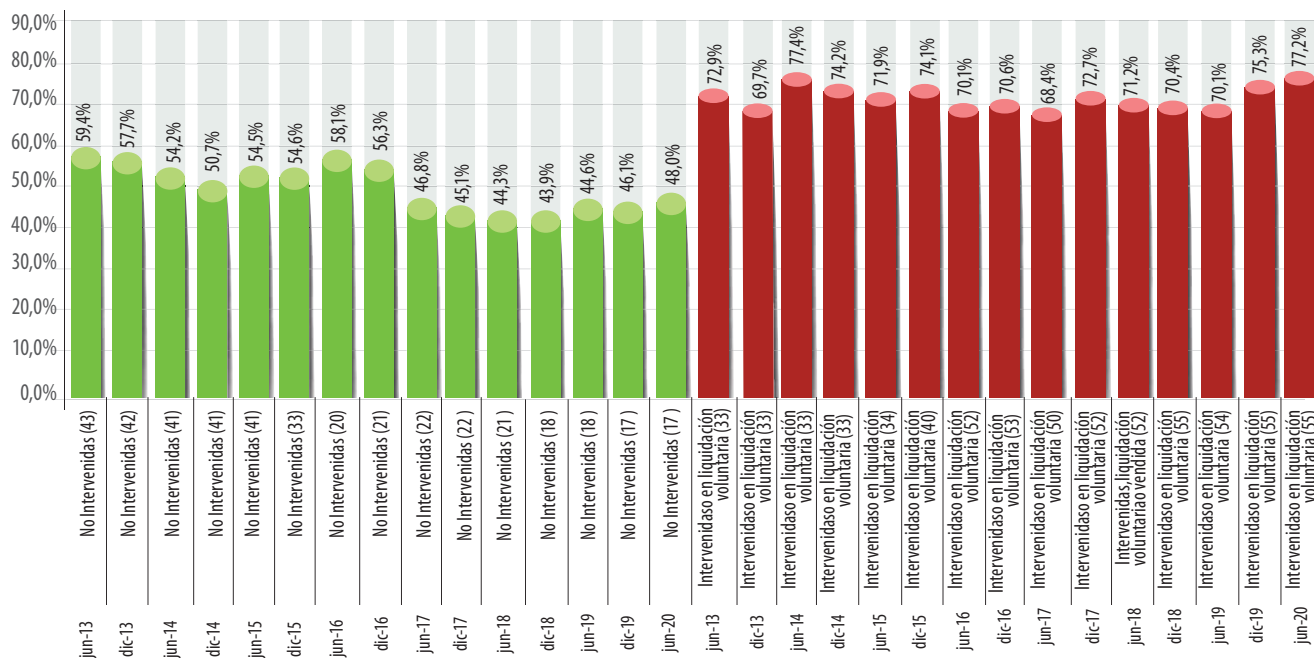
En el Gráfico 7 se puede ver el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades intervenidas o en liquidación voluntaria. A la fecha de corte de este estudio dicha concentración alcanza un nivel del 77,2% (superior en 1,9 puntos respecto a diciembre de 2019), explicado en parte por la liquidación

de varias EPS en el último tiempo. Durante los últimos 15 cortes observamos participaciones de cartera vencida por encima del 68%.

Por el lado de las EPS que no presentan intervención, este porcentaje se ubica en el 48,0%, mostrando igualmente una mayor concentración durante el último semestre evaluado (con un incremento de 1,9 puntos porcentuales respecto del último corte).

Gráfico 7. Concentración de cartera mayor a 60 días de entidades intervenidas, en liquidación voluntaria y no intervenidas.

SIN INCLUIR EL DETERIORO



Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Nota aclaratoria: La presente clasificación obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud al día 8 de octubre de 2020. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

3.2.7. Aseguradoras SOAT

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

El Cuadro 11 guarda la ordenación frente a la **cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2020**. En él podemos observar que las trece entidades autorizadas presentan una concentración de cartera en mora promedio del 67,8%, e igualmente en términos generales un empeoramiento en la mayoría los deudores con respecto a la situación presentada a diciembre de 2019 (72,0% vs. 65,3%). El monto total de cartera absoluta sin *deterioro* de las aseguradoras SOAT asciende a los \$ 216.815 millones a junio de 2020, inferior en \$ 40.127 millones frente a diciembre de 2019.

Las entidades autorizadas concentran globalmente el 2,1% de toda la deuda sin *deterioro*

reportada en el estudio a junio de 2020 (\$ 10,5 billones). Las aseguradoras de mayor morosidad absoluta que se ubican en las 5 primeras posiciones son Seguros de Vida del Estado S. A., AXA Colpatria Seguros S. A., La Previsora S. A. Compañía de Seguros, Compañía Mundial de Seguros S. A. y Seguros de Vida Suramericana S. A. Entre las 5 adeudan un total de \$ 184.519 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 69,3% a junio de 2020, frente al 61,9% del periodo inmediatamente anterior.

Si el criterio de ordenación se hiciese por la concentración de morosidad sin *deterioro*, tendríamos la información del Gráfico 5, donde QBE Seguros S. A. (ZLS Aseguradora de Colombia S. A.), La Previsora S. A. Compañía de Seguros de carácter público, Liberty Seguros de Vida S. A., AXA Colpatria Seguros S. A. y La Equidad Seguros de Vida OC completan las 5 primeras posiciones en su ordenación. Todas las anteriormente enunciadas presentan las participaciones más altas de cartera mayor a 60 días a junio de 2020.

Cuadro 11. Cartera de las aseguradoras SOAT por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)

A junio 30 de 2020
SIN INCLUIR EL DETERIORO

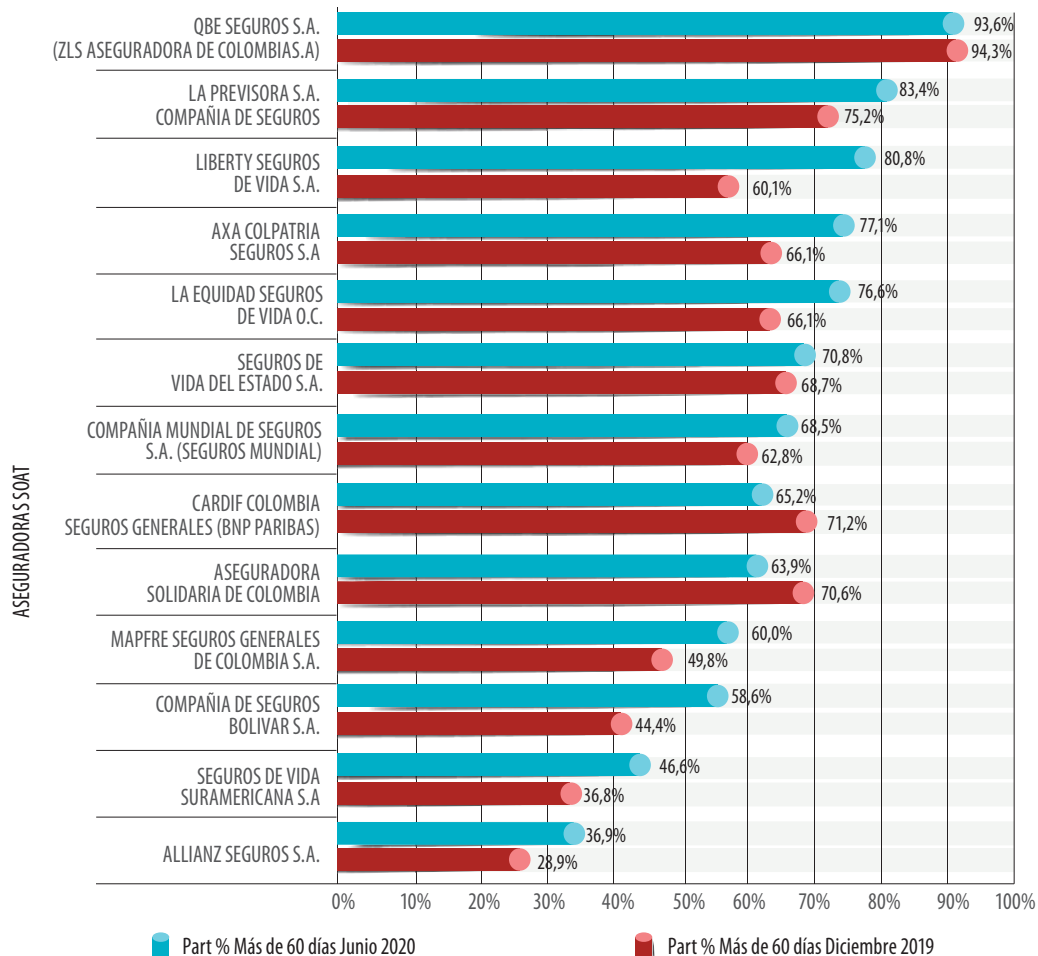
(Miles de \$ y % de participación)

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) total	60 días y más	Part. (%) MORA TOTAL Jun 2020	Part. (%) MORA TOTAL Dic 2019
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.	PRIVADA	13.145.439	25,9%	1.671.275	3,3%	1.609.625	3,2%	34.303.536	67,6%	50.729.876	23,4%	35.913.161	70,8%	68,7%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	PRIVADA	7.491.287	19,5%	1.299.377	3,4%	1.256.337	3,3%	28.376.316	73,9%	38.423.316	17,7%	29.632.653	77,1%	66,1%
LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	PÚBLICA	4.185.244	12,2%	1.509.155	4,4%	1.250.216	3,7%	27.284.125	79,7%	34.228.739	15,8%	28.534.341	83,4%	75,2%
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS MUNDIAL)	PRIVADA	10.320.654	27,0%	1.700.712	4,4%	1.371.813	3,6%	24.829.713	65,0%	38.222.892	17,6%	26.201.526	68,5%	62,8%
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	PRIVADA	10.396.681	45,4%	1.847.403	8,1%	1.687.386	7,4%	8.983.225	39,2%	22.914.695	10,6%	10.670.611	46,6%	36,8%
QBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S. A.)	PRIVADA	645.031	6,3%	15.102	0,1%	4.323	0,0%	9.648.702	93,6%	10.313.158	4,8%	9.653.025	93,6%	94,3%
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC	PRIVADA	1.204.115	17,9%	370.443	5,5%	330.596	4,9%	4.812.214	71,6%	6.717.368	3,1%	5.142.810	76,6%	66,1%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.	PRIVADA	938.596	16,2%	170.192	2,9%	177.922	3,1%	4.501.423	77,8%	5.788.134	2,7%	4.679.346	80,8%	60,1%
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	1.166.155	32,2%	140.753	3,9%	126.368	3,5%	2.184.958	60,4%	3.618.234	1,7%	2.311.326	63,9%	70,6%
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S. A.	PRIVADA	1.065.601	33,9%	191.106	6,1%	59.809	1,9%	1.828.922	58,1%	3.145.438	1,5%	1.888.731	60,0%	49,8%
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.	PRIVADA	458.463	33,8%	102.835	7,6%	40.307	3,0%	753.033	55,6%	1.354.638	0,6%	793.340	58,6%	44,4%
ALLIANZ SEGUROS S.A.	PRIVADA	617.878	57,7%	58.066	5,4%	33.924	3,2%	361.367	33,7%	1.071.235	0,5%	395.291	36,9%	28,9%
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES (BNP PARIBAS)	PRIVADA	53.101	34,8%	-	0,0%	217	0,1%	99.427	65,1%	152.745	0,1%	99.644	65,2%	71,2%
OTRAS		16.328	12,1%	2.612	1,9%	17.548	13,0%	98.300	72,9%	134.788	0,1%	115.848	85,9%	34,7%
TOTAL CARTERA 218 IPS AFILIADAS A LA ACHC		3.215.027.039	30,5%	567.069.960	5,4%	503.969.836	4,8%	6.248.979.643	59,3%	10.535.046.478	100,0%	6.752.949.479	64,1%	
PARTICIPACIÓN CARTERA ASEGURADORAS SOAT / TOTAL CARTERA 218 IPS ACHC			1,6%		1,6%		1,6%		2,4%		2,1%		2,3%	

Fuente: ACHC. Información que reportaron 215 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Gráfico 8. Composición de cartera mayor a 60 días de aseguradoras SOAT

Junio 30 de 2020 vs. diciembre 31 de 2019
SIN INCLUIR EL DETERIORO



Fuente: ACHC. Información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

3. CONCLUSIONES

Los estudios de cartera hospitalaria se vienen realizando desde el año 1998, lo que corresponde a un periodo de 22 años consecutivos de seguimiento. El presente estudio de cartera número 44 elaborado por la ACHC contó con un total histórico de 218 clínicas y hospitales reportantes (el número más alto de reportantes de todos los estudios elaborados).

Se debe tener en cuenta que para estos siete últimos periodos (junio 2017 – junio 2020) se debió incluir, por parte de las IPS, en sus estados de cuentas por cobrar los deterioros de

cartera morosa por edades, que registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Esto se ha hecho según lo estipulado por la Supersalud mediante la Circular Externa N.º 016 de 2016, con la entrada en vigor de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

A la fecha de corte de este estudio (junio de 2020), las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus cuentas por cobrar morosas un valor por \$ 2,1 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 20,4% de la deuda total sin *deterioro* (\$ 10,5 billones). Para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 218 instituciones es la siguiente:



- Cartera corriente y sin vencimiento: 35,9%
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 43,7%
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 20,4%
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0%

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

Es decir, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 218 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de diez billones quinientos treinta y cinco mil millones de pesos (\$ 10,5 billones de pesos aproximadamente), variación negativa de 5,6% con respecto a la deuda reportada en el semestre a diciembre de 2019, y con una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 64,1% (\$ 6,8 billones aproximadamente).

Si se tuviese en cuenta la inclusión del *deterioro de cartera morosa por edades*, bajo lo ordenado por la metodología NIIF, el valor de cuentas por cobrar a junio de 2020 para los 218 hospitales y clínicas reportantes sería de \$ 8,4 billones de pesos aproximadamente con una concentración de cartera morosa del 55,6% (\$ 4,6 billones).

Independientemente de los dos escenarios mostrados, vale la pena destacar que este estudio presenta una reducción en el monto absoluto de cartera total adeudado a las clínicas y hospitales afiliadas a la agremiación en comparación con todos los cortes anteriores. Esto fue debido a la caída en la facturación y en los ingresos de las IPS durante el primer semestre del año 2020, motivado por la pandemia mundial de COVID-19 y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno nacional del aislamiento preventivo obligatorio y el estado de emergencia,

económico, social y ecológico, en donde la mayoría de los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria.

En cuanto a la relación de cartera por edades comparada frente al semestre a diciembre de 2019, se observa una reducción a junio de 2020 de la cartera a 30 días más corriente (30,5% vs 32,7%) y un incremento en la participación de la cartera mayor a 90 días (59,3% frente al 56,3% del periodo a diciembre de 2019). La franja intermedia de 31 a 90 días presenta una reducción, ubicándose en 10,2%, frente al 11,0% del semestre pasado.

Cabe resaltar, como ya se indicó, que, dentro de la cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2020, situada en 64,1%, esta se compone de un 20,4% considerado como cartera de más difícil cobro o *deteriorada* según lo indica la metodología NIIF.

De manera global y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo (45,1%), seguida por las EPS-S del régimen subsidiado (24,3%) y en tercer lugar la categoría "Estado" (13,1%), la cual incluye la deuda de las entidades territoriales, el extinto operador fiduciario del FOSYGA, la deuda de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y otras entidades del Estado como Fuerzas Militares, Policía Nacional, ministerios, entre otros.

La morosidad, expresada como la concentración en cartera de 60 días y más, es del 79,6% para la categoría "Estado" (compuesta del

100,0% de cartera morosa del desaparecido operador fiduciario del FOSYGA, del 82,3% de cartera morosa de los entes territoriales y del 82,7% de cartera morosa de la ADRES), seguida del 67,1% para las EPS del régimen subsidiado y finalmente del 65,0% para las EPS del régimen contributivo. Todas las concentraciones de cartera en mora anteriores están por encima del 60,0% para cada tipo de deudor principal.

En síntesis, las EPS del régimen contributivo y subsidiado más la categoría “Estado” representan el 82,4% del total de la deuda a junio de 2020 (\$ 8,7 billones de pesos aproximadamente *sin deterioro*).

En el régimen contributivo, la mayor deudora es la Nueva EPS de carácter mixto con un monto aproximado a los \$ 1,3 billones de pesos aproximados. Por otro lado, la Nueva EPS registra un 58,5% de deuda superior a 60 días (incremento de 5,7 puntos porcentuales frente a la concentración de cartera de 60 días y más a junio de 2019).

Igualmente, destacan las concentraciones de cartera en mora de las EPS de carácter privado en operación del régimen contributivo. En su respectivo orden son: Coomeva EPS (82,8%), Comfenalco Valle (73,8%), Medimás EPS S. A. S. (70,7%) y S. O. S. EPS (58,8%). A su vez, estas cuatro entidades presentan una morosidad promedio del 71,6%, anotando que tres de estas tienen interpuesta medida cautelar de vigilancia especial ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de elaboración del presente estudio, por lo que son sujetas actualmente de la medida de giro directo⁴⁶ dentro del régimen contributivo.

En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta *Savia Salud* o *Alianza Medellín Antioquia S.A.S.*, con un monto total de

Las EPS del régimen contributivo y subsidiado más la categoría “Estado” representan el 82,4% del total de la deuda a junio de 2020 (\$ 8,7 billones de pesos aproximadamente *sin deterioro*).

\$ 528.600 millones, donde el 59,9% corresponde a cartera en mora, seguida de las EPS-S privadas en operación, *Emssanar ESS* con \$ 259.435 millones y un 45,3% de cartera vencida a junio de 2020 y *Asmet Salud ESS* con \$ 256.389 millones y un 57,8% de vencimiento.

Otro de los aspectos identificados en los últimos estudios elaborados es la cartera adeudada por algunas EPS-S del régimen subsidiado, que desde el año 2017 en adelante decidieron cambiar la razón social (NIT) de su entidad para convertirse a la categoría de Sociedad Simplificada por Acciones (S. A. S.) o a Sociedad Anónima (S. A.). En este sentido, las EPS como Coosalud, Asmet Salud, Ecoopsos y Emssanar ESS presentan una sustitución de deuda, donde, por un lado, disminuye la cartera nominal absoluta de la razón social antigua de la EPS y, por otro lado, se incrementa la deuda de su nueva razón social.

Con respecto a los entes territoriales (municipios y departamentos), el corte a junio de 2020 arroja un monto total adeudado de \$ 817.948 millones, superior que el reportado a diciembre de 2019. Esta cifra representa el 7,8% de la deuda total del estudio actual. Por otra parte, la cartera en mora (60 días y más) concentra el 82,3% frente al 73,8% registrado en diciembre pasado.

El departamento de Antioquia sigue presentándose como la entidad que mayor deuda total reporta en esta categoría (\$ 136.688 millones y 78,3% de la concentración de cartera mayor a 60 días a junio de 2020).

⁴⁶ Artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, y Resoluciones 0654 de 2014, 3503 de 2015, 3110 y 2916 de 2018.

En cuanto a los principales deudores del actual estudio de cartera hospitalaria, según el monto absoluto de la cartera mayor a 60 días a junio 30 de 2020 sin *deterioro*, se destacan la Nueva EPS (ambos regímenes), Medimás EPS SAS (ambos regímenes), la vendida y reciente intervenida para liquidar Cafesalud EPS (ambos regímenes), Coomeva EPS y Alianza Medellín Antioquia EPS S. A. S. (Savia Salud) como aquellas entidades que encabezan el *ranking* de las entidades que adeudan mayor valor absoluto de cartera considerada en mora (concentraciones de cartera morosa por encima del 58,0% y deudas totales superiores al billón de pesos en el caso de Nueva EPS).

La deuda total a junio de 2020 sin *deterioro* de las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado, en situación de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial, en programa de recuperación, o liquidación voluntaria, presentan una concentración conjunta de cartera morosa mayor a 60 días del 77,2%, equivalentes a \$ 3,4 billones de pesos.

Por otro lado, dicha participación conjunta es del 42,1% cuando se observa la deuda total por edades de

⁴⁷ Aunado al informe de resultados de Indicadores de *Permanencia Preliminares* publicado por la Superintendencia Nacional de Salud a diciembre del 2019 y en el marco del cumplimiento de los Decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016, 780 de 2016, 718 de 2017, 682 de 2018 y 1683 de 2019 sobre habilitación financiera, en donde el resultado de las EPS deficitarias del margen de solvencia fue de: \$ 1,2 billones para el régimen contributivo, \$ 4,5 billones para el régimen subsidiado y de \$ 2,4 billones para las EPS que prestan servicios en ambos regímenes, para un gran **DEFECTO TOTAL** de \$ 8,1 billones de pesos (sin incluir el déficit de la EPS COOSALUD, adicionado a la información financiera con inconsistencias de la EPS COMFAORIENTE). El informe completo puede consultarse en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenSubsidiado/INFORME%20PRELIMINAR%20DEL%20RESULTADO%20CUMPLIMIENTO%20IND%20CM%20Y%20PA%20v2.pdf>

A esa fecha (diciembre 2019), solo existían 4 EPS en todo el sistema de salud, desde la primera publicación de los indicadores de permanencia financiera en junio de 2015, que cumplen a cabalidad los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión. Estas son: SANITAS, SURA, ALIANSALUD y EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN, de un total de 35 EPS evaluadas en este estudio de la Supersalud.

⁴⁸ Durante el cierre de 2019, las compañías "Aseguradoras SOAT" presentaban *déficit técnico anual* por valor de \$ 95.090 millones de pesos, según los datos publicados por la CÁMARA TÉCNICA SOAT – FASECOLDA (ver: <https://fasecolda.com/ramos/soat/estadisticas-del-ramo/>). QBE SEGUROS S. A., SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A., AXA COLPATRIA SEGUROS S. A. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC fueron las que mayor déficit presentaron, en su respectivo orden, con un acumulado de \$ 116.180 millones de pesos.

estas 55 EPS sobre la deuda total del estudio a junio de 2020 (o sea sobre los 10,5 billones).

Estas 55 EPS concentran, a su vez, el 35,7% del total de afiliados al sistema de salud en Colombia a junio de 2020, o sea unos 17,3 millones de afiliados. Esta es una cifra significativa de la población que se encuentra posiblemente en "riesgo"⁴⁷ en relación con la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, se puede ver como el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades con "Intervención" se mantiene en niveles superiores al 77,0%, frente a las EPS "No intervenidas" (48,0%) a junio de 2020.

Por último, se presenta el comportamiento de la cartera adeudada por las compañías autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), en donde el panorama general promedio indica que la concentración de cartera vencida agrupada de estas entidades es del 67,8% a junio de 2019 y con respecto al 61,2% en el pasado corte a diciembre de 2019⁴⁸. Las entidades que mayor adeudan en su respectivo orden, siguiendo el criterio del monto absoluto de la cartera mayor a 60 días, son: Seguros de Vida del Estado S. A., Axa Colpatria Seguros S. A., La Previsora S. A. Compañía de Seguros, Compañía Mundial de Seguros S. A. y Seguros de Vida Suramericana S. A.

Para el conjunto total de aseguradoras, se presenta un mejoramiento de su situación con respecto a diciembre de 2019, si se toma en cuenta el monto absoluto de cartera total adeudado sin *deterioro* (\$ 216.815 millones a junio de 2020, frente a los \$ 256.942 millones a diciembre de 2019). ■



IMPLEMENTAMOS TECNOLOGÍA DE GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO PARA MEJORAR LA GESTIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE HOSPITALES.



Contamos con el **único agrupador GRD adaptado al sistema de información nacional** compatible con los nuevos modelos de contratación en salud.

Desde 2015, confían en nosotros **prestigiosas instituciones de Colombia.**



www.processum.org | www.avediangrd.com

Processum


AVEDIAN



Director de la ACHC: Proyecto de Ley 010 debe orientarse a buscar un sistema de salud para la población, no para los agentes

El director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Juan Carlos Giraldo Valencia, advirtió que para que el Proyecto de Ley 010 logre una verdadera reforma estructural y profunda del sistema, se tienen que resolver muchas de las observaciones que se han hecho al texto y el sentido de los títulos de algunos artículos deben coincidir con las redacciones y desarrollos que se proponen. “Este es un proyecto que tiene mensaje de urgencia, es una iniciativa en proceso que tiene aspectos positivos, pero se tiene que mejorar en su redacción y eliminar otros aspectos que consideramos que son redundantes con la normatividad actual o que definitivamente deberían ser tratados aparte”, así lo expresó durante audiencia pública realizada el pasado 26 de octubre por la Comisión Séptima del Senado.

De igual forma, señaló que el proyecto se debe debatir dando garantías para que todos los actores del sistema de salud puedan exponer de manera suficiente sus puntos de vista y con la leal convicción de apostarle a un sistema de salud mejor para la población y no para los agentes, de manera que todo lo consagrado en la Ley Estatutaria sea una realidad.

Durante la audiencia, el director de la ACHC expuso los artículos que se destacan del proyecto y responden a reformas necesarias en la operación del sistema e identificó los artículos que por su redacción deben ser revisados para no dejar dudas que lleven a hacer diversas interpretaciones. Por ejemplo, expone que: “sobre los aseguradores de salud, en el artículo 16, [se] ha generado un gran debate. Le doy la razón a algunos de los que dicen que esto es solo un cambio de nombre. A nosotros nos parece que todo el articulado orienta más la discusión hacia

una función de administración y no de aseguramiento. Creemos que esa A de la AS debería ser de administración y no de aseguramiento; eso armonizaría muchos de los componentes mencionados”. También afirmó:

El artículo 20, muy relacionado con el anterior, habla de la UPC, del fijo y del variable, pero no es claro, y después de observar las preocupantes intervenciones en esta audiencia, aquí no puede quedar la menor duda de que la Unidad de Pago por Capitación y los recursos de la salud son públicos, cotizados por el público, pagados como impuestos por el público, para atender a un público y, por tanto, deben ser recursos públicos. Aquí debería haber una oportunidad para mejorar esa redacción y que no quede ninguna interpretación; ya las Cortes han dado mucha jurisprudencia al respecto, pero todavía algunos consideran o tienen el sueño de poder apropiarse esos recursos. Creemos que esto tiene que ser público.

Además, sugirió que los capítulos 8 y 9 sobre talento humano y dignificación laboral, por la profundidad de los temas, se aborden en un proyecto exclusivo para ellos, como una ley autónoma, y teniendo en cuenta el papel y la opinión del sector educación. Así mismo, que se deben tener en cuenta los textos de otros proyectos que cursan en el Congreso de la República para enriquecer y mejorar el proyecto.

Finalmente, recordó que la pandemia por COVID-19 ha hecho una verdadera evaluación

al comportamiento de los diferentes agentes del sistema de salud “Yo levantó la mano y doy el paso al frente por hospitales y las clínicas de este país y por el talento humano en salud, que hemos cumplido la tarea y estamos orgullosos de estar enfrentando esta dificultad con tanta entereza. No puedo decir lo mismo

de muchos actores que han puesto las manos atrás, que han tratado de hacer lo mínimo posible o que ni siquiera a decreto limpio han cumplido con las obligaciones que tenían con el pueblo colombiano. Aquí en este espacio [Congreso de la República], es donde se debe dar la evaluación y la reforma se debe convertir en realidades y en cambios”, concluyó el director de la ACHC.

ACHC realizó jornadas de referenciación de experiencias hospitalarias en el manejo de COVID-19

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, de la mano de reconocidas entidades hospitalarias afiliadas al gremio, desarrollaron más 12 sesiones académicas en las que compartieron las experiencias y procesos que han adelantado para adaptar la prestación de servicios de salud ante la llegada de la pandemia por COVID-19.

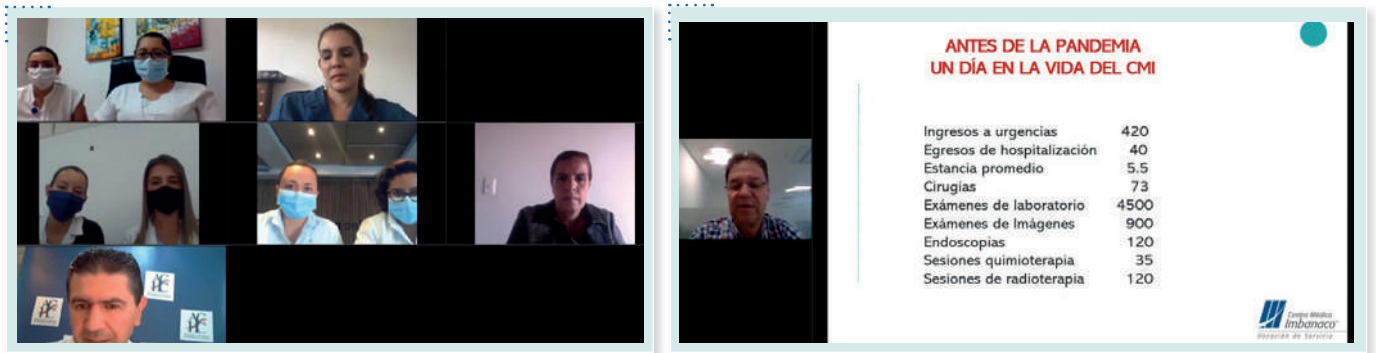
Más de 30 reconocidas entidades hospitalarias del país dieron a conocer las estrategias que adelantaron en la gestión clínica y administrativa para seguir brindando servicios de salud y atender de la mejor manera posible la contingencia generada por el COVID-19, pues, si bien los prestadores de servicios de salud actualmente concentran sus esfuerzos y recursos en afrontar la crisis de la pandemia por el SARS-CoV-2, también es cierto que lo deben hacer en el marco de las buenas prácticas de calidad individual y organizacional con el propósito

fundamental de promover, sostener y mejorar los resultados y desenlaces clínicos, que se constituyen en un imperativo ético para cualquier entidad que atienda pacientes.

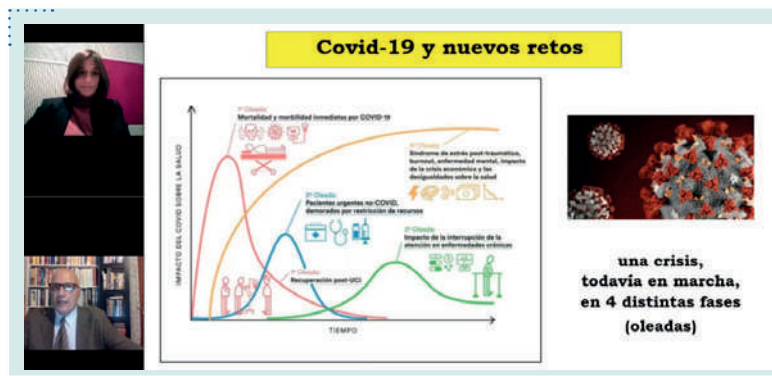
Las jornadas permitieron abordar temas como lo siguientes: diseño y preparación de las contingencias hospitalarias para el manejo del SARS-CoV-2; alistamiento de protocolos para enfrentar la crisis en servicios de ambulatorios y hospitalarios; cómo la pandemia cambió la manera de trabajar en prevención y el control



La calidad y acreditación fue uno de los temas abordados en las sesiones.



Líderes de diferentes áreas de reconocidas entidades afiliadas a la ACHC, compartieron sus experiencias, aprendizajes y retos en el abordaje de la COVID-19.



Entidades de España, Argentina, Italia y Bolivia, compartieron las lecciones aprendidas en la gestión de la pandemia en sus países.

de infecciones; protección física, mental y emocional del talento humano en salud; los desafíos de la enfermería en la atención de pacientes; experiencias de seguridad del paciente en la coyuntura por COVID-19, la calidad en tiempos de pandemia, proceso de información y manejo psicológico a usuarios y familias en el contexto del COVID-19; reapertura de los servicios de salud, prácticas para el manejo de las pacientes obstétricas y pacientes pediátricos en el marco de la pandemia por COVID-19, y la salud mental de los trabajadores de salud desde la psiquiatría, entre otros.

En las jornadas presentaron sus experiencias diversas entidades de toda Colombia como la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital General de Medellín, el Hospital Infantil Los Ángeles, el Hospital Universitario SES de Manizales, la Clínica Bonnadona, la Clínica Neurovascular DIME, Clínica Universitaria Bolivariana, el Centro Médico Imbanaco, Javesalud, la Clínica El Rosario de Medellín, el Instituto Roosevelt, la Clínica Palmira, la Clínica del Country, el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Fundación Cardioinfantil, la

Clínica del Occidente, la Fundación Valle del Lili, el Hospital Universitario San Ignacio, la Clínica Somer S. A. de Rionegro (Antioquia), la ESE Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la Clínica del Prado de Medellín, la Fundación Clínica Abood Shaio, Clínica Versailles de Manizales, la Fundación Clínica Campbell de Barranquilla, la Clínica Monserrat de Bogotá, la Clínica La Inmaculada de Bogotá, la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, la Clínica La Asunción de Barranquilla, la Clínica Eusalud de Bogotá, el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de Cartagena y Fundación Clínica Infantil Club Noel de Cali.

Además, se desarrolló una jornada para conocer la experiencia de hospitales extranjeros. En ella participaron el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España), el Sanatorio Allende de Córdoba (Argentina), la Clínica Alemana de Santiago de Chile y la Clínica de las Américas de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). **H**

Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca: 80 años brindando oportunidades de rehabilitación a niños con discapacidad visual o auditiva¹

La pandemia no impidió que el Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca celebrara sus 80 años de trabajo y dedicación a la rehabilitación de niños con discapacidad visual o auditiva. El pasado 17 de octubre, acompañados de más de 14 reconocidos artistas de la música vallecaucana, personajes de la cultura, entretenimiento y el deporte de la región, se realizó de manera virtual la Noche de Luz, una gala que reconoció y exaltó la labor de cientos de personas que han aportado para que el INCYS sea hoy una entidad fundamental en el sistema de salud del Valle del Cauca y del país.

Además, la Noche de la Luz buscó inspirar y movilizar los corazones generosos de la región en torno a una institución que durante sus 80 años ha trabajado por los niños y sus familias para que puedan formar parte de la sociedad, formarse académicamente y hacer realidad su proyecto de vida, como lo demuestran los niños ciegos y sordos que llegaron al instituto de meses, de 1, 3, 5 años, y hoy son profesionales exitosos. Con



Cortesía INCYS

Orquesta del Instituto de Niños Ciegos y Sordos conformada por los niños que reciben atención en la institución.

este evento, recaudaron recursos para atender la población con discapacidad visual y auditiva, que se encuentra a la espera de un tratamiento, un implante, una cirugía, una rehabilitación o habilitación para poder ver el rostro, sentir y escuchar la voz del amor.

Actualmente, el reto es reducir la ceguera en 1942 niños y la sordera en 576, niños que aún no han sido atendidos en la región. El instituto con su gestión anhela asistirlos para lograr su rehabilitación, que sean independientes y tengan calidad de vida. En este momento, por falta de

¹ Información de la Oficina de Comunicaciones del Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca.



Entre las actividades de celebración de los 80 años, el INCYS realizó la Noche de la Luz, en la que movilizaron la generosidad de los vallecaucanos.

recursos económicos, solo se ha podido dar atención al 6% de la población.

“Nos sentimos muy orgullosos de celebrar este importante aniversario porque gracias a cuatro administraciones, apoyadas en principios, valores, y con la mayor rigurosidad en el manejo de los recursos, el instituto llega a sus 80 años con las más altas calificaciones, que lo ubican como un referente en salud visual y auditiva en Latinoamérica. Prueba de ello es el reconocimiento del Banco Interamericano de Desarrollo y la Fundación Pies Descalzos por trabajar por la primera infancia hace 5 años, y el acompañamiento de la Christopher Blind Mission International de Alemania, por cerca de 40 años.” señala Pedro Pablo Perea, director general del Instituto.

El Instituto de Niños Ciegos y Sordos fue fundado en 1940 por Luisita Sánchez de Hurtado para brindar oportunidad de rehabilitación y habilitación a niños con discapacidad visual o auditiva, ubicados en sectores vulnerables (estratos 1 y 2) de la región. En estas ocho décadas ha logrado que más de 7.000 niños tengan la oportunidad de ver y escuchar; de prevenir la ceguera en más de 830 niños con el programa de retinopatía del prematuro, acompañados por el Ministerio de Salud; y que cerca de 250 niños puedan escuchar mediante implantes cocleares, logrando el desarrollo de un lenguaje oral que les permite ser incluidos en procesos educativo-sociales exitosos.

El INCYS en la pandemia

Así como en 1979 con el terremoto no suspendió sus servicios, en pandemia tampoco lo ha hecho. El instituto aceleró su proceso de digitalización y proyecto de telemedicina, lo que le ha permitido seguir prestando servicios médicos para la salud visual y auditiva desde la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de la telexpericia y la teleorientación. Descata Pedro Pablo Perea, Director General:

El proyecto de telemedicina empezaba en julio, se aceleró el proceso y lo sacamos en mayo. En la clínica se disminuyeron citas y se ajustaron turnos para proteger al paciente y al personal médico. Inicialmente, se dejó el servicio de urgencias y cirugías programadas. Luego, se abrió consulta con los especialistas, cumpliendo con el sistema de bioseguridad establecido por el Ministerio de Salud; y para dar mayor atención, se amplió el horario a toda la semana, incluidos sábados y domingos.

El Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca es patrimonio de la ciudad de Cali y, gracias a su dedicación y compromiso permanente con la comunidad a la que atiende, ha recibido reconocimientos de entidades como Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Fundación Pies Descalzos, la Organización de los Estados Americanos, el Ministerio de Educación Nacional, el Congreso de la República, la Gobernación del Valle del Cauca, la Alcaldía y el Concejo Municipal de Santiago de Cali y el premio Portafolio 2007, entre otros.

El INCYS actualmente presta servicios presenciales en cuatro sedes ubicadas en Cali-San Fernando, Cali El Vallado, Buenaventura y Palmira.

50 años del hospital con alma: el Hospital Pablo Tobón Uribe¹

La vida del Hospital Pablo Tobón Uribe comienza con el sueño de un hombre. Un hombre que en 1953 donó parte de sus bienes para construir un hospital con el propósito de ayudar a la comunidad, solo con la condición de que esta institución llevará su nombre. Pero fue solo hasta julio de 1970 que este sueño se hizo realidad con la inauguración del hospital y la atención del primer paciente el 26 de octubre, fecha en la cual se celebra su aniversario.

A partir de ahí, el Doctor Iván Darío Vélez Atehortúa, primer director del hospital y quien ejerció durante 30 años este cargo, comenzó a escribir una historia imborrable de servicio y proyección social. “Un hospital donde algunos dan más, pero ninguno recibe menos”, fue el lema que acompañó los primeros años. En 1981, la Fundación Alejandro Ángel Escobar entregó el reconocimiento “Un hospital con alma”, lema que inspira y define su misión hasta el momento.

Después de toda una vida de trabajo y dedicación, el 4 de febrero del 2000 el Doctor Iván Darío Vélez Atehortúa entregó la dirección al Doctor Andrés Aguirre Martínez, quien ha trabajado durante 36 años en el hospital, 20 de ellos como Director General. En la actualidad, el Dr. Aguirre continúa



Cortesía HPTU

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una entidad acreditada con excelencia

liderando con gran sentido humanista, educativo y científico.

El Pablo Tobón Uribe está abierto a toda la comunidad. Atiende pacientes de todos los regímenes en el marco del Sistema de Salud. El hospital tiene un gran compromiso con la calidad, enunciado por escrito en sus principios fundamentales desde antes de que iniciara su funcionamiento, pues entiende que la calidad es manifestación de respeto por los pacientes, colaboradores y comunidad. Desde el año 2005 está acreditado por el Sistema Colombiano de Acreditación y a partir del 2008 acreditado en la categoría de excelencia. El hospital también implementa estándares internacionales superiores de calidad, estando acreditado por la Joint Commission International desde el año 2015.

¹ Información de la Oficina de Comunicaciones del Hospital Pablo Tobón Uribe.



Cortesía HPTU

En los últimos años el HPTU ha puesto al servicio de los colombianos nueva infraestructura con tecnologías del última generación

Como hospital universitario, acompaña a los programas de formación asistencial y administrativa de diferentes universidades con las cuales tiene convenio. Actualmente, cuenta con una facultad de medicina en conjunto con la Universidad EIA y el Instituto de Educación Pablo Tobón Uribe, que tiene como finalidad la formación de técnicos y auxiliares de enfermería en jóvenes de estratos 1, 2 y 3. El adelanto de la investigación propia y los estudios de casas farmacéuticas han marcado un fuerte pilar en el desarrollo estratégico del marco del conocimiento.

Grandes avances científicos para el país se han gestado en el hospital, que ha sido reconocido por su liderazgo en donación y trasplantes en Colombia, con más de 5000 intervenciones de este tipo.

Durante sus 50 años de existencia, el Hospital Pablo Tobón Uribe ha construido y consolidado una cultura de servicio y de vocación social contribuyendo al bienestar de la comunidad. Ha desarrollado el programa “Somos Vecinos”, “Fraternidad”, el proyecto “Me cuido con el alma”, “Vecinos saludables” y “Proyecto ECHO”, entre otros, y ha focalizado sus esfuerzos en un sólido proceso de gestión humana y contribuido en la formación y capacitación del grupo de colaboradores. Este esfuerzo que se refleja en su certificación como Empresa Familiarmente Responsable (EFR).

El crecimiento reciente

El Hospital Pablo Tobón Uribe continúa escribiendo una historia llena de aprendizajes, logros y retos, en un entorno cada vez más exigente. La responsabilidad social y compromiso con la comunidad hacen parte de la esencia del hospital.

Buscando satisfacer las necesidades de los pacientes, se construyó la Torre A, inaugurada en 2016. Una edificación con infraestructura moderna y a la vanguardia de las últimas tecnologías, que le ha permitido ampliar el equipo multidisciplinario para brindar con integridad excelentes servicios de salud.

El cumplimiento de los compromisos con los proveedores e instituciones crediticias ha permitido desarrollar sus proyectos de crecimiento y renovación. Hoy en día cuenta con 470 camas para todas las especialidades, excepto psiquiatría como enfermedad de base, 265 camas para la atención de adultos, 61 pediátricas, 102 de cuidado crítico adultos (44 de ellas abiertas para soportar la pandemia), 25 de cuidado crítico pediátrico (8 de ellas abiertas para contribuir en la pandemia) y 12 para trasplante de médula ósea.

En 2020 se sigue ampliando el “alma del hospital” aumentando la capacidad de atención. La pandemia por COVID-19 trajo consigo uno de los momentos más retadores y coyunturales para la institución, enfrentándose a responder a las necesidades de los pacientes afectados por esta y otras condiciones médicas.

Por eso, hoy más que nunca el Hospital Pablo Tobón Uribe continúa incansablemente su trabajo con la comunidad y los pacientes. Su liderazgo y humanismo se ven reflejados en el trasegar al cuidado de la salud. Son 50 años de trayectoria con la mirada puesta en el futuro y el compromiso de seguir sirviendo con el alma.

La Fundación Santa Fe de Bogotá conmemoró su aniversario 48 con la entrega del Premio Humanismo en el Ejercicio Profesional 2020¹



Cortesía FSFB

Para la Fundación Santa Fe el talento humano es parte fundamental de sus logros y reconocimiento.

El pasado 30 de octubre, la Fundación Santa Fe de Bogotá conmemoró 48 años de trabajo continuo brindando más y mejor salud para Colombia y la región por medio de servicios de calidad, educación y gestión del conocimiento y el desarrollo de proyectos de investigación e intervención en la comunidad. Se llevó a cabo una ceremonia virtual en donde se entregó una distinción a los colaboradores con 10, 15, 20, 25, 30, 35 y 40 años de trayectoria dentro de la institución.

La celebración tuvo momentos muy emotivos, pues se realizó la entrega especial del Premio Humanismo en el Ejercicio Profesional 2020, que, en esta ocasión, galardonó a todos los miembros de la fundación en reconocimiento al esfuerzo realizado durante el presente año, destacando la dedicación, compromiso

y trabajo bajo los más altos estándares de calidad y seguridad, pero, sobre todo, en reconocimiento al cuidado, empatía, solidaridad y esfuerzo en equipo para hacerle frente a la pandemia por COVID-19.

Vale la pena resaltar que la Fundación Santa Fe de Bogotá amplió su capacidad hospitalaria en tiempo récord para responder a las necesidades de la ciudad y del país debido a la pandemia, convirtiéndose en la entidad privada de salud que más camas UCI ha aportado a la ciudad y ha apoyado y asesorado de manera virtual a diferentes hospitales públicos en el manejo de estas. La institución creó una línea exclusiva y separada de atención para la condición respiratoria COVID-19, brindando la tranquilidad y seguridad a visitantes y pacientes con otro tipo de dolencias de poder asistir al hospital universitario sin tener que descuidar su salud.

¹ Información de la Oficina de Comunicaciones Institucionales de la FSFB.



El empoderamiento que puede generar la tecnología de monitoreo continuo *flash* de glucosa en entornos hospitalarios¹

La diabetes sigue siendo una condición prevalente en todo el mundo. En el caso de Colombia, por ejemplo, cerca del 7% de la población ha tenido diagnóstico positivo para esta condición y se estima que alrededor de 17.000 muertes al año están asociadas con diabetes (1). Ante esta realidad, se han desarrollado herramientas tecnológicas, como el monitoreo continuo *flash* de glucosa y el tiempo en rango (TIR), y prácticas, como el telemonitoreo, para posibilitar un mejor panorama en el cuidado y tratamiento de la diabetes, teniendo un impacto positivo en varios ámbitos de atención, incluyendo el hospitalario.

El monitoreo continuo *flash* de glucosa es una tecnología que mide los niveles de este monosacárido y que permite obtener información actualizada del estado de los pacientes, evaluar el nivel de control que tienen y tomar decisiones de manera más sencilla, sin pinchazos en la mayoría de los casos². Dentro de estas métricas destaca el tiempo en rango, que es un estándar de control que muestra el porcentaje de tiempo diario que una persona pasa con sus niveles de glucosa en un rango óptimo y que, con el tiempo, proporciona más evidencia

para el mejor uso de la tecnología y el tratamiento adecuado.

Como ejemplo, la tecnología FreeStyle Libre ha demostrado impacto en más de 2,5 millones de personas en todo el mundo, según reporta Abbott, debido a sus comprobados beneficios en el control de la glucosa (2), disminución del tiempo de hiperglucemia (3) e hipoglucemia (4), así como reducción en hospitalizaciones (5) y en niveles de HbA1C (6), según indican estudios recientes.

Con la inclusión de estas herramientas, el telemonitoreo también juega un rol importante, ya que ha permitido optimizar el proceso de control glucémico gracias a la inclusión de aplicaciones móviles desde teléfonos inteligentes. Esta práctica genera un grupo de herramientas que posibilitan mayor autonomía, autocontrol y empoderamiento de los pacientes con base en datos actualizados, así como involucramiento a distancia de cuidadores y profesionales de la salud.

La hiperglicemia en el ambiente hospitalario se relaciona con desenlaces adversos, pero mejorar el control glucémico puede reducir estas complicaciones en pacientes hospitalizados. Monitorizar los niveles

¹ Información de Comunicaciones de ABBOT.

²* Se requieren punciones digitales para las decisiones de tratamiento cuando ve el símbolo "Verificar glucosa en sangre", cuando los síntomas no coinciden con las lecturas del sistema, cuando sospecha que las lecturas pueden ser inexactas o cuando experimenta síntomas que pueden deberse a niveles altos o bajos de glucosa en sangre.


de glucosa capilar (4 a 6 glucometrías diarias) intrahospitalariamente es una estrategia que permite mejorar el control glucémico con menor riesgo de hipoglucemia, la cual es un factor independiente asociado con morbilidad, mortalidad e incremento en la estancia hospitalaria (7). Dada la coyuntura de la pandemia de COVID-19, para minimizar el riesgo de infección entre profesionales de la salud y pacientes este sistema de monitoreo es de gran ayuda en hospitales al permitir a los trabajadores de la salud de primera línea monitorear de forma remota a los pacientes que reciben atención hospitalaria mediante la evaluación de los niveles de glucosa en tiempo real a distancia, como lo explicó la Dra. Diana Henao en la conferencia “Experiencia de uso de monitoreo continuo de glucosa en pacientes hospitalizados” en el programa virtual de experiencias exitosas de los aliados del sector hospitalario organizado por la ACHC.

Además, como se presentó en el Foro Internacional de Diabetes y COVID-19, para los pacientes que viven con esta condición los riesgos de hospitalización por infección de este virus son tres veces más altos que los de quienes no la tienen, y para quienes tienen tres o más comorbilidades aumenta hasta cinco veces (8). No obstante, si se cuenta con un buen control glucémico, los resultados adversos se pueden reducir hasta en un 98,9% (9).

“Este sistema, al poder ser usado en el ámbito hospitalario, simplifica el manejo del paciente ingresado por COVID-19 con hiperglucemia, dado que acelera su control glucémico por entregarle a los profesionales de la salud información suficiente con la cual optimizar ajustes de la dosis de insulina. Por otro lado, minimiza el riesgo de infección en dichos profesionales al permitirles monitorear de forma remota la glucosa del paciente y los indicadores de control necesarios sin toma de muestra en sangre, y también optimiza

los recursos en el ámbito hospitalario con menos tiempo de procedimiento y exposición biológica, menos consumo de elementos de seguridad y protección, y una gestión farmacológica más precisa” afirmó la Dra. Henao.

Referencias

1. Hospital Universitario San Ignacio. La diabetes, la causa de 17 mil muertes en Colombia [Internet]. El HUSI Hoy. 12 de noviembre de 2019. Disponible en: <http://www.husi.org.co/el-husi-hoy/la-diabetes-la-causa-de-17-mil-muertes-en-colombia>
2. Haak T, Hanaire H, Ajjan R, Hermanns N, Riveline J-P, Rayman G. Flash Glucose-Sensing Technology as a Replacement for Blood Glucose Monitoring for the Management of Insulin-Treated Type 2 Diabetes: a Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial. *Diabetes Ther Res Treat Educ Diabetes Relat Disord*. Febrero de 2017;8(1):55–73.
3. Complicaciones agudas de la diabetes definidas por hipoglucemia, coma hipoglucémico, hiperglucemia, cetoacidosis o hiperosmolaridad con códigos ICD-10 como diagnóstico primario para pacientes hospitalizados o como cualquier posición en el reclamo de emergencia para pacientes ambulatorios. Bergenstal RM, Kerr MSD, Roberts GJ, Souto D, Nabutovsky Y, Hirsch IRLB. 69-OR: Freestyle Libre System Use Is Associated with Reduction in Inpatient and Outpatient Emergency Acute Diabetes Events and All-Cause Hospitalizations in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes* [Internet]. 2020;69(Supplement 1). Disponible en: https://diabetes.diabetesjournals.org/content/69/Supplement_1/69-OR
4. Bolinder J, Antuna R, Geelhoed-Duijvestijn P, Kröger J, Weitgasser R. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). noviembre de 2016;388(10057):2254–63.
5. Fokkert M, van Dijk P, Edens M, Barents E, Mollema J, Slingerland R, et al. Improved well-being and decreased disease burden after 1-year use of flash glucose monitoring (FLARE-NL4). *BMJ Open Diabetes Res Care* [Internet]. 2019;7(1). Disponible en: <https://drc.bmj.com/content/7/1/e000809>
6. Improving HbA1c control in people with Type 1 or Type 2 diabetes using flash glucose monitoring: a retrospective observational analysis in two German centers; Gerhard Klausmann, Ludger Rose. Presentado en el evento 12th Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD) en Berlín, Alemania.
7. American Diabetes Association (ADA). 15. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care* [Internet]. 2020;43(Supplement 1):S193–S202. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S193
8. Mercedes Cartnethon, PhD. Presentado en: Virtual International COVID-19 and Diabetes Summit. August 2020.
9. Zhu L, She Z-G, Cheng X, Qin J-J, Zhang X-J, Cai J, et al. Association of Blood Glucose Control and Outcomes in Patients with COVID-19 and Pre-existing Type 2 Diabetes. *Cell Metab* [Internet]. 2 de junio de 2020;31(6):1068-1077.e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2020.04.021> 

Lo que a sus pacientes le interesará saber sobre la cirugía bariátrica

La obesidad es una enfermedad que afecta a uno de cada 100 colombianos.¹ Hoy en día tratarla sigue siendo un desafío para el sector salud, y adicionalmente, en esta coyuntura derivada del Covid-19, quienes la sufren tienen un mayor riesgo de mortalidad asociada al virus, ya que son más propensos a síndrome de hipoventilación y a enfermedades cardiovasculares, entre otras condiciones.

A pesar de los resultados comprobados de la cirugía bariátrica, muchos pacientes con obesidad no contemplan la opción de realizarse procedimientos quirúrgicos, ya que sienten que serán percibidos como personas con poca voluntad que optaron por el camino fácil, sin dejar de lado, además, algunos mitos sobre el procedimiento que generan temores en esta población.

Por esta razón, Johnson & Johnson Medical Devices y la Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica (ACOCIB) se unen en la iniciativa **Decido por Mí**, con el objetivo de aportar al cambio de percepción que existe sobre los pacientes que se practican la cirugía bariátrica y desmitificar algunas falsas creencias alrededor de la misma.

A continuación, le informamos los mitos más comunes que impiden que los pacientes con obesidad recurran a la cirugía bariátrica, y logren una pérdida de peso sostenida en el tiempo, al tiempo que mejoran su calidad de vida:

1. “No podré volver a comer”: después de la cirugía la capacidad del estómago se reduce².

Esto afecta el volumen de comida que el paciente puede ingerir. Los especialistas lo guiarán con un cambio en su dieta, tanto en cantidad de alimentos como en componentes de la misma.

2. “Se me van a caer las uñas y el pelo”: la cirugía traerá cambios en la función gastrointestinal del cuerpo que pueden causar que la absorción de nutrientes de los alimentos disminuya y se refleje en síntomas como éstos. Por esto, es vital que los pacientes sigan las instrucciones de los especialistas, enfocándose en consumir suplementos nutricionales y vitaminas.³

3. “¡La cirugía es mi última opción! dieta y ejercicio son suficientes”: las modificaciones de estilo de vida como opción única para el tratamiento de la obesidad tiene resultados muy limitados en los pacientes obesos (sólo del 5% al 10% de exceso de peso perdido en el primer año y una alta probabilidad de re-ganancia de peso) y por eso se recurre a la cirugía bariátrica.⁴

4. “La cirugía es peligrosa y la recuperación es larga y dolorosa”: la cirugía ha evolucionado y es realizada por grupos expertos, por eso su riesgo es similar al de una operación para extraer la vesícula (colecistectomía). La cirugía se hace por pequeñas heridas (incisiones) y se llama laparoscopia o mínima invasión.

5. “No podré quedar embarazada si me opero”: por el contrario, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomienda

¹ Autor [El Colombiano]. Título de la web [217.000 colombianos, en su mayoría mujeres, padecen obesidad mórbida]. Fecha de publicación [09/14]. Fecha de consulta [09/18]. Disponibilidad: http://www.elcolombiano.com/historico/217000_colombianos_en_su_mayoria_mujeres_padecen_obesidad_morbida-NFEC_312384

² Bavaresco, M., Paganini, S., Lima, T.P. et al. Nutritional Course of Patients Submitted to Bariatric Surgery. OBES SURG 20, 716-721 (2010) doi:10.1007/s11695-008-9721-6

³ Harbottle, L. (2011). Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. Obesity Reviews, 12: 198-204. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00737.

⁴ Westerveld D, Yang D. Through thick and thin: identifying barriers to bariatric surgery, weight loss maintenance, and tailoring obesity treatment for the future. Surg Res Pract. 2016;2016:8616581.

la reducción de peso antes de la concepción y reconoce a la cirugía bariátrica como un tratamiento positivo pre-embarazo.⁵

6. “Me opero y listo, ¡no tengo que hacer más!”: estudios han demostrado que las estrategias que ofrecen los mejores resultados en el sostenimiento del peso después de la cirugía son:⁶ modificación en la alimentación y las porciones evitando alimentos de alto contenido de azúcar y calorías, disciplina en la actividad física, y seguimiento con un grupo de especialistas multidisciplinario.

7. ¿Para qué me opero si volveré a subir de peso?: cuando el paciente demuestra un com-

⁵ Beard, J.H., Bell, R.L. & Duffy, A.J. Reproductive Considerations and Pregnancy after Bariatric Surgery: Current Evidence and Recommendations. OBES SURG 18, 1023-1027 (2008) doi:10.1007/s11695-007-9389-3

⁶ - 16 Westerveld D, Yang D. Through thick and thin: identifying barriers to bariatric surgery, weight loss maintenance, and tailoring obesity treatment for the future. Surg Res Pract. 2016;2016:8616581

promiso con modificaciones disciplinadas en la dieta, actividad física diaria y automonitoreo del peso, los resultados a largo plazo son positivos, y esta preocupación disminuye considerablemente.

Tratar la obesidad a tiempo mejora la expectativa y calidad de vida de quienes la sufren. **Decido por Mí** es una invitación para que los pacientes demuestren que son personas empoderadas para tomar las mejores decisiones sobre su tratamiento, Para más información ingresa a link de página oficial.

Decido por mí es la campaña desarrollada por Johnson & Johnson e implementada en alianza con ACOCIB que busca comunicar los mitos que existen alrededor de la cirugía bariátrica y aportar a la ampliación de este procedimiento como un tratamiento efectivo para la obesidad que requiere tanto del compromiso del paciente como de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

¡Existen muchos mitos sobre la cirugía bariátrica y queremos romperlos!



Johnson & Johnson Medical Devices y la Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica (ACOCIB) se unen en la iniciativa DECIDO POR MÍ, con el objetivo de aportar al cambio de percepción que existe sobre los pacientes que se practican la cirugía bariátrica y desmitificar algunas falsas creencias alrededor de la misma.

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

Asociación Colombiana
de obesidad y cirugía bariátrica

Johnson & Johnson
MEDICAL DEVICES COMPANIES

G20 anuncia acciones para mitigar efecto de la pandemia y se compromete a financiar vacunas COVID-19 para los países pobres



En su más reciente cumbre extraordinaria, el G20, grupo integrado por 20 países considerados como las principales economías del mundo, se comprometió a hacer todo lo necesario para superar los estragos de la pandemia por COVID-19, trabajando de la mano de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Grupo del Banco Mundial (GBM), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otros organismos internacionales, para proteger vidas, defender el trabajo y los ingresos de la población; restablecer la confianza, preservar la estabilidad financiera y reactivar el crecimiento; reducir al mínimo las perturbaciones para el comercio y las cadenas de suministro globales; brindar ayuda a todos los países que necesiten asistencia; y coordinar cuestiones de salud pública y medidas financieras.

Luego de dos días de cumbre virtual, los representantes de Alemania, Arabia Saudí, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, India, Indonesia, Italia, Japón, México, Reino Unido, Rusia,

Sudáfrica, Turquía, la Unión Europea, España y Suiza, y Jordania y Singapur, estos dos que fueron invitados a participar este año, en su declaración final expusieron los mandatos y acuerdos con los que buscarán avanzar para restablecer las economías en el mundo y ayudar a los países con mayores dificultades para enfrentar la pandemia desde los puntos de vista de salud pública, económico y social. La declaración final de la cumbre indica:

La lucha contra esta pandemia exige una respuesta global transparente, sólida, coordinada, a gran escala, con fundamento en la ciencia y con espíritu solidario. Tenemos el firme compromiso de presentar un frente unido contra esta amenaza común.

Nos entristece profundamente la trágica pérdida de vidas y el sufrimiento que padecen las personas de todo el mundo. Es nuestra absoluta prioridad hacer frente a la pandemia y a sus impactos interrelacionados en materia sanitaria, social y económica. Expresamos nuestra gratitud y apoyo a todos los trabajadores sanitarios que trabajan en primera línea mientras continuamos luchando contra la pandemia.

El G20 se comprometió a aportar los fondos necesarios para financiar el acceso de los países más pobres a la vacuna contra la COVID-19 a través de COVAX, la iniciativa de la OMS que

busca un acceso equitativo mundial a las vacunas contra dicho coronavirus:

Nos comprometemos a tomar todas las medidas sanitarias necesarias y procurar garantizar financiamiento suficiente para contener la pandemia y proteger a las personas, en especial a los más vulnerables. Compartiremos información transparente y oportuna; intercambiaremos datos epidemiológicos y clínicos; compartiremos los materiales necesarios para la investigación y el desarrollo, y fortaleceremos los sistemas sanitarios a nivel global, incluso mediante el apoyo a la plena implementación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS (RSI 2005). Ampliaremos la capacidad de producción para satisfacer la creciente necesidad de insumos médicos y garantizaremos su amplia disponibilidad, a un precio asequible, sobre la base de la equidad, donde más se necesiten y con la mayor rapidez posible. Destacamos la importancia de comunicar al público de manera responsable durante esta crisis sanitaria global. Encomendamos a nuestros Ministros de Salud reunirse con la frecuencia que sea necesaria para intercambiar las buenas prácticas de sus respectivos países y desarrollar una serie de acciones urgentes del G20 para luchar contra la pandemia de manera conjunta para su reunión ministerial, que tendrá lugar en abril.

Según los datos más recientes de los coordinadores de COVAX, aún se requieren alrededor de 28.000 millones de dólares en financiación, de los que 4.200 millones se necesitan antes del final del año.

El G20, además, contrario a lo anunciado por EE. UU. hace algunos meses, reiteró su respaldo a la gestión de la Organización Mundial de la Salud, OMS, y los países firmantes se

comprometieron a continuar fortaleciendo el mandato de la organismo para coordinar la lucha internacional contra la pandemia, incluida la protección de los trabajadores sanitarios de primera línea y el suministro de insumos médicos, en especial herramientas de diagnóstico, tratamientos, medicamentos y vacunas. Puntualiza la declaración:

A fin de preservar nuestro futuro, nos comprometemos a fortalecer la capacidad nacional, regional y global, nos comprometemos a trabajar juntos para incrementar los fondos destinados a la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos, aprovechar las tecnologías digitales, y fortalecer la cooperación científica internacional. Mejoraremos nuestra coordinación, incluso con el sector privado, a fin de desarrollar, fabricar y distribuir rápidamente diagnósticos, medicamentos antivirales y vacunas, con la eficacia, seguridad, equidad, accesibilidad y asequibilidad como objetivos.

Para establecer las acciones a corto plazo, el G20 pidió a la OMS, en cooperación con los organismos pertinentes, que evalúe las brechas existentes en la preparación ante pandemias e informe sus conclusiones en una reunión conjunta de Ministros de Finanzas y Salud a realizarse en los primeros meses de 2021, con miras a establecer una iniciativa global de preparación y respuesta ante futuras pandemias. Esta iniciativa aprovechará los programas existentes para alinear prioridades en la preparación mundial y funcionará como plataforma de financiamiento y coordinación universal, eficiente y sostenida para acelerar el desarrollo y la entrega de vacunas, diagnósticos y tratamientos.

El grupo manifiesta su preocupación por África y los pequeños estados insulares, donde los sistemas de salud y las economías pueden estar menos preparados para hacer frente al desafío, así como el riesgo específico que enfrentan los refugiados y las personas desplazadas, y advierte que es importante consolidar la defensa de la salud de África para la resiliencia de la salud global y se comprometa a fortalecer el desarrollo de capacidades y la asistencia



El Grupo de los 20 reiteró su respaldo las medidas regulatorias y de supervisión adoptadas para asegurar que el sistema financiero continúe respaldando la economía.

técnica de estas comunidades de riesgo y a movilizar fondos para promover el desarrollo y los fines humanitarios.

Respecto a las estrategias para reestablecer la economía mundial, el Grupo de los 20 reiteró su respaldo a algunas de las medidas que han venido tomando los bancos centrales en la coyuntura de la pandemia para apoyar el flujo de crédito a los hogares y las empresas, promover la estabilidad financiera y mejorar la liquidez en los mercados mundiales. Asimismo, respaldó las medidas regulatorias y de supervisión adoptadas para asegurar que el sistema financiero continúe respaldando la economía.

Como parte de las acciones para establecer las estrategias de apoyo a los países con mayores dificultades, pidieron al Fondo Monetario Internacional realizar un análisis sobre las necesidades de financiación externa en los países de bajos ingresos en los próximos años y de opciones financieras sostenibles, y a la Organización Mundial del Trabajo (OIT) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que monitoreen el impacto de la pandemia sobre el empleo e informe al grupo su evolución para tomar las medidas más convenientes para proteger la fuerza laboral.

El G20 señala:

Estamos tomando medidas urgentes y contundentes para brindar apoyo a nuestras economías; proteger a los trabajadores, las empresas —especialmente las micro, pequeñas y medianas empresas—, y a los sectores más afectados, y resguardar a los más vulnerables a través de medidas sociales apropiadas. Estamos inyectando \$4,8 billones a la economía mundial, como parte de políticas

fiscales selectivas, medidas económicas y programas de garantía a fin de contrarrestar los impactos sociales, económicos y financieros de la pandemia.

[...] Continuaremos tomando medidas de apoyo fiscal audaces y a gran escala. La acción colectiva del G20 aumentará su impacto, garantizará la coherencia, y aprovechará las sinergias. La magnitud y el alcance de esta respuesta lograrán restablecer la economía mundial y sentarán bases sólidas para proteger el empleo y recuperar el crecimiento. Solicitamos a nuestros Ministros de Finanzas y Presidentes de Bancos Centrales que coordinen periódicamente su labor para desarrollar un plan de acción del G20 en respuesta al COVID-19 y que trabajen en estrecha colaboración con los organismos internacionales para brindar rápidamente la asistencia financiera internacional adecuada.

En el documento, 20 de las economías más fuertes del mundo también se comprometen a seguir trabajando para facilitar el comercio internacional, coordinar acciones para evitar dificultades en la operación entre los países y lograr un entorno de comercio e inversiones libre, justo, no discriminatorio, transparente, predecible y estable, para mantener la apertura de los mercados.

En la declaración, el grupo manifiesta su disposición a tomar todas las medidas que sean necesarias y reunirse las veces que sean necesarias: “La acción global, la solidaridad y la cooperación internacional son más necesarias que nunca para hacer frente a esta pandemia. Confiamos en que, si trabajamos en estrecha colaboración, superaremos esta situación. Protegeremos la vida humana, restauraremos la estabilidad económica mundial y estableceremos bases sólidas para un crecimiento fuerte, sostenible, equilibrado e inclusivo” concluyen. **H**

El COVID-19 como enfermedad laboral directa para el talento humano en salud en Colombia

Un aspecto que, sin duda, en medio de una pandemia requiere ajustes, es el normativo, no solo por la imperiosa necesidad de contar con los marcos jurídicos que permitan el desarrollo de las decisiones, sino porque Estados como el nuestro requieren del mandato escrito y expreso.

Se han hecho ingentes esfuerzos en diversos asuntos. Hay temas que se han ido ajustando sobre la marcha, algunos ameritaron acciones más inmediatas y otros que, requiriendo inmediatez, no se han dado aún. Vale la pena mencionar los ajustes hechos en nuestro ordenamiento jurídico en el ámbito laboral, respecto del talento humano en salud, que no solo debe enfrentar de manera directa la atención del contagio, sino que este en sí mismo pasó a ser un vector del virus.

La Enfermedad Respiratoria Aguda por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) causada por el virus SARS-CoV-2, declarada como una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, fue nombrada oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de febrero de 2020, como COVID-19 (por sus siglas en inglés).

La situación ameritó que el equipo de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizara las recomendaciones sobre la codificación de los casos confirmados y sospechosos de COVID-19, y el uso de códigos adicionales. Así, el 27 de marzo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó los códigos de uso de emergencia de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) asignados por la OMS para la enfermedad COVID-19, con los nombres “U07.1 COVID-19, virus identificado” y “U07.2 COVID-19, virus no identificado”,¹ definiéndolos de la siguiente manera:

- **U07.1 COVID-19, virus identificado:** Se asigna a un diagnóstico de enfermedad de COVID-19 confirmado por pruebas de laboratorio.
- **U07.2 COVID-19, virus no identificado:** Se asigna a un diagnóstico de enfermedad de COVID-19 confirmado por pruebas de laboratorio.

En Colombia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado mediante el Decreto 417 de 2020, derivado de la Pandemia COVID-19, el Gobierno nacional expidió, entre otros, los Decretos Legislativos 488, 500, 538

Fabiola Alba Muñoz*

*Jefe Jurídica ACHC

¹ Ministerio de Salud y protección Social. Instrucciones para el registro, codificación y reporte de enfermedad respiratoria aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbimortalidad del Sistema de Salud. Abril de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSPS01.pdf>

y 676 de 2020, mediante los cuales se adoptaron medidas laborales y se destinaron recursos del Sistema de Riesgos Laborales (SGRL) para enfrentar la pandemia, para un sector con mayor riesgo como son los trabajadores del sector de la salud.

Pese a la experiencia que había mostrado la situación de contagio en el personal asistencial que se vio en Europa y a que esto generó que en otras latitudes se adoptaran más medidas de protección al personal, rápidamente las instituciones hospitalarias en nuestro país se vieron enfrentadas a que su personal se contagiara o entrara en fase obligada de aislamiento mientras se verificaba un posible contagio. Esta situación, por supuesto, no solo obligó a ajustes en materia operativa, sino que puso en evidencia una situación para la que no se tenía contemplado un procedimiento.

Nuestra normatividad define a la enfermedad laboral como aquella contraída como resultado de la **exposición a factores de riesgo** inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. La norma prevé que el Gobierno nacional determine, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales (artículo 4.º de la Ley 1562 de 2012). Si una enfermedad no está catalogada como laboral, es necesaria la determinación o calificación por parte de las juntas de calificación de invalidez que así lo determinen. Por su puesto, el enfermar por COVID-19 no estaba contemplado en nuestro

ordenamiento como una enfermedad de origen laboral.

Mediante el Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020², “Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, se ordenó la inclusión de la COVID-19 como enfermedad laboral directa dentro de la tabla de enfermedades laborales respecto de los trabajadores del sector de la salud, incluido el personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnósticos y atención de esta enfermedad, por lo que se estableció que las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), desde el momento del diagnóstico confirmado de COVID-19, debían reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad laboral por esa enfermedad, sin que se requiriera la determinación de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez³, como hasta ese momento debía hacerse.

En desarrollo del artículo 13.º del Decreto Legislativo 538 de 2020, se expidió el Decreto Legislativo 676 el 19 de mayo, estableciendo que:

al ser el COVID-19 un riesgo biológico, debe ser considerado como una enfermedad laboral directa para el personal de salud, incluido

² Artículo 4 de la Ley 1562 del 2012.

³ Mediante el artículo 13.º del Decreto Legislativo 538 de 2020, se elimina el requisito de que trata el párrafo 2 del artículo 4.º de la Ley 1562 de 2012, respecto de la actualización de la tabla de enfermedades por el Ministerio de Salud y Protección Social por lo menos cada tres (3) años, a efectos de incluir a la COVID-19 como enfermedad laboral directa respecto de los trabajadores del sector salud.

el personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnósticos y atención de esta enfermedad, garantizando los servicios asistenciales y prestaciones económicas de manera inmediata, una vez se conozca el diagnóstico [...]. (Consideraciones del Decreto 676 de 2020).

También modificó el artículo 4.º y la Sección “Parte A del Anexo Técnico del Decreto 1477 de 2014”, para incorporar “COVID-19 Virus identificado” y “COVID-19 Virus no identificado” como enfermedad laboral directa para los trabajadores dependientes o independientes vinculados mediante contrato de prestación de servicios, haciendo que las Administradoras de Riesgos Laborales deban “... reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad laboral por COVID-19”.

Esta decisión, más que justa, debía evitar que tanto las instituciones empleadoras como los trabajadores tuvieran que adelantar engorrosos procesos para que, una vez confirmado el virus, este fuera calificado como de origen laboral y de esa manera el trabajador afectado pudiera acceder sin dilaciones a las coberturas y beneficios que establece este sistema de protección al riesgo laboral.

El Ministerio de Salud y Protección Social también expidió **lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional a la COVID-19 en instituciones de salud**, en el que impartía directrices y recomendaciones para la actuación en las diversas etapas del proceso⁴.

⁴ Ministerio de Salud y protección Social. Lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al COVID-19 en instituciones de salud. Marzo de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf>

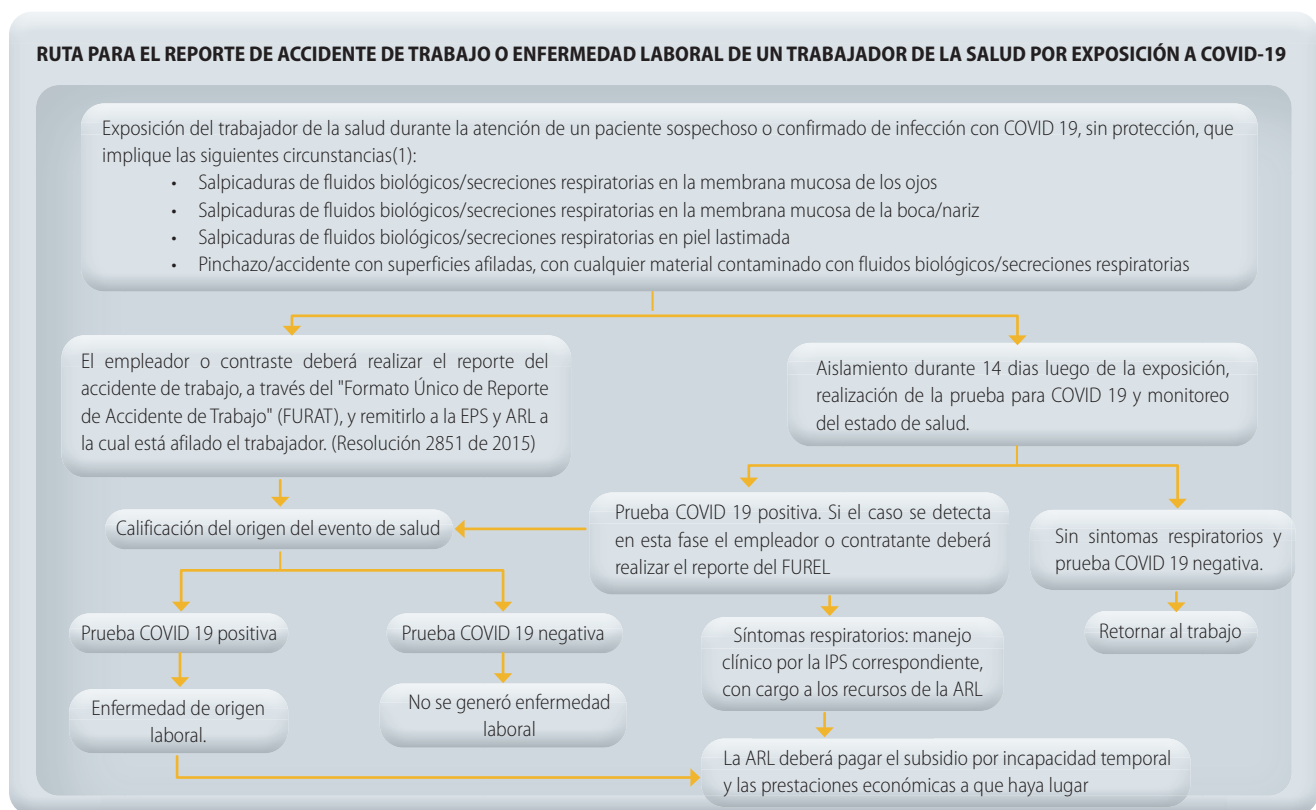


Figura 1. Algoritmo tomado de los lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al covid-19 en instituciones de salud. Marzo de 2020.



El haber establecido la enfermedad por COVID-19 como enfermedad laboral directa en nuestro ordenamiento jurídico permitió a los trabajadores afectados acceder a las coberturas que establece el Sistema de Riesgos Laborales

Reconocimiento y pago del subsidio por incapacidad temporal por COVID-19.

La Ley 776 de 2002 define en su artículo 2.º que se “entiende por incapacidad temporal, aquella que, según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado” y que:

Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien por ciento (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario. Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional (artículo 3.º de la Ley 776 de 2002).

Prestaciones asistenciales a cargo de las ARL:

- Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- Servicios de hospitalización.
- Servicio odontológico.
- Suministro de medicamentos.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.
- Rehabilitación física y profesional.
- Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios (artículo 5.º del Decreto 1295 de 1994).

Prestaciones económicas a cargo de las ARL:

- Subsidio por incapacidad temporal;
- Indemnización por incapacidad permanente parcial;
- Pensión de invalidez;
- Pensión de sobrevivientes; y,
- Auxilio funerario (artículo 7.º del Decreto 1295 de 1994).

Como puede verse, el haber establecido la enfermedad por COVID-19 como enfermedad laboral directa en nuestro ordenamiento jurídico permitió a los trabajadores afectados acceder a las coberturas que establece el Sistema de Riesgos Laborales, reconocimiento más que justo a quienes han afrontado de manera directa la atención de pacientes afectados. No obstante, no se ha tenido la misma suerte con el pago y reconocimiento del tiempo de aislamiento que debe cumplir el personal con sospecha de contagio o a quien tiene un reporte negativo, pues este sistema de protección no incluye este episodio como una incapacidad temporal de origen laboral y, por consiguiente, pese a que se ha abordado de manera tangencial, no se ha facilitado este proceso ni a las IPS empleadoras ni a su personal (Decreto 1374 de 19 de octubre de 2020, “Por el cual se optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID-19 en Colombia”).

Transformación digital para los servicios de salud

Los meses iniciales de la pandemia y el aislamiento marcaron un hito más en la relación entre la tecnología y la prestación de los servicios de salud. Inicialmente, el desafío se centró en acompañar a los prestadores en la extensión de sus servicios a nivel de infraestructura física y agregar conectividad a las plataformas tecnológicas. En una segunda etapa, casi simultánea, el foco fue ubicar elementos para la medición de temperatura y el distanciamiento social. Soluciones simples, como un termómetro, ahora se integran con elementos de internet de las cosas incorporando inteligencia artificial para, con gran exactitud, medir la temperatura o establecer el uso de tapabocas utilizando cámaras térmicas y avanzados algoritmos, capaces de alertar con gran exactitud si una persona en tránsito tiene fiebre o requiere de una alerta por incumplir medidas de bioseguridad. Finalmente, el último y tercer foco fue la necesidad de acelerar y mejorar las opciones de teleconsulta, y para terminar el año el reto es la seguridad de la teleconsulta.

Los ámbitos relacionados con la experiencia, acceso y seguridad en la teleconsulta son los que verán mayor desarrollo y adopción en lo que

resta del año y en el inicio de 2021. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia, el volumen de teleconsultas aumentó de 361.000 en el mes de marzo de 2020 a casi tres millones en mayo. En consecuencia, el uso de las TIC (tecnologías de información y comunicación) en el sector salud ha cobrado gran relevancia no solo por la prisa en que los diferentes sistemas a nivel mundial buscan adaptarse para salvar vidas, sino porque esta nueva realidad nos ha entregado y confirmado diferentes formas conectar al paciente con los profesionales de la salud.

Los desarrollos y avances tecnológicos conducentes a lograr un diagnóstico virtual entre un médico general o un especialista y su paciente se

Camilo Neira¹

¹ Director de Producto Carvajal Tecnología y Servicios
Camilo.neira@carvajal.com



Cortesía Carvajal Tecnología y Servicios



Indican los encuestados que el 50% de las citas que se generan para medicina general tardan en promedio 6 días, mientras que el 88% de las citas con médico especialista en una EPS demoran hasta 10 días.

estaban dando a una velocidad conservadora. Esta realidad la cambió la necesidad derivada de la pandemia y la cuarentena, buscando lograr la atención por dispositivos que van desde un teléfono móvil hasta herramientas especializadas tipo web, permitiendo a los pacientes tener la atención sin generar el contacto físico al cual estábamos acostumbrados. Naturalmente, este cambio genera un gran desafío para la prestación de los servicios en salud, que se empiezan a conectar de manera diferente con sus pacientes y, por ende, con los jugadores tecnológicos que venían acompañando el sector.

Ahora bien, el reto de la teleconsulta radica en la experiencia eficiente para las dos puntas conectadas: el paciente, que se encuentra al frente, y el prestador del servicio, que se encuentra atrás. La adopción y utilización de tecnologías móviles, experiencia de usuario y videos en alta definición, entre otros, aportan en la experiencia del paciente; pero el registro de la atención médica, pago electrónico de las consultas y agendamiento configuran la mayor parte del valor en las soluciones, pues se enfocan en la experiencia del prestador del servicio. Por lo tanto, el desarrollo de una solución de teleconsulta debe atender ambas puntas haciendo el proceso fácil, trazable y práctico para los involucrados.

El Decreto 538 de 2020 tuvo un impacto altamente positivo en Colombia en cuanto al despliegue y adopción de la teleconsulta. A partir de la política pública se generó conciencia de manera muy rápida. Según un estudio realizado por Carvajal Tecnología y Servicios a un

grupo de 864 colombianos entre el 1 y el 17 de septiembre del presente año, de los cuales el 53% eran mujeres y el 47% hombres con edades entre los 25 y los 45 años, encontramos que el 70% de las personas encuestadas aseguran que los motivadores principales para acceder a una consulta virtual para los casos del régimen subsidiado es el tiempo con el que se puede acceder a la cita, y para el usuario de medicina complementaria o prepagada la comodidad que genera el tipo de servicio virtual. Es de anotar que el 36% de los encuestados tienen plan de medicina complementaria y el 64% accede a la salud a través de un mecanismo de EPS.

Indican los encuestados que el 50% de las citas que se generan para medicina general tardan en promedio 6 días, mientras que el 88% de las citas con médico especialista en una EPS demoran hasta 10 días. Asimismo, cuando hablamos de servicios de teleconsulta o telemedicina los encuestados están dispuestos a pagar por ello, en respuesta a que, en tiempos de pandemia, existe un gran temor al contagio.

Por otro lado, consultando con el personal médico, tanto en el segmento de la medicina general como el segmento especializado resaltan que la teleconsulta genera un amplio alcance a la comunidad de pacientes, entendiendo esa función primordial de acompañar a la sociedad y salvar vidas. También resaltan que la opción de la teleconsulta incentiva claramente la reactivación de forma segura de la necesidad que tiene el paciente de la valoración médica.

Regresando a su funcionamiento, es importante mencionar que la teleconsulta tiene instantes claves antes del momento de la verdad, que es donde se logra la conectividad entre

médico y paciente. En la etapa previa, es fundamental poder entender que el agendamiento, el conocimiento del proceso y la facilidad para los dos partes es una responsabilidad del equipo que lidera la tecnología. Componentes como la experiencia de usuario y la simplicidad son fundamentales para que el modelo prospere en el tiempo. En la etapa final o posterior, el registro del acto médico y la comunicación del resultado de la consulta con el paciente deben permitir una facilidad y efectividad de la información, guardando la completitud que la normatividad exige en cuanto a la historia clínica.


Es claro, entonces, que se puede esperar un crecimiento exponencial en el uso de la teleconsulta para ahorrar tiempo, obtener citas más rápido o incluso llegar a poblaciones apartadas. El reto ahora es enfocarse en la seguridad de esta atención desde el punto de vista informático. ¿Qué significa esto? Significa que los ecosistemas de teleconsulta pueden ser ahora vulnerables a ataques informáticos, por lo que la ciberseguridad cobra un importantísimo rol en la prestación del servicio de manera digital. El reto que abordamos ahora es lograr proteger de manera preventiva y proactiva la transmisión y custodia de la información privada y confidencial del paciente al médico, que se garantice la debida confidencialidad y el escudo de protección para que la ciberdelincuencia no acceda ni a la cita, ni a los datos ni a la historia clínica.



Cortesía Carvajal Tecnología y Servicios

La adopción de las tecnologías a nivel generacional presenta retos para pacientes y usuarios que no adoptarán la tecnología. Para ellos es necesario tener los mecanismos adecuados en vía de no restringir el acceso a los servicios en salud. Este es uno de los desafíos de la transformación digital en el sector.

Carvajal Tecnología y Servicios se encuentra comprometido con este reto. Durante la cuarentena del segundo trimestre del año, en tan solo meses se logró poner a punto una solución que conecta a los usuarios y finaliza en la historia clínica de manera 100% digital y segura.

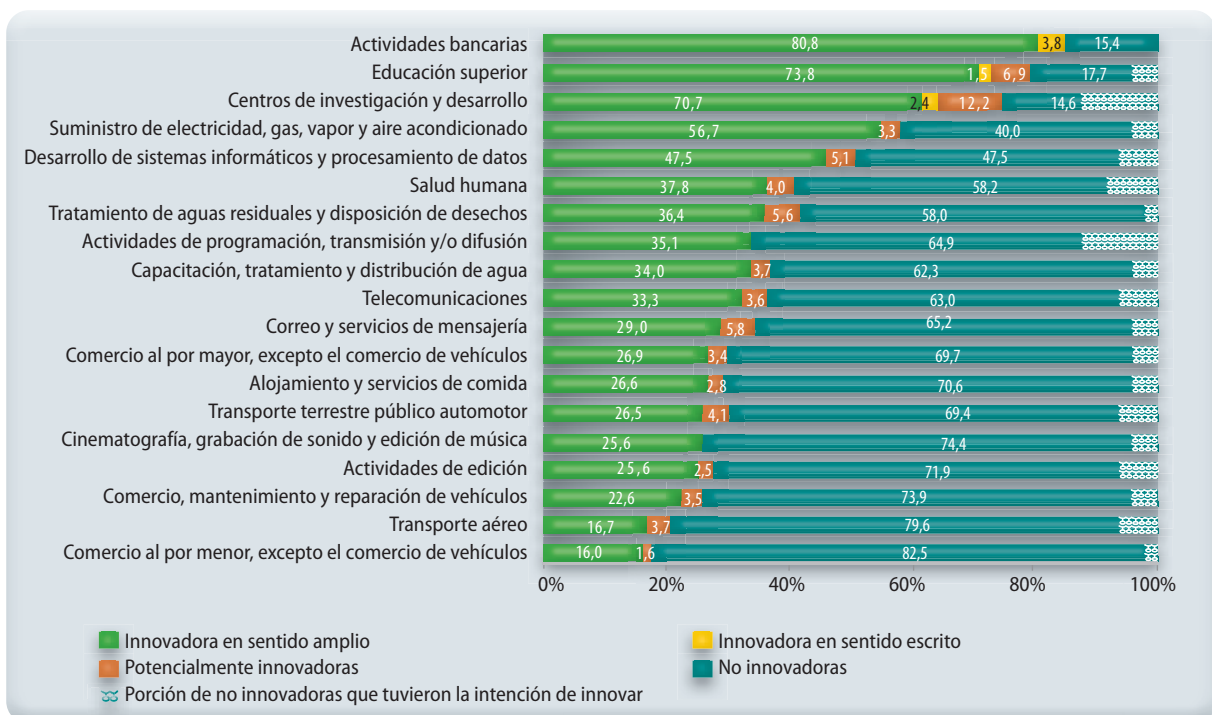
La palanca tecnológica que los aliados al sector salud podemos generar para su transformación digital está en su mejor momento. Nos acompaña la coyuntura vista como una oportunidad para generar mayor acceso a los servicios. 

Desarrollo e innovación tecnológica de las empresas colombianas

El Departamento Nacional de Estadística (DANE) reveló recientemente los resultados de la Séptima Encuesta de Desarrollo e Innovación Tecnológica aplicada a empresas del sector servicios y comercio (EDITS VII), que determinó que las empresas del sector bancario son las que mayor innovación han tenido en sus servicios en los últimos dos años, seguidas de las entidades de educación superior y los centros de investigación. La encuesta, que fue aplicada a 9304

empresas de los subsectores de servicios y comercio, explica que el concepto de innovación empresarial es entendido “como la introducción en el mercado de un producto (servicio o bien) nuevo o mejorado, o la implementación de un proceso nuevo o mejorado, que difieren significativamente de aquellos productos o procesos realizados previamente por la empresa”. No son consideradas como innovaciones los cambios de naturaleza estética, ni tampoco los cambios simples de organización o gestión, que hace una empresa.

Distribución porcentual de las empresas por tipología definida en función de resultados de innovación, según actividad económica. Total nacional 2018-2019



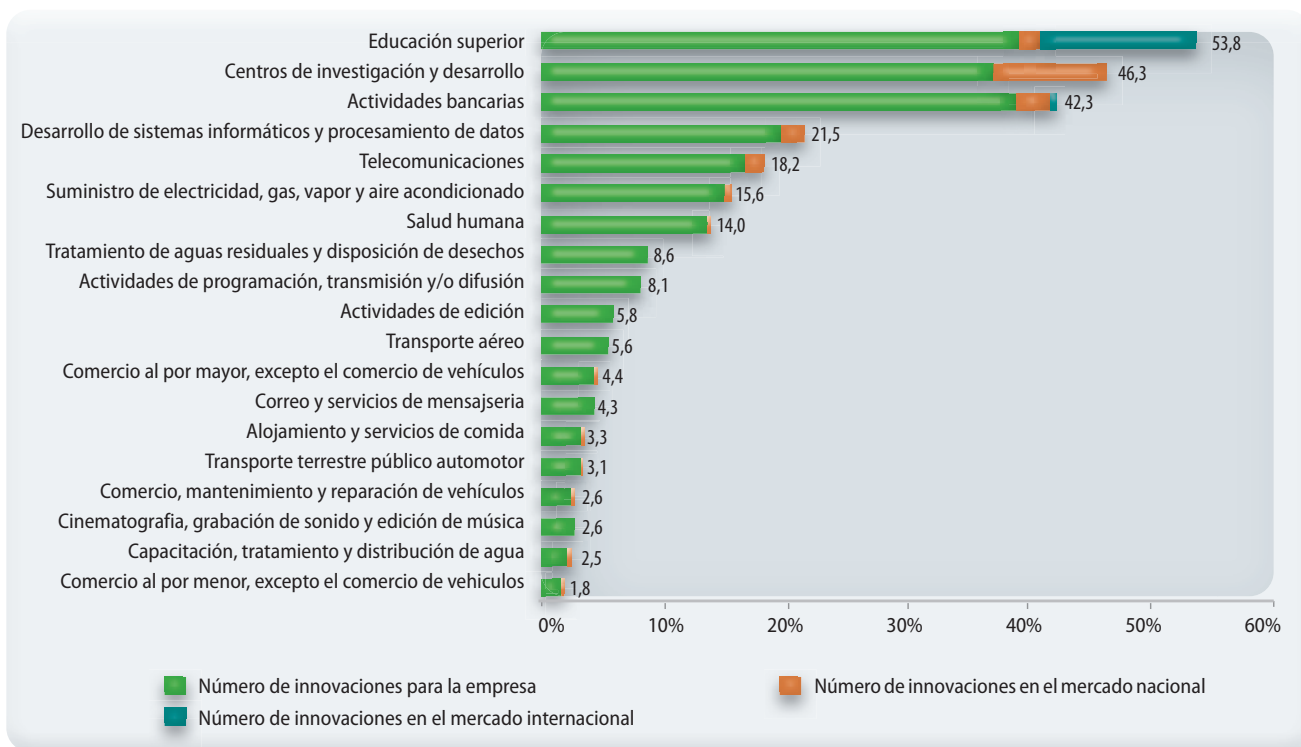
Fuente: DANE, EDITS.

De acuerdo con la tipología de empresas (innovadoras en sentido estricto, innovadoras en sentido amplio, potencialmente innovadoras y no-innovadoras), las actividades bancarias presentaron la mayor proporción de empresas innovadoras en sentido estricto dentro de su subsector (3,8%) e innovadoras en sentido amplio dentro de su subsector (80,8%), mientras que los centros de investigación y desarrollo presentaron la mayor proporción de empresas potencialmente innovadoras (12,2%). Esto en contraste con el sector de comercio de vehículos, que registró una baja en

innovación y es el de mayor proporción de empresas no innovadoras (82,5%).

Respecto a la innovación en productos nuevos, la encuesta señala que, durante el período 2018-2019, la actividad dedicada a educación superior fue la que registró el mayor porcentaje de empresas innovadoras en servicios o bienes nuevos, con 53,8% dentro de su subsector, seguida por los centros de investigación y desarrollo, con 46,3%. El informe destaca que todas las actividades investigadas presentaron mayor proporción de innovaciones de servicios o bienes para la empresa, en comparación con las innovaciones en el mercado nacional e internacional.

Porcentaje de empresas innovadoras de productos nuevos,* distribuido por el número de innovaciones a nivel de alcance, según actividad económica. Total nacional

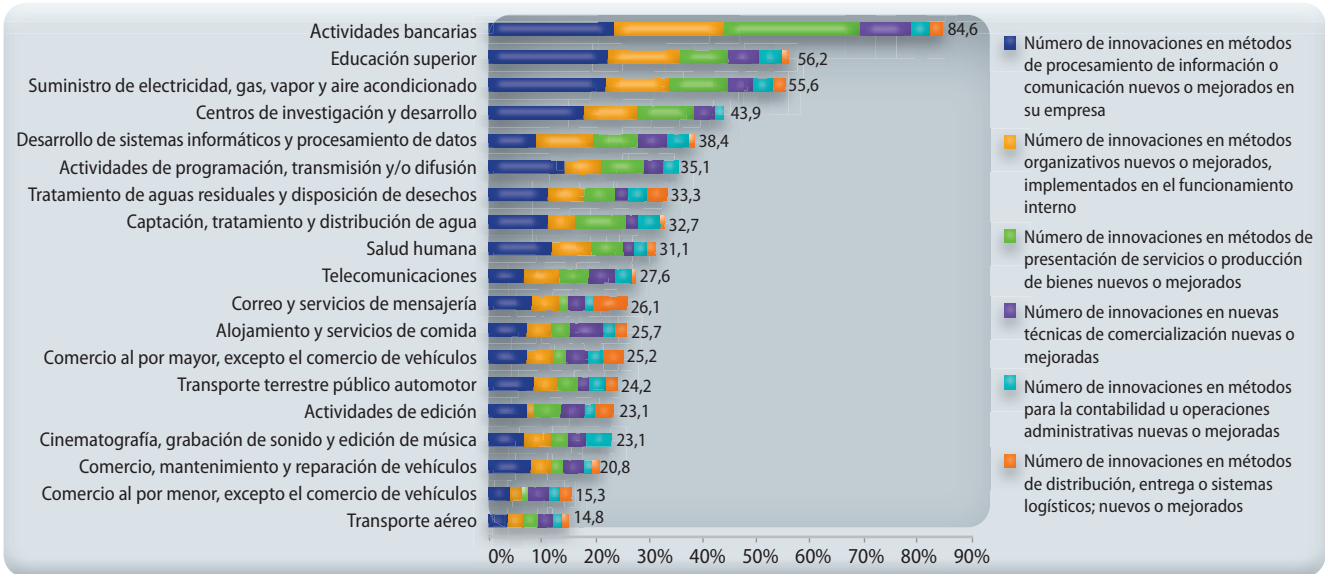


Fuente: DANE, EDITS. * Se refiere a las empresas innovadoras en sentido estricto e innovadoras en sentido amplio.

Al observar la innovación en servicios o bienes mejorados, las actividades bancarias registraron el mayor porcentaje de empresas innovadoras con 53,8% dentro de su subsector, seguidas por los centros de investigación y desarrollo con 53,7%.

En cuanto a la innovación en los procesos, el sector bancario también fue el que registró el mayor porcentaje de empresas innovadoras con 84,6% dentro de su subsector, seguido por educación superior con 56,2% dentro de su subsector.

Distribución de las innovaciones en procesos llevados a cabo por las empresas, por tipo de proceso según actividad económica. Total nacional 2018-2019

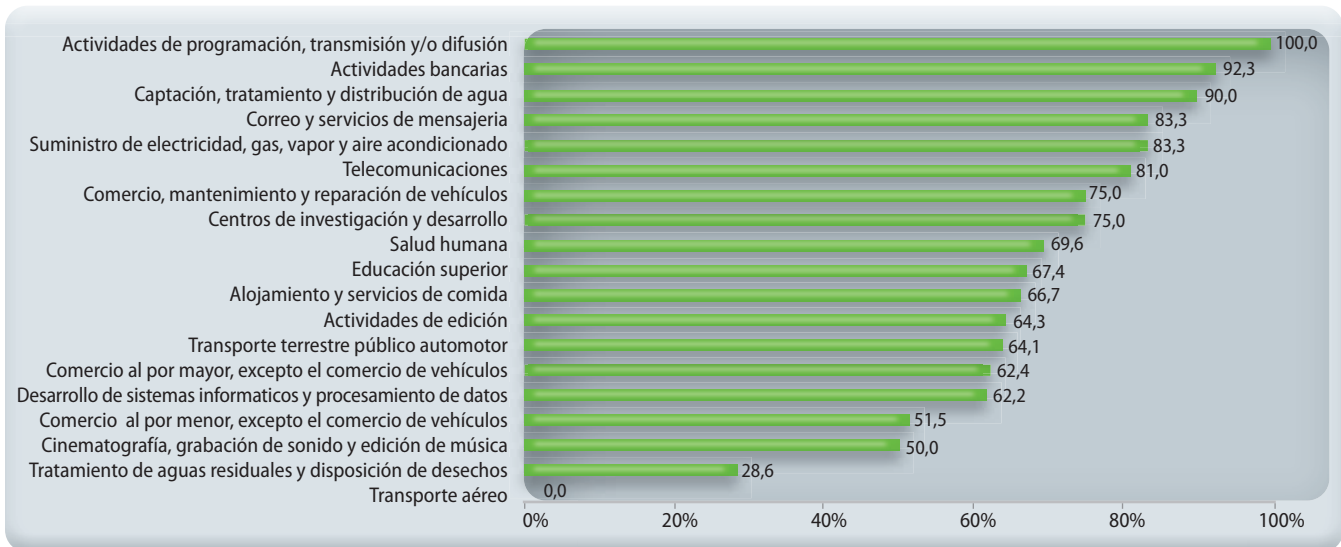


Fuente: DANE, EDITS.

El sector bancario registró el mayor el número total de innovaciones en métodos de prestación de servicios producción de bienes nuevos o mejorados; en el número de innovaciones en métodos de distribución, entrega

o sistema logísticos y servicios de mensajería, y en métodos de procesamiento de información o comunicación se destacaron los centros de investigación y desarrollo.

Porcentaje de las empresas innovadoras en técnicas de comercialización que usaron las TIC según actividad económica. Total nacional 2018-2019



Fuente: DANE, EDITS.

Otro aspecto que midió la encuesta fue el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones en la innovación en técnicas de comercialización, registrando que las de mayor innovación en este aspecto fueron las empresas de actividades de programación, transmisión y/o difusión;

el 100% hizo uso de las TIC. Les siguen a ellas las entidades bancarias con el 92,3% dentro de su subsector y en tercer lugar las actividades de captación, tratamiento y distribución de agua, con un 90,0% dentro de su subsector. **H**

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución 1630 (16 de septiembre de 2020)

Por la cual se modifican los artículos 5 y 7 de la Resolución 1463 de 2020 – Valor pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico SARS-CoV-2 (COVID-19).

Se modifica la Resolución 1463 de 2020 en el sentido de reajustar el valor de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para COVID-19 y el procedimiento para su reconocimiento y pago por parte de la ADRES, considerando que algunos municipios y áreas no municipalizadas y los municipios caracterizados como zona de dispersión geográfica carecen de oferta de laboratorios avalados para realizar el diagnóstico, lo que genera un costo adicional que deberá reajustarse.

Los valores establecidos financian lo necesario para la realización del procedimiento, incluyendo la toma de muestra, el procesamiento, el

transporte hasta el laboratorio responsable del procesamiento y entrega de resultados. En caso de requerirse consulta de atención domiciliaria el valor de esta se realizará con cargo a los recursos de la UPC. Se tomará como referencia los municipios relacionados en el Anexo 1 de la Resolución 3513 de 2019, para establecer los municipios caracterizados como zona especial de dispersión geográfica. Así mismo, se tendrá en cuenta el listado de los laboratorios que realizan las pruebas para COVID-19 inscritos en el Registro Especial de Laboratorios (RELAB).

Se pagará a las IPS que se encuentren registradas en el REPS, independiente de la clase de prestador de servicios, de conformidad con la relación o factura, o a las EPS o EOC, cuando esta asuma directamente la compra de las pruebas.

**Resolución nro. 1628 (15 de septiembre de 2020)

Determina la integración y el reglamento operativo para el funcionamiento de la Instancia de Coordinación





y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19).

La presente resolución determina que la instancia de coordinación y asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra la COVID-19 estará integrada por: 1. El Ministro de Salud y Protección Social, 2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, 3. El Director Nacional de Planeación, 4. El Director del Instituto Nacional de Salud, 5. El Director del INVIMA, 6. El Director del IETS, 7. Un representante de las secretarías de salud en los niveles departamental, municipal y distrital, 8. Un representante de la Asociación Colombiana de Infectología, 9. Un representante de la Academia Nacional de Medicina, y 10. Un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

**** Decreto nro. 1258 (15 de septiembre de 2020)**

Por el cual se crea una instancia de Coordinación y Asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19).

La instancia de Coordinación y Asesoría formará parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud para analizar y recomendar las estrategias y mecanismos que debe adoptar el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de acceder a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19) para superar la emergencia sanitaria generada por la pandemia de este nuevo coronavirus, atendiendo a los principios de disponibilidad, universalidad, equidad, solidaridad y oportunidad del derecho fundamental a la salud.

La integración y el reglamento para su funcionamiento serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el marco de sus competencias, la instancia estará integrada por entidades del nivel nacional y territorial, instituciones académicas y de investigación y otros actores que puedan aportar al cumplimiento de las funciones de la instancia de coordinación y asesoría.

**** Resolución nro. 1621 (14 de septiembre de 2020)**

Por la cual se delega la función de adelantar la compra de los medicamentos para la hepatitis C a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y se dictan otras disposiciones.

La ADRES adelantará la compra directa de los medicamentos para la hepatitis C crónica para el régimen contributivo y subsidiado, con cargo a los recursos que administra. Para el cabal cumplimiento de la función delegada, el Ministerio de Salud adelantará los estudios técnicos, epidemiológicos y administrativos previos a la compra y todos los procesos y actividades posteriores, incluyendo gestión administrativa, operativa y logística de los bienes adquiridos.

**** Resolución nro. 1726 (25 de septiembre de 2020)**

Por la cual se modifican los artículos 3 y 5 de la Resolución 1756 de 2019 en el sentido de conceder nuevos plazos para el reporte del plan de aplicación de los excedentes de cuenta maestra del Régimen Subsidiado.

Con la presente resolución, los municipios que decidan hacer uso de los excedentes de cuentas maestras para la atención de urgencias que se hayan prestado o se presten a la población migrante regular no afiliada o irregular deberán reportar la actualización del plan de aplicación con corte a 31 de diciembre del año 2019 a sus departamentos a más tardar el 28 de septiembre de 2020. Para las acciones de salud pública con ocasión de la pandemia derivada de la COVID-19, deberán reportar la actualización del plan de aplicación con corte a 31 de diciembre

del año 2019 a sus departamentos a más tardar el veintiocho de septiembre.

**** Decreto nro. 1757 (2 de octubre de 2020)**

Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 1161 de 2020 ampliando el término para el pago por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios.

Mediante la presente resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social amplía el pago por disponibilidad de cuidados intensivos e intermedios por un término de cinco (5) meses y podrá prorrogarse en atención a la evolución de la pandemia.

*****Resolución nro. 1620 (14 de septiembre de 2020)**

Establece e implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y demás EOC para los cánceres priorizados.

Con la presente resolución, se excluye a las EPS y EOC que se encuentra liquidadas y aquellas con operación inferior de doce (12) meses de la medición de los indicadores, excepto el de prevalencia. De igual forma, se modifica el indicador de prevalencia para los cánceres priorizados previsto en la Resolución 3339, al tiempo de precisar que el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la validación de la información suministrada desde la Cuenta de Alto Costo.

*****Resolución 1774 (6 de octubre de 2020)**

Define los perfiles ocupacionales para el reconocimiento económico por única vez en favor del talento humano en salud que preste sus

servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, la metodología para el cálculo del monto, y el mecanismo de giro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

La presente resolución aplica al talento humano en salud (THS) reportado por el Instituto Nacional de Salud, las IPS, entidades territoriales y la ADRES, quien validará la información con la información reportada, el RETHUS, la base de datos del Servicio Social Obligatorio (SSO), la planilla de liquidación de aportes (PILA) y las demás que la administradora considere. La ADRES podrá solicitar a los reportantes las explicaciones que considere ante las inconsistencias que se presenten. La metodología que permite determinar el valor del reconocimiento económico temporal del THS, que presta sus servicios durante el término de la emergencia sanitaria, se encuentra definida en el anexo técnico nro. 1 de la presente resolución.

Con fundamento en la metodología, se adoptan los valores de reconocimiento por perfil ocupacional en el anexo técnico nro. 2 de la presente resolución. El valor del reconocimiento económico temporal no será inferior a un (1) SMLMV y no podrá superar los cuatro coma cinco (4,5) SMLMV. Para esto, la ADRES podrá realizar el giro directo a los beneficiarios a nombre de los prestadores, las entidades territoriales y el INS, especificando los procedimientos que deben seguir.

*****Resolución 1766 (5 de octubre de 2020)**

Define los criterios de priorización para la asignación de recursos del FOME a los proyectos de inversión en infraestructura y/o dotación de equipos biomédicos para solventar las necesidades de atención por COVID-19 y se crea el Comité Técnico que recomiende la asignación de estos.

Se crea un Comité Técnico Asesor, el cual, aplicando los criterios definidos en la presente resolución, recomendará la asignación de los recursos aprobados por el Fondo



de Mitigación de Emergencias (FOME). El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo y previa recomendación del comité técnico asesor, determinará la entidad departamental o distrital o las Empresas Sociales del Estado beneficiarias y el monto de los recursos que se asignan, así como los requisitos para el giro de estos.

****Circular nro. 41 (7 de octubre de 2020)**

Directrices para la implementación de las Resoluciones 1229 del 2013, 1619 del 2015 y 561 del 2019 con el fin de alcanzar la integración funcional de la Red Nacional de Laboratorios en el territorio nacional.

Se establece que corresponde a las IPS y laboratorios públicos y privados que realizan pruebas y ensayos de interés de salud pública y de vigilancia y control sanitario, lo siguiente: realizar la inscripción de pruebas y ensayos en el RELAB de eventos de interés en salud pública; pruebas o ensayos o parámetros de inspección, vigilancia y control sanitario; pruebas para enfermedades huérfanas; pruebas de paternidad que manejan cepas de control especial o pruebas o ensayos de interés especial para el sector salud en Colombia; participar en los programas departamentales de evaluación externa de desempeño o programas interlaboratorios, acorde con los lineamientos establecidos por los laboratorios en salud pública y los laboratorios nacionales de referencia según corresponda; así como realizar la autoevaluación o autodiagnóstico con los estándares de calidad en salud pública como lo establece la Resolución 1619 del 2015, y cuyos procedimientos para la aplicación de estándares de calidad e incorporación a la Red Nacional de Laboratorios (RNL) se encuentran publicados en las páginas web del INS y del INVIMA.

****Resolución nro. 1808 (13 de octubre de 2020)**

Modifica el artículo 7 de la Resolución 1463 de 2020 en relación con la ampliación de las fuentes de consulta de la ADRES para verificar los municipios y áreas no municipalizadas sin laboratorios avalados para SARS-Cov-2 [COVID-19].

Se define que la ADRES realizará las validaciones sobre la información allegada en SISMUESTRAS, y las demás bases de datos que se requieran para tal efecto, tomando como referencia los municipios relacionados en el Anexo 1 de la Resolución 3513 de 2020. Así mismo tendrá en cuenta el listado de los laboratorios que realizan las pruebas para COVID 19, inscritos en el RELAB o Red de Laboratorios para PCR del Instituto Nacional de Salud.

La ADRES pagará a las IPS que se encuentran registradas en el REPS, independiente de la clase de servicios de salud de que se trate, según el valor que corresponda y de conformidad con la relación o factura respectiva, o la EPS o EOC cuando esta asuma directamente la compra de las pruebas.

*****Resolución nro. 1808 (7 de octubre de 2020)**

Disposiciones relacionadas con los trámites ante la UAE, el Fondo Nacional de Estupefacientes y los Fondos Rotarios de Estupefacientes, con ocasión de la declaratoria de emergencia sanitaria por COVID-19.

La presente resolución tiene por objeto establecer medidas que optimicen los trámites que se surten ante el Fondo Nacional de Estupefacientes y los Fondos Rotarios de Estupefacientes para que, mientras persista la emergencia sanitaria causada por la COVID-19, los productos sujetos a control y fiscalización, así como los medicamentos de control especial y de monopolio del Estado, puedan ser importados, fabricados, transformados, distribuidos y dispensados, minimizando el riesgo de desabastecimiento, garantizando su disponibilidad y acceso seguro.

****Resolución No 1839 (14 de octubre de 2020)**

Modifica la Resolución 3157 de 2018 en relación con la ampliación y unificación del plazo previsto para la entrada en vigor de la guía para el desarrollo y presentación de los estudios de estabilidad de medicamentos de síntesis química.

Con esta resolución se establece que las disposiciones contenidas en la Resolución 3157 de 2018 surtirán efectos a partir del 1 de abril de 2024 para productos farmacéuticos terminados (PFT) e ingredientes farmacéuticos activos (IFA).

****Decreto nro. 1374 (19 de octubre de 2020)**

Optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID-19 en Colombia.

La presente norma deroga el Decreto 1109 de 2020 y perfecciona el PRASS a través de la definición de su estructura y determinación de los roles y responsabilidades de los actores del SGSSS, en relación con el programa, así como la definición de la interacción institucional entre las entidades gubernamentales involucradas.

Adicionalmente, con el objetivo de estandarizar la clasificación de los casos de manera excluyente, como sospechosos, probables o confirmados, se adoptan los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, producto de las evidencias científicas a la fecha, acerca de la fisiopatología de la infección por SARS-CoV-2 y las manifestaciones de la enfermedad COVID-19, en concordancia con las definiciones más recientes de la OMS.

Respecto de las condiciones para el manejo ambulatorio, dispone que:

los médicos tratantes deberán consignar en la historia clínica la necesidad de cumplir con la medida de aislamiento preventivo para los casos confirmados, probables y sospechosos y contactos asintomáticos a quienes les aplique por razón del riesgo epidemiológico y deberá ir acompañada de orden de prueba diagnóstica válida para SARS-CoV-2. Dicha recomendación se hará de la misma manera que en la práctica médica se usa para la prescripción de medicamentos, ordenes médicas, interconsultas y exámenes paraclínicos e incapacidades.

La ADRES definirá los términos y condiciones para el reconocimiento de la compensación económica temporal de los afiliados al Régimen Subsidiado.

2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*****Circular Externa 018 (28 de septiembre de 2020)**

Imparte instrucciones y requerimientos de información en el marco de la pandemia por COVID-19, deroga las Circulares Externas 005 y 10 de 2020, al tiempo de modificar instrucciones en cuanto al reporte de información.

Para el caso de las IPS se establece que deberán consultar los enlaces mediante los cuales el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud publican normatividad, lineamientos, manuales, guías y protocolos, según corresponda, acerca del manejo de la COVID-19. Así mismo, deberán acatar las siguientes instrucciones: disponer de un líder para el plan de contingencia por COVID-19; diseñar un formato de encuesta para indagar los antecedentes de viaje o tránsito en los últimos 14 días o de contacto con un caso confirmado para ser aplicado a todos los usuarios antes de ingresar al *triage* y consulta externa; definir y delimitar las áreas de atención con condiciones óptimas para el manejo independiente de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, garantizando los elementos de protección

personal a los pacientes, familiares, personal del área de la salud, administrativo y de aseo de las IPS; identificar y definir de manera previa, involucrando el cierre de servicios no esenciales, las áreas de expansión para el manejo de los casos sospechosos o confirmados; realizar la notificación inmediata al SIVIGILA del evento de interés de salud pública identificando con el código 346; informar a la entidad territorial el número telefónico y canal virtual habilitados las 24 horas, siete días de la semana para orientar e informar de manera general a la ciudadanía; informar a la entidad territorial el número de llamadas recibidas, atendidas y clasificarlas, así como realizar capacitación permanente a los funcionarios y usuarios respecto del evento epidemiológico COVID-19.


****Resolución nro. 12512 (27 de octubre de 2020)**

Establece las tarifas, los lugares y plazos para cumplir con el pago de la contribución consagrada en el artículo 76 de la Ley 1955 de 2019.

Se establece que todos los obligados a cancelar la contribución a favor de la Superintendencia de Salud pagarán entre el 3 de noviembre y el 2 de diciembre de 2020, de acuerdo con la tarifa diferencial que se definió según las siguientes categorías de ingresos operacionales causados del sector, sin tener en cuenta el tipo de vigilado:

Rangos	Tarifa
Vigilados con Ingresos operacionales del sector causados entre \$1 y \$384.103.643	0.161%
Vigilados con Ingresos operacionales del sector causados entre \$384.103.644 y \$2.121.572.591	0.083%
Vigilados con Ingresos operacionales del sector causados entre \$2.121.572.592 y \$19.623.282.990	0.054%
Vigilados con Ingresos operacionales del sector causados entre \$19.623.282.991 y \$285.910.838.842	0.053%
Vigilados con Ingresos operacionales del sector causados superiores o iguales a \$285.910.838.843	0.044%

La superintendencia dispondrá a través de la página web www.supersalud.gov.co, en el "Portal de Vigilados", los recibos de pago. Deberán pagar mediante botón PSE, o imprimiendo el recibo con código de barra y efectuar

el pago en las sucursales físicas de Bancolombia. Para tener la opción de pago, debe haberse cumplido con los reportes de información financiera del año inmediatamente anterior. 



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
www.achc.org.co

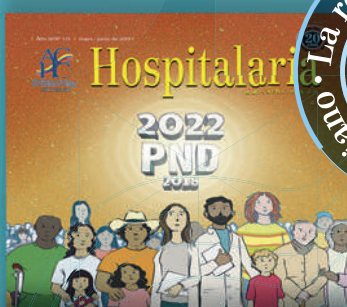


Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Revista Hospitalaria®

www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano



¡Paute con Nosotros! >>>

Info: comunicaciones@achc.org.co
publicidadhospitalaria@achc.org.co

Celular: 310 2616106 - 315 2031887

Fijo: 57-1-3124411

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:

