



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas
ISSN 2745-0740

Hospitalaria®

www.achc.org.co

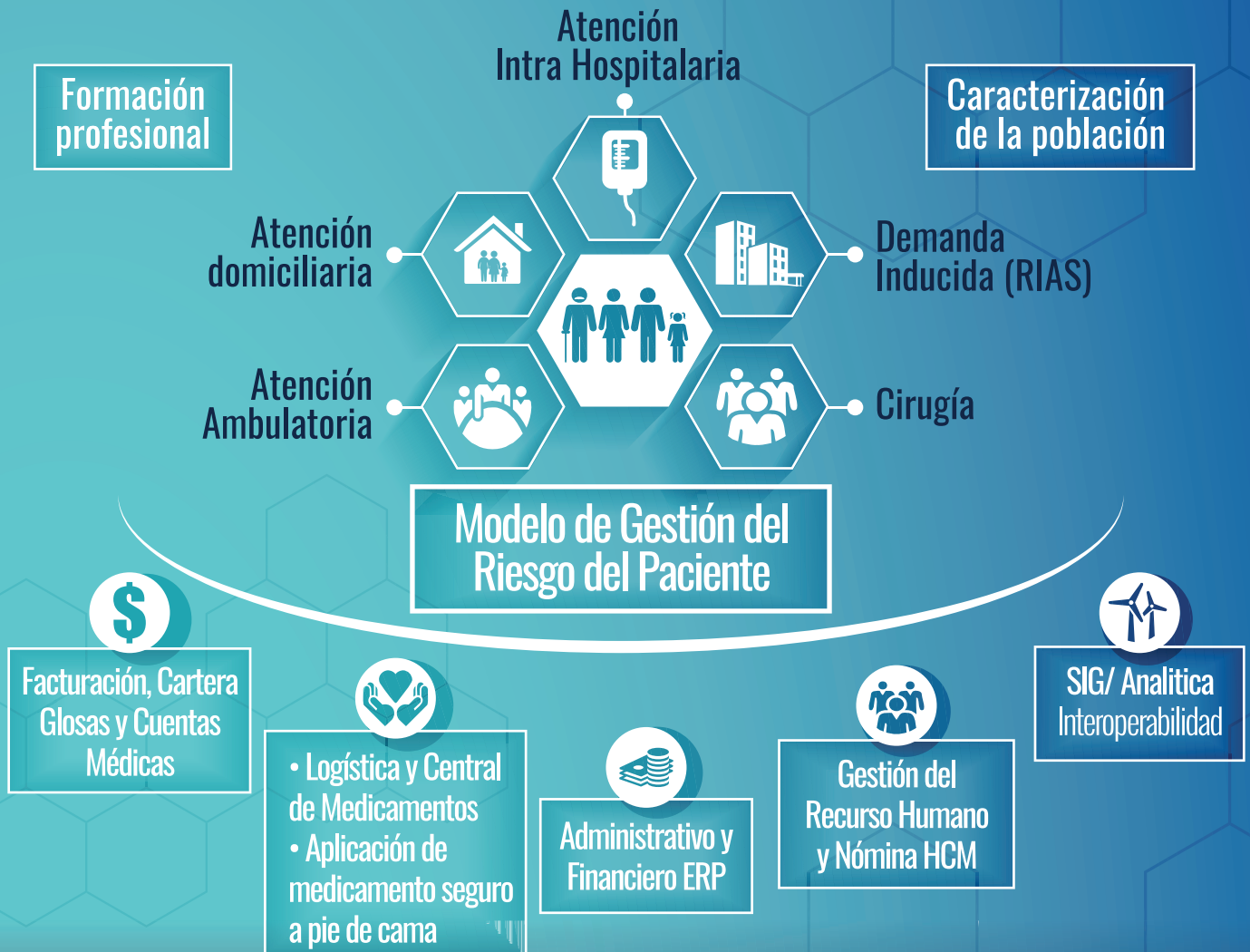


La vacunación contra COVID-19 en Colombia

HOSVITAL-HIS

**GENERAMOS VALOR AL SECTOR SALUD POR MEDIO DE
MODELOS OPERATIVOS INTEGRALES**

Solución especializada en Clínicas, Hospitales y Redes Hospitalarias. Asegure mejores servicios de salud optimizando recursos y costos.



Algunos clientes: Clínica INDISA (Chile), Clínica Universidad de la Sabana, Hospital Universidad del Norte, E.S.E. Departamental del Meta Solución Salud, Clínica Juan N. Corpas, HOMI, Hospital de la Policía (Quito), Organización Clínica General del Norte, Grupo Ospedale, Clínica de Ojos, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (Quito), Fundación Hospital Infantil Los Ángeles, Hospital Univesidad Nacional y Hospital Santa Sofía de Manizales.





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

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Crisnacho Crisnacho

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA 2021 - 2023

PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

VICEPRESIDENTES

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

MIEMBROS PRINCIPALES

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

SUPLENTES

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

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

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

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

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

MIEMBRO HONORARIO

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ

INVITADO PERMANENTE

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

DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

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

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

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

E-mail: comunicaciones@achc.org.co

Internet: www.achc.org.co

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

¡PANDEMIA! Los primeros 500 días

4 De portada

- De las vacunas para Covid-19
- La vacunación contra el COVID-19 en Colombia

34 Investigación

Seguimiento a las instrucciones impartidas en la circular externa nro. 014 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos

50 Agenda gremial

- ACHC, 65 años de compromiso y trabajo por los hospitales y clínicas del país
- Autoridades de Salud en Diálogos Virtuales de Afiliados ACHC

56 Notas del Sector

- Con ensayos clínicos, pruebas COVID y programas de apoyo, el Hospital Universidad del Norte sigue haciendo frente a la pandemia
- Clínica del Norte, 10 años siendo Gente para la Vida
- Clínica del Occidente abre la Primera Unidad Post-COVID en Colombia

62 Internacional

Tras la pandemia, España emprende reforma a su sistema de salud

66 Nos preguntan

¿Cuál es el marco normativo para el registro y cobro de atenciones de extranjeros sin identificación?

70 De nuestros Patrocinadores

- Cinco competencias del ser en tiempos de crisis
- Grupo Amarey, la excelencia y compromiso de un equipo humano que trabaja para preservar el milagro de la vida

78 De los usuarios

Primer año de Presupuestos Máximos: en deuda la transitoriedad de la metodología

80 Cifras del país

La confianza del consumidor en Colombia, a la baja

84 Glosario

¡PANDEMIA! Los primeros 500 días

Ha sido algo sin precedentes en los registros de la humanidad. Nunca habíamos tenido que aprender tanto de una sola enfermedad en tan poco tiempo. La historia la sabemos todos: un organismo diminuto, un virus esférico de algo así como 100 nanómetros, o sea la décima parte de una milésima de un milímetro, saltó de alguna especie animal al ser humano en el centro de una ciudad china. Ya las primeras publicaciones, de enero 2020, describían el compromiso respiratorio como lo más destacado. Hasta ahí, algo común a muchas virosis. Esta infección, sin embargo, tenía importantes diferencias. La primera es su alta tasa de contagios, que incluye de manera alarmante los dos o tres días previos al inicio de los síntomas. Aislar a quien ya está enfermo no es suficiente. La segunda, la heterogeneidad de su cuadro clínico; la mitad o quizás más de los infectados son asintomáticos o no tienen nada más que una molestia banal. En el otro extremo de la enfermedad está la saña, la virulencia, aunque suene redundante, con la que unos pocos, cinco de cada cien o cosa así, son literalmente descuartizados por esta nueva plaga, que con rapidez se extendió por toda la tierra.

Pero cuidado, las diferencias entre este coronavirus y todas las enfermedades infecciosas conocidas van más allá de los aspectos virológicos o epidemiológicos. Este microorganismo sacudió los mercados bursátiles, derribó el precio del petróleo, cerró escuelas y universidades, modificó la movilidad de media humanidad, quebró a millones de empresas en los cinco continentes, y empobreció a cientos de millones de personas.

La respuesta del mundo científico no se hizo esperar. En pocos días teníamos el genoma del SARS-CoV-2 no solo dilucidado sino expuesto públicamente en la red

para todo el que estuviera interesado en examinar su desnudez. Ahí están desde entonces no solo las treinta mil repeticiones en los cuerpos de esas cuatro letras que componen la secuencia genética del ARN del virus inicial de Wuhan, sino las mutaciones que en su recorrido de ires y venires por el mundo ha ido acumulando poco a poco. Los esfuerzos de la ciencia se concentraron en tres objetivos: el primero, entender y explicar su propagación y sus mecanismos para hacer daño; el segundo, tratar a los infectados y evitar las complicaciones y la muerte de aquellos con las formas más graves; y el tercero, desarrollar vacunas para prevenir su avance.

Antes de analizar los logros y fracasos de la investigación científica, es necesario resaltar la otra epidemia mucho menos silenciosa que el contagio viral: la denominada infodemia, la propagación de noticias falsas y de ideas de conspiración, acompañada de una proliferación de charlatanes y falsos profetas. Incluso entre profesionales de la salud se han extendido ideas erróneas, a veces fabulosamente absurdas, que han pelechado entre ese humus de desconfianza en los gobiernos, de oposición al pensamiento científico y de ignorancia atrevida. Los medios de comunicación, tanto formales como informales, en su afán de *rating* y de noticias sensacionalistas han contribuido a la desinformación.

Y no hablemos de los gobiernos, muchos de ellos negacionistas, que han sido cómplices en la propagación de la infección, y en

incrementar su letalidad. Sí, incluso los bien intencionados y los bien informados han tenido que improvisar en esta enfermedad en la que todos hemos tenido que ir aprendiendo sobre la marcha. Que están experimentando con nosotros, es otra queja común a la que si se ha de responder de manera honesta hay que decir: claro que sí.

Aunque hay muchas brechas del conocimiento que quedan aún por rellenar, hay hechos que hoy tenemos claros. Que la principal vía de contagio es la vía aérea, por ejemplo, es un hecho irrefutable, y que por eso necesitamos barreras como el tapabocas, necesitamos espacios ventilados, y sabemos que la distancia entre individuos y el número de personas en una agrupación son variables no solo cuantificables, sino con una influencia no lineal sino exponencial. La responsabilidad, en buena medida, recae en cada cual.

En el campo de las terapias, de otro lado, los resultados han sido desconsoladores. Los fármacos que han logrado modificar el pronóstico de los casos más severos se cuentan con los dedos de una mano, y su beneficio es apenas marginal. Se exceptúan aquí, por supuesto, los biológicos que, como destaca en su artículo en este mismo número el doctor John Mario González, por mecanismos muy diferentes han logrado resultados en la prevención de aquellos casos que resultan en cuidado intensivo o que fallecen.

Muchos expertos que han venido analizando los números de la pandemia en este último año y medio. En los primeros meses de 2020 solo los escenarios más optimistas contemplaban una vacunación masiva antes del final de 2021, pero el proceso superó, por mucho, incluso las expectativas de los optimistas. Igual se podría decir sobre la eficacia. Tras años de búsqueda infructuosa de una vacuna para prevenir la infección por ese otro virus ARN, el VIH, o la experiencia con ese otro virus respiratorio, el de la influenza, no se estaba confiando mucho en una eficacia

que superara el 70%. Y la realidad fue otra. En todo caso, los pronósticos de seguridad de una vacuna para varios miles de millones de personas estimaban que uno de cada cien mil, o quizás más, fueran los muertos, los sacrificados por ese daño colateral, por esos eventos adversos comunes a toda vacuna. Y también ahí ha habido sorpresas.

A una velocidad pasmosa, explicable por la copiosa inyección de dinero, por la sabiduría heredada de un siglo de producción de vacunas, y por la ejecución en paralelo de varias de las etapas de desa-

rollo y producción de vacunas, se han logrado esta docena de milagros de la tecnología llamados a cambiar el rumbo de la pandemia. Pero no cantemos victoria. Para lograr la cobertura ansiada, tenemos aún tres barreras: la capacidad de los fabricantes para cumplir con sus cuotas prometidas, la logística local para el almacenamiento y la distribución de las dosis requeridas, y finalmente la colaboración de la ciudadanía para asistir en su debido momento a los puestos de vacunación.

La historia, pues, hasta ahora se está escribiendo. 

Pero no cantemos victoria. Para lograr la cobertura ansiada, tenemos aún tres barreras: la capacidad de los fabricantes para cumplir con sus cuotas prometidas, la logística local para el almacenamiento y la distribución de las dosis requeridas, y finalmente la colaboración de la ciudadanía para asistir en su debido momento a los puestos de vacunación.

De las vacunas para Covid-19

John M. González MD PhD¹

A pesar de las dificultades en la salud pública, económica y sociales por la pandemia debida al virus SARS-CoV-2, no ha existido un tiempo tan excitante para la medicina y la ciencia. Esto dado por los veloces avances en múltiples campos de investigación, no solamente asociados al virus, sino a la enfermedad Covid-19. El conocimiento del genoma del virus, desde diciembre de 2019, llevó al desarrollo de vacunas y el inicio de los estudios de seguridad e inmunogenicidad en humanos tan temprano como en mayo de 2020; tan solo 6 meses del inicio de la epidemia en China (1, 2). Pero, ¿Cuáles fueron los factores que llevaron al desarrollo rápido de estas vacunas? ¿Por qué se usan estos tipos de vacunas actuales en el mundo para combatir Covid-19? ¿Cuál es la inmunidad generada por estas vacunas? Éstas son algunas de las preguntas que se analizarán en este artículo sobre aspectos básicos sobre el desarrollo de vacunas para Covid-19. Otros temas asociados a la seguridad, inmunogenicidad y eficacia (Fases 1 y 2) de las vacunas ya han sido publicados en la literatura científica para la mayoría de vacunas con aprobación de uso de emergencia o aprobación plena en algunos países (3). No obstante, el gran estudio de

efectividad (Fases 3 y 4) de las vacunas para Covid-19 se está llevando a cabo actualmente, en donde para junio de 2021 se han aplicado más de 1,300 millones de dosis (4).

El agente infeccioso

El SARS-CoV-2 es el séptimo coronavirus descrito causante de enfermedad respiratoria en los humanos. Cuatro de estos virus producen resfriado común que hacen parte de los virus endémicos asociado a este cuadro respiratorio no complicado. Otros dos virus han sido asociados a brotes de enfermedad respiratorio severa SARS y MERS. El virus del síndrome respiratorio severo (SARS) fue descrito en la China en 2002 con más de 8,000 casos y una mortalidad cerca del 10%. El segundo brote fue en el 2012, por el virus de síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) proveniente de Arabia Saudita con 1,360 y una mortalidad cercana al 40%, la mayoría en el Medio Oriente (5). Actualmente estamos en la tercera epidemia convertida en pandemia y producida por SARS-CoV-2, proveniente de la provincia de Wuhan en China y transmitido inicialmente a los humanos probablemente por animales (1, 5). A la fecha se tiene cerca de 160 millones de casos y 3.3 millones de muertos (4). Estos virus son

¹ Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Miembro Correspondiente de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, y de la Academia Nacional de Medicina

Telemedicina

en la atención del Ataque Cerebrovascular

Un aliado clave.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en la resolución 3100 del año 2019, afirma que la telemedicina es la forma de prestar un servicio de salud a distancia por profesionales que usan tecnologías de la información y comunicación. El propósito de la resolución es facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de movilidad o que se encuentra geográficamente apartada de los centros de salud.

Desde sus inicios en junio de 2019, el proyecto de teletrombólisis de ACV*, liderado por el Doctor José Luis Bustos Sánchez, neurólogo del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tuvo claro el objetivo de prestar no sólo este servicio de neurología en la red pública de dicho hospital, sino también en instituciones que, a pesar de tener capacidad resolutoria, no contaban con el talento humano especializado en neurología. De acuerdo con Bustos, para trombolizar se requiere de cuatro factores: un neurólogo, el medicamento, un tomógrafo y el más importante, voluntad entre la institución remitora y el hospital central.

Las instituciones a nivel nacional que han cumplido con estas cuatro condiciones se encuentran en el departamento de Boyacá: Duitama, Sogamoso, Moniquirá y próximamente Soatá, Chiquinquirá y Puerto Boyacá, logrando el objetivo de ayudar mediante la telemedicina a los pacientes residentes de zonas apartadas que de otra forma no lograrían obtener atención oportuna con la trombólisis como terapia de reperusión en ACV.

Para lograr un mejor resultado es clave la capacitación. Es por esto que la iniciativa Angels, ha aportado de manera significativa en este aspecto, además de la formación y constante actualización no sólo de los médicos generales, sino de la red de referencia, red paramédica y servicios de enfermería, los cuales en su tiempo de formación técnica o profesional no reciben la suficiente información sobre la patología neurológica.

“La capacitación del talento humano que entrega la iniciativa Angels es vital para poder cumplir con el proceso de atención de los pacientes que sufran un ACV. De esta manera podemos estar un paso adelante y entregar una atención óptima y efectiva de manera global”, enfatiza Bustos.

*ACV: Ataque Cerebrovascular



Desde el inicio de este programa, hace 24 meses, 31 pacientes han sido trombolizados (aproximadamente tres pacientes cada dos meses) Colombia es el tercer país de Suramérica en iniciar esta práctica, gracias al programa de Telemedicina de Boyacá. La relevancia de estas acciones es significativa, pues de acuerdo con las estadísticas, el ACV fue la tercera causa de muerte en Colombia durante 2020.

Debido a la pandemia por el COVID-19 se ha incrementado el uso de la telemedicina y la conciencia sobre su importancia, pues era una solución que antes se negaba y que, para algunos procesos, puede sustituir la presencialidad. Además de su utilidad, su uso reduce de manera importante los costos de la atención de la enfermedad cerebrovascular.

El hospital San Rafael de Tunja ha recibido 4 reconocimientos en la categoría oro, de calidad de atención de pacientes con ACV por la WSO (Organización mundial del Stroke por sus siglas en Inglés) 2019 Q4, 2020 Q1, Q3 y Q4.



Boehringer
Ingelheim



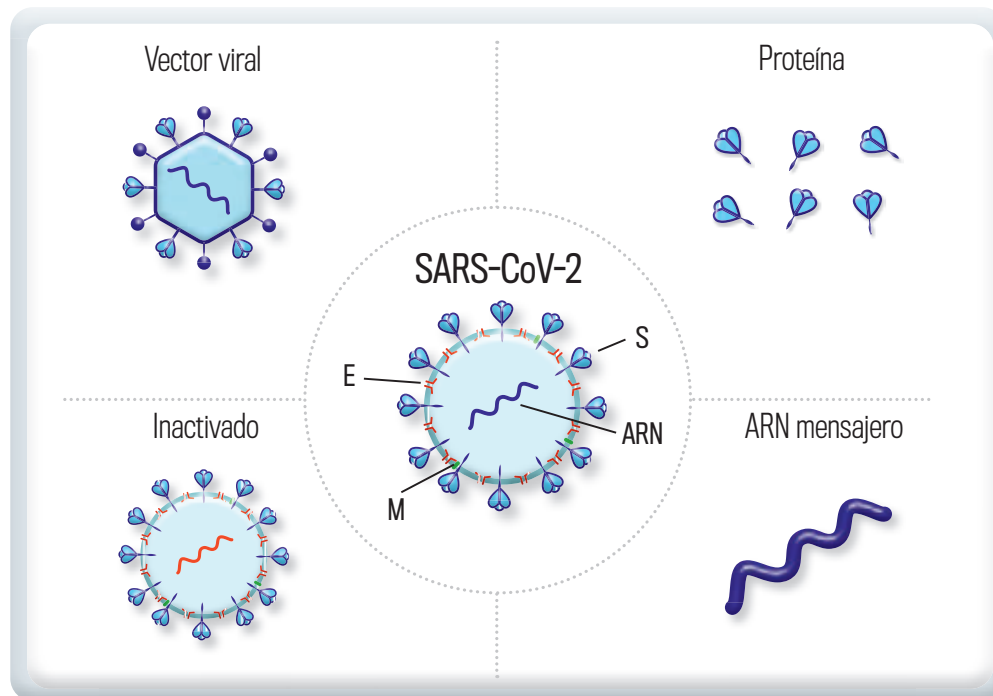
www.angels-initiative.com



ARN de cadena simple que codifica por 16 proteínas, de ellas 4 proteínas estructurales conocidas como proteínas de la envoltura (E), membrana (M) nucleocápside (N) y espícula (S) (6), **Figura 1**. Basado en estudios de coronavirus previos, rápidamente se determinó que la proteína S se unía al receptor humano: la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA-2) muy abundante en las células del

sistema respiratorio. Dicha unión al receptor se realizada por el dominio de unión al receptor (RBD por su sigla en inglés), y que probablemente la inducción de la respuesta inmune como anticuerpos específicos de la proteína S puede bloquear a la entrada del virus a las células (6, 7)

Figura 1. Virus y formas de vacunas.



Las vacunas para Covid-19

Una vez conocida la secuencia genómica del virus y la unión de la proteína S del virus al receptor humano, se establecieron diferentes plataformas de vacunas, **Figura 1**. Algunas de estas ya se estaban investigando para vacunas contra MERS o SARS, pero no se continuó con los estudios debido al número bajo de casos o la no circulación de estos virus. Por ejemplo, una candidata a vacuna de vector de adenovirus conteniendo el gen de la proteína S de MERS ya se estudiaba por la Universidad de Oxford 5 años atrás (7). De igual forma, vacunas con uso de ARN mensajero (ARNm) ya habían sido ensayados en estudios preclínicos en modelos animales y ensayos clí-

nico contra el virus de influenza. También, se avanzó en la producción de ARNm *in vitro* de alta calidad de forma simple y a gran escala (8). Por lo tanto, rápidamente se realizaron estudios de seguridad e inmunogenicidad en humanos con vacunas para Covid-19 usando virus inactivados (muertos), ARNm, vectores de adenovirus y proteínas recombinantes, **Tabla 1**. Excepto por la vacuna de virus completo, las demás plataformas usan la proteína S del SARS-CoV-2 como el componente microbiano de la vacuna (9, 10). La proteína S se encuentra como un trímero en la superficie del virus y presenta dos regiones proteicas denominados

S1 y S2. La subunidad S1 contiene el RBD de unión al receptor celular y la subunidad S2 media la fusión de la membrana celular viral (11).

Por lo tanto, la mayoría de vacunas utilizan la expresión de la proteína completa para que sea el blanco de respuesta inmune contra el virus (10)

Tabla 1. Resumen de vacunas de acuerdo al tipo de plataforma

Tipo de vacuna	Vacunas	Productores	Antígeno	Adyuvante	Mecanismos inmunes
Virus inactivado	CoronaVac BBIBP-CorV	Sinovac Sinopharm	Antígenos virales completos	Hidróxido de aluminio	Antígenos virales capturados por células fagocíticas y linfocitos B para ser presentados a los linfocitos T
Proteína recombinante	NVX-CoV2373	Novavax	Proteína S completa	Saponina (Matrix-M)	Proteína capturada por células fagocíticas y linfocitos B para ser presentados a los linfocitos T
Vector de adenovirus	ChAdOx1 nCoV-19 Ad26.COVID-2-S Gam-COVID-Vac	Oxford/AstraZeneca Janssen Pharmaceutical Gamaleya- Rusia	Proteína S completa (ADN)	No	El adenovirus entra a la célula, libera el gen viral en el núcleo y se produce como proteína propia. La proteína es reconocida por linfocitos B (soluble) y por linfocitos T
ARN mensajero	mRNA1273 BNT162b1	Moderna / NIAID Pfizer/BioNTech	Proteína S completa (ARN)	Nano partículas lipídicas	El ARNm es traducido a proteína en los ribosomas de las células. La proteína es procesada para ser reconocida por linfocitos T o de forma soluble por linfocitos B

Vacunas de virus inactivado

Las vacunas de virus muertos o inactivados han sido una de las formas tradicionales de producción de vacunas para uso en humanos. Se necesita crecer el virus en grandes cantidades en cultivos celulares *in vitro* y posteriormente se someten a procesos de inactivación. En el caso de las vacunas para SARS-CoV-2 se utiliza inactivación con β -propiolactona, el cual produce daño del genoma viral evitando así que el virus se replique, pero conservando parte de la estructura viral y las proteínas. El adyuvante de estas vacunas es el hidróxido de aluminio, el cual mantiene a su estabilidad y mejora su antigenicidad. Se almacenan de 2°C a 8°C y usualmente son dos dosis. Actualmente existen tres

vacunas en uso dos provenientes de China (CoronaVac y BBIBP-CorV) y una producida en la India (Covaxin). Una de las ventajas de las vacunas completas está asociada a su seguridad y que la respuesta inmune inducida sería contra múltiples componentes del virus (3, 12)

Vacunas de proteínas recombinantes

Las proteínas recombinantes también han sido usadas en humanos como vacunas, por ejemplo; la vacuna contra el virus de la hepatitis B. Recombinante significa que es producida en otro organismo diferente al original, de tal forma, se usan levaduras o células de animales a las cuales se les ha transfectado el gen de un microorganismo para que produzca la proteína, este caso componente de la vacuna. Una vacuna recombinante (NVX-CoV2373) se encuentra muy avanzada en estudios en humanos y

en espera de aprobación para su uso. Está formada por multímeros de la proteína S recombinante completa en un adyuvante conocido como Matrix-M, compuesto por saponinas. Se mantiene a 2°C a 8°C y usualmente son dos dosis. La respuesta inmune generada será entonces solo contra la proteína S del virus (3, 12).

Vacunas de vectores de adenovirus

Las vacunas de vectores adenovirales han sido usada como plataforma de vacunas hace más de una década. Ensayos iniciales con vectores de adenovirus se realizaron en vacuna para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), donde no fue efectiva (13). Los adenovirus humanos son virus ADN que no se integran al genoma celular, pero que, para su replicación, el ADN viral es liberado en el núcleo donde se inicia los procesos de transcripción usando la misma maquinaria de las células. Estos virus se usan por su capacidad de cargar grandes tamaños de ADN y porque se ha podido realizar recombinación de genes externos para que puedan ser transportados por este virus hasta las células que infecta. Igualmente, la especificidad celular del virus por los receptores celulares puede ser modificada. El adenovirus vacunal puede entrar a las células musculares donde se aplica y no tiene capacidad de replicarse (14). Actualmente se usan dos serotipos de adenovirus humanos con el gen de la proteína S en la vacuna para Covid-19 como el adenovirus 5 (Ad5) en la vacuna Ad5-nCoV y adenovirus 26 (Ad26) en la vacuna de Ad26-CoV2-S, o combinación de los dos Ad5/Ad26 en la vacuna rusa Gam-COVID-Vac (Sputnik V). También se usa como vector de vacuna Covid-19 un adenovirus derivado de chimpancé (ChAdOx1 o AZS1222). Pueden ser de 1 o dosis y se almacenan a -20°C, pero pueden ser estable por meses en temperaturas de a 2°C a 8°C (3,12)

Vacunas de ARNm

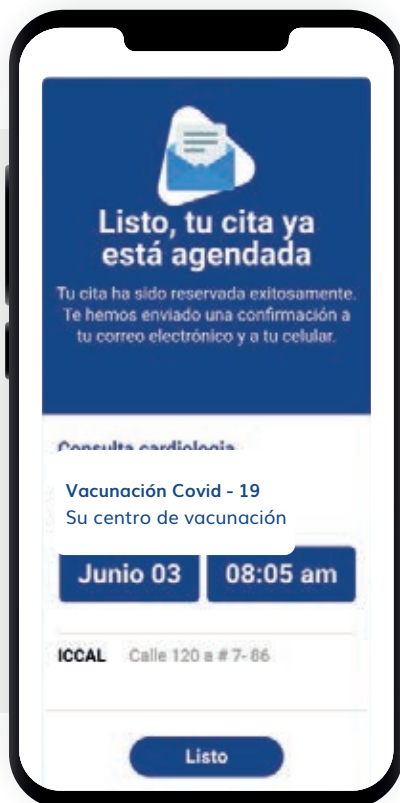
El ARN mensajero se origina de una transcripción *in vitro* de un gen de interés para ser aplicado como tratamiento o en este caso para producir la proteína S del virus SARS-CoV-2 como vacuna. Además, estos

ARNm han sufrido modificaciones de nucleótidos para optimizar la secuencia dándole ms estabilidad y reducir la toxicidad. El ARNm es una molécula muy susceptible y puede ser destruido fácilmente por ARNasas, por lo tanto, el ARNm vacunal es protegido por un complejo de nanopartículas lipídicas (NPLs) que ayudan a que sea entregado a las células (8). Uno de los componentes de estos NPL, el polietilenglicol o PEG ha sido el asociado a las reacciones alérgicas muy poco frecuentes en los individuos vacunados (15). Los componentes de las NPLs se fusionan con la membrana celular y liberar el ARNm a nivel intracelular. Dentro de la célula el ARNm se traduce a la proteína S por los ribosomas. Esta proteína S que queda en el citoplasma de la célula, luego es trasportada a la superficie celular para estimular la respuesta inmune. Este ARN no tiene capacidad de incorporarse al ADN celular (8). Estas vacunas usualmente son de dos dosis y algunas de ellas necesitan temperaturas especiales como -25°C o -80°C.

Inmunidad a coronavirus y a vacunas

Los coronavirus son virus respiratorios, su replicación inicial la realizan en las células epiteliales de la mucosa respiratoria y es allí donde encuentran los primeros mecanismos de defensa pertenecientes a la inmunidad natural o innata. El ARN monocatenario viral se comporta como un patrón molecular asociado a patógenos (PMAPs). Para estos PMAPs existen receptores de reconocimiento patrones (RRPs) tanto extracelulares e intracelular, en el caso del ARN viral se une a receptores intracelulares y dispara una respuesta de citocinas anti-virales como los interferones (IFNs) tipo I y citocinas inflamatorias como IL-1, IL-6, IL-8 y TNF- α , (1, 16). Esta producción de citocinas que ocurre en horas también son un puente de comunicación con la

Llegó la hora de la vacunación



Del sistema de salud se ha exigido mucho durante la pandemia pero todavía falta la vacunación. **¿Cómo lo podemos hacer más fácil y eficiente?**

El primer reto era tener las vacunas, el cual parece estarse solucionando. Ahora el reto es logístico, de convocatoria y de tener los biológicos en los brazos de las personas y no guardados en los congeladores. Sin embargo, hemos estado abordando un reto de convocatoria masiva llamando individualmente a cada persona lo que ha demostrado no ser escalable, muy dispendioso, con bajísima contactabilidad y generando altas citas perdidas. Buscando solucionar esto, se ha flexibilizando la aplicación de las vacunas permitiendo así que los ciudadanos lleguen a los puntos de vacunación sin cita, pero se han generado otros problemas: aglomeraciones, largas filas y no se puede garantizar vacunas para todo el que llega.

¿Pero entonces qué hacer? Si miramos los países exitosos en el proceso de vacunación como Estados Unidos e Israel, se apalancaron muy rápidamente en tecnologías digitales, escalables y que permiten una convocatoria masiva y autogestionada por parte del ciudadano. No hay restricción de centro de vacunación, y siempre y cuando cumpla con la priorización establecida, el ciudadano puede ver en tiempo real la disponibilidad de todos los centros de vacunación y escoger la fecha y lugar que le sea más conveniente.

La buena noticia es que el país ya se está moviendo en esa dirección. dondoctor está trabajando de la mano de la Fundación Santa Fe, la Fundación Cardioinfantil y la Clínica Palermo, entre otros, quienes estarán habilitando el agendamiento online para la vacunación, y en un único portal de agendamiento, aparecerá la capacidad instalada para que los ciudadanos autogestionen su cita.

Son, sin lugar a dudas, momentos difíciles para el país, pero la salud y la reactivación económica dependen de que pasemos esta página lo más rápido posible. Invitamos a todos los prestadores a unirse a esta iniciativa.

dondoctor
HEALTH TECHNOLOGY



Te invitamos a visitar
nuestro sitio web





inmunidad específica mediada por linfocitos, la cual se desarrollará en días. El virus que alcanza la submucosa son fagocitadas por macrófagos o endocitados por células dendríticas que procesan los antígenos microbianos o son capturados por los receptores de linfocitos B. Estas células presentan los antígenos virales en la molécula del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) a los linfocitos T. Los linfocitos B con anticuerpos en su superficie se acoplan los antígenos virales y generan señales para convertirse en células secretoras de anticuerpos o plasmocitos. Dependiendo de la ubicación, por ejemplo, los plasmocitos mucosos secretan IgA y los plasmocitos periféricos secretan IgG. Estos anticuerpos específicos de proteínas del virus, como los anti-proteína-S, bloquearán la unión del virus al receptor celular, y se conocen como anticuerpos neutralizantes (2, 16). Los linfocitos T vírgenes o no expuesto a antígenos T reconocen estos fragmentos presentados por el CMH

como extraño se activan, dividen y se convierten en linfocitos T efectores que cumple funciones como secreción de citocinas como IL-2 o INF-gamma, tanto los linfocitos ayudadores CD4+ o linfocitos T CD8+ citotóxicos. Los linfocitos T CD8 + también activan los mecanismos citotóxicos importantes para la eliminación de las células infectadas por el virus. De esta forma, la mezcla de mecanismos innatos y adaptativos llevan al control del virus, no obstante, la disminución de la repuesta linfocitos T y el aumento exageradas de citocinas pueden llevar a complicaciones como se presentan en paciente con Covid-19 severo (2,16).

Una vacuna ideal para SARS-CoV-2 dado la vía de infección, sería una vacuna de entrega nasal como existe para el virus de influenza. No obstante, las vacunas intramusculares para otros microorganismos o SARS-CoV-2 han demostrado ser efectivas (12). Una vez aplicada la vacuna en el músculo y dependiendo del tipo, tomará diferente vía para el estímulo del sistema inmune. En el caso de las vacunas de virus completo y la proteína S recombinante estas inducen un proceso inflamatorio local con el que llegan las células del sistema inmune innato como los macrófagos y células dendríticas, éstos toman los antígenos que son procesados y presentados a los linfocitos T. Los antígenos también son captados por los linfocitos B para iniciar la producción de anticuerpos. Estos fenómenos descritos ocurren principalmente en

el órgano linfoide más cercano, los cuales son los nódulos linfáticos que drenan el sitio donde se inoculó la vacuna. En el caso de la vacuna de ácidos nucleicos (ADN o ARN), ambos entran las células en el tejido donde se inoculó, los miocitos. En el caso de la vacuna de vectores de adenovirus, el gen para la proteína S cargado por el virus entra al núcleo celular, se libera y utiliza la misma maquinaria de la célula para transcripción del ADN a ARN mensajero, y luego continuar la vía celular normal para la producción de la proteína S del virus. El adenovirus fue manipulado para no reproducirse, ósea no hace copia de sus proteínas para ensamblarse. En el caso de la vacuna de ARNm, éste se traduce directamente en los ribosomas celulares. La proteína S sintetizada entonces en el citoplasma puede viajar a la superficie de las células (8,14). Existen entonces dos vías de estimulación de la inmunidad por estas dos formas de vacunas: la proteína se procesa y presenta por moléculas CMH en la superficie de la célula y estimula principalmente linfocitos T, especialmente CD8+ citotóxicos. Cuando una célula con la proteína de la vacuna muere, la libera y fragmentos de la proteína que son capturados por los fagocitos y presentados por el CMH a los linfocitos T CD4+ o ayudadores. Los fragmentos solubles de la proteína se unen a los linfocitos B, la cual inicia procesos de activación para la producción de anticuerpos específicos o igualmente para presentarlos a los linfocitos T CD4+. De esta forma la suma de mecanismo innatos y adaptativos colaboran para el control y la eliminación del virus o las células infectadas.

Comentario final

Las vacunas para Covid-19 entonces generan células específicas del sistema inmune que potencialmente reconocerán SARS-

Una vacuna ideal para SARS-CoV-2 dado la vía de infección, sería una vacuna de entrega nasal como existe para el virus de influenza. No obstante, las vacunas intramusculares para otros microorganismos o SARS-CoV-2 han demostrado ser efectivas

CoV-2 durante la infección. Estas células de memoria recuerdan el encuentro con el antígeno y algunas de ellas mejoraran los mecanismos de ataque con las exposiciones sucesivas al agente infeccioso. No obstante, tanto en la inmunidad natural por infección como la inmunidad generada por vacunas no se conoce la duración de esta inmunidad o el correlato de protección, pero estas preguntas las resolveremos rápidamente con los planes de inmunización masiva y con el paso del tiempo. Con respecto a la mezcla de tipos de vacunas, por el momento no se acepta el uso de vacunas para Covid-19 diferentes para inmunizar una persona, pero algunas de ellas podrían ser útiles en combinación en casos específicos o en caso de una dificultad de suplir la cantidad necesaria de alguna de ellas. El efecto de la vacunación para Covid-19 ya es notable en los países donde se ha avanzado rápidamente con la inmunización de su población reduciendo los casos severos, los fallecimientos e inclusive disminuyendo los contagios.

Referencias

1. Rastogi M, Pandey N & Shukla A. SARS coronavirus 2: from genome to infectome. *Respiratory Research*. 2020 Dec 1;21(1):318. doi: 10.1186/s12931-020-01581
2. Carvalho T, Krammer F & Iwasaki A. The first 12 months of COVID-19: a timeline of immunological insights. *Nat Rev Immunol*. 20Apr;21(4):245-256. doi: 10.1038/s41577-021-00522-1.

3. The New York Times. Coronavirus Vaccine Tracker
<https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>
4. Our world in data. Statistics and Research Coronavirus (COVID-19).
<https://ourworldindata.org/coronavirus>
5. Cheng VC, Lau SK, Woo PC & Yuen KY. Severe acute respiratory syndrome coronavirus as an agent of emerging and reemerging infection. *Clin Microbiol Rev.* 2007 Oct;20(4):660-94
6. Hu B, Guo H, Zhou P & Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol.* 2021 Mar;19(3):141-154. doi: 10.1038/s41579-020-00459-7.
7. Lee P & Kim DJ. Newly Emerging Human Coronaviruses: Animal Models and Vaccine Research for SARS, MERS, and COVID-19. *Immune Netw.* 2020 Jul 22;20(4):e28. doi: 10.4110/in.2020.20.e28.
8. Pardi N, Hogan MJ & Weissman D. Recent advances in mRNA vaccine technology. *Curr Opin Immunol.* 2020 Aug;65:14-20. doi: 10.1016/j.coi.2020.01.008.
9. Ura T, Yamashita A, Mizuki N, et al. New vaccine production platforms used in developing SARS-CoV-2 vaccine candidates. *Vaccine.* 2021 Jan 8;39(2):197-201. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.11.054
10. Tregoning JS, Brown ES, Cheeseman HM, et al. Vaccines for COVID-19. *Clin Exp Immunol.* 2020 Nov;202(2):162-192. doi: 10.1111/cei.13517.
11. Huang Y, Yang C, Xu XF, et al. Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antivirus drug development for COVID-19. *Acta Pharmacol Sin.* 2020 Sep;41(9):1141-1149. doi: 10.1038/s41401-020-0485-4
12. Creech CB, Walker SC, & Samuels RJ SARS-CoV-2 Vaccines. *JAMA.* 2021 Apr 6;325(13):1318-1320. doi: 10.1001/jama.2021.3199.
13. Gray GE, Allen M, Moodie Z et al. Safety and efficacy of the HVTN 503/Phambili study of a clade-B-based HIV-1 vaccine in South Africa: a double-blind, randomised, placebo-controlled test-of-concept phase 2b study. *Lancet Infect Dis.* 2011; 11: 507-515
14. Tatsis B & Hildegund CJE. Adenoviruses as vaccine vectors. *Molecular Therapy.* 2020. 10(4):616-629.
15. Dages KN, Pitlick MM, Joshi AY, Park MA. Risk of allergic reaction in patients with atopic disease and recent COVID-19 vaccination. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2021 May 4:S1081-1206(21)00331-8. doi: 10.1016/j.anai.2021.04.024.
16. Lotfi R, Kalmarzi RN & Roghani SA. A review on the immune responses against novel emerging coronavirus (SARS-CoV-2). *Immunol Res.* 2021 Apr 29:1-12. doi: 10.1007/s12026-021-09198-0. Online ahead of print. PMID: 33928531



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 vacunación contra el COVID-19 en Colombia

Colombia enfrenta el más grande desafío de salud pública en su historia: alcanzar la meta de vacunar este año a 35 millones de personas contra la COVID-19, el 70% de su población, para lograr la inmunidad de rebaño que le permita salvar vidas al reducir la mortalidad y la morbilidad en el país, y garantizar la reactivación segura de su economía.

“Para pasar la página del COVID se necesita tener inmunidad de rebaño”, afirmó el Ministro de Salud, Fernando Ruiz, en noviembre de 2020, cuando anunció la instrumentación de un plan masivo de vacunación que articularía los territorios y los recursos, que activaría la capacidad instalada y que consolidaría un sistema de información para hacer trazabilidad del proceso.

Luego de que en 2020 el mundo entero se viera abocado a responder a uno de los mayores retos de la humanidad, la pandemia causada por el virus de la COVID-19, la búsqueda urgente de estrategias de prevención y soluciones terapéuticas para atacar ese enemigo invisible condujo a la producción de varios tipos de vacunas.

Para muchos, el milagro de 2020 fue pasar de no tener vacunas contra la COVID-19 a contar, según la OMS, con 16 vacunas en uso. Ocho de ellas cuentan con la aprobación, por ese organismo, del uso de emergencia y están llegando a todos los lugares del mundo, aunque no en la misma proporción ni a la misma velocidad.

La vacunación es validada como la medida más efectiva para avanzar en la senda del fin de la pandemia, una especie de chaleco antiviral que permitirá reducir las afectaciones en la salud, la economía, la educación y en las diversas actividades de la sociedad.

Hasta comienzos de abril pasado, en el mundo se habían aplicado más de 700 millones de vacunas, pero 87% fue a parar a países de renta alta o media-alta, mientras que países de bajos recursos solo recibieron un 0,2%, señaló el director de la OMS, Tedros Adhanom. Como consecuencia del que llamó “impactante desequilibrio” en la distribución de vacunas, “en promedio en los países de altos ingresos, casi una de cada cuatro personas ha recibido la vacuna COVID-19. En los países de bajos ingresos, es una de cada 500”.

Los epidemiólogos advierten que, mientras el virus circule en alguna región del mundo todos estamos en riesgo. Lo que ocurrió en India puede ocurrir en cualquier parte, así como lo que inició en Wuhan continúa afectando a todo el mundo. Es por ello por lo que no estaremos a salvo hasta no proteger toda la población mundial: ese es el desafío de la vacunación.

Sin embargo, la escasez de vacunas a nivel mundial y la competencia por su adquisición, además de la falta de una logística adecuada de almacenamiento, distribución y aplicación, inciden en que el ritmo de vacunación en todo el mundo sea lento.

En un foro sobre vacunación, realizado recientemente por la Universidad Javeriana, Oscar Franco, Director del Instituto de Medicina Social y Preventiva de la U. de Berna (Suiza), indicó que el patógeno virulento del COVID-19 reportaba cada vez más variantes en diferentes

partes del mundo, al parecer más transmisibles y severas, que hay mucha fatiga de la gente después de convivir un año con la pandemia y ya no quiere más restricciones, y que, entretanto, los programas de vacunación avanzan a la velocidad de un caracol en todo el mundo, no van a la velocidad requerida.

El camino hacia la inmunidad de rebaño, etapa en que la población logra protección frente a una enfermedad (por haberse contagiado y recuperado, o por recibir vacuna), avanza lento en todo el mundo, a la par que se multiplican las noticias falsas, aparecen nuevas variantes del virus, se reconocen nuevos hallazgos científicos en estudios de efectividad de las vacunas, y ocurre un lento y desigual proceso de distribución y aplicación de estas.

El mundo camina lentamente hacia la inmunidad global: la vacunación alcanzó el 11,5% de la población mundial, 894.703.785 personas con al menos una dosis el pasado 5 de junio, hito conseguido en torno a mes y medio después de alcanzar el 5%. De esa cifra, el 5.9% están completamente vacunadas: 457.724.335 personas (datos de Our World in Data).

La vacunación está especialmente extendida en la Unión Europea, que a comienzos de junio ya contaba con un 40% de su población con alguna dosis. Le sigue de cerca América del Norte, jalonado por Estados Unidos principalmente, con más de un 38%, mientras que el resto de los territorios no superan el 35%.

Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19

Desde 2020, cada país emprendió el diseño y la implementación de estrategias y mecanismos que le permitieran proteger a su población con la vacuna, considerada la mejor opción terapéutica y la más costo-efectiva frente al virus.

A comienzos de 2021, y por circunstancias excepcionales, la mayoría de los gobiernos del mundo enfren-

taron varios retos. Entre ellos, se cuentan el adquirir el número de dosis necesarias para proteger a su población y el desarrollar estrategias que permitan la vacunación efectiva sin generar desigualdades injustas en la distribución. Y esto en un ámbito de escasez mundial de vacunas aprobadas para uso de emergencia, limitaciones de producción, alta demanda global, desafíos en la cadena de suministro y en la estrategia logística y operativa para vacunar a millones de habitantes expectantes de los beneficios de la inmunización.

En Colombia, consciente de la magnitud de este desafío, el gobierno promulgó el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, adoptado mediante el Decreto 109 de 2021, que describe la forma cómo se llegará a la población en todo el territorio nacional.

El **objetivo** del plan, en una primera fase, es reducir la mortalidad, la incidencia de casos graves, proteger a los trabajadores de la salud y personal de alta exposición al virus, y en una segunda fase es reducir el contagio en la población general para generar inmunidad de rebaño en el país.

La llamada **inmunidad de rebaño** (o inmunidad de grupo) es una situación en la que suficientes individuos en una población adquieren inmunidad contra una infección. En caso de un brote, al aumentar el número de individuos inmunes, disminuye la probabilidad de contacto entre uno susceptible y uno infectado (hasta llegar al momento en que se bloquea la transmisión). Actualmente, y con base en estudios publicados, el porcentaje estimado poblacional para alcanzar la inmunidad de rebaño para la COVID-19 está en alrededor del 70%.

Inicialmente, la **población objeto** del plan eran todos los habitantes del territorio nacional

GESTIÓN DE CONTENIDOS HOSPITALARIOS: ELEMENTO CLAVE PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL SECTOR SALUD

Con la llegada del COVID-19, las entidades regulatorias del sector salud decidieron darle la importancia que merece la transformación digital y trabajar para ofrecer un servicio eficiente, que vaya más allá de las necesidades básicas de los pacientes.

Uno de los cambios más notorios, es la migración de la atención física a la virtual, cambiando la forma de ver el futuro y de hacer negocios.

Para el caso de hospitales y clínicas que afrontarán nuevos retos tanto en el servicio como en la atención al usuario, al ser focos de posibles contagios deberán ser cautos en colocar a disposición del usuario en general sistemas en los cuales no haya ningún tipo de contacto físico.

LG Electronics entiende que la modernización tecnológica de la salud necesita de productos novedosos y que respondan a las necesidades de los pacientes dentro y fuera de cualquier espacio. Por eso, a través de su unidad de negocio B2B **LG Business Solutions**, ha desarrollado una variedad de productos en cartelería digital que permiten a los hospitales y clínicas entregar la información necesaria a través de medios multimedia (videos, imágenes, infografías) desde el ingreso a la clínica hasta las habitaciones donde pueden ser actualizada en tiempo real.

Y es para la atención en las habitaciones donde LG presenta una gran variedad de televisores de 43" hasta 55", que buscan hacer más amena la permanencia del paciente. En ellos encontrará una gran variedad de información que es actualizada de inmediato a través del Servidor Pro:Centric Direct, donde el Hospital podrá enviar videos informativos a los pacientes, comunicados, el paciente podrá saber el consumo de su permanencia, además de ver sus series y películas favoritas en la plataforma Netflix, tener acceso a su correo electrónico,

navegar en YouTube y estar conectado sus redes sociales.

A nivel de áreas comunes LG también ofrece una variedad de monitores para tener informados a todos los visitantes de la clínica, proyectar la señalización, los horarios, pacientes internados, campañas, entre otros; por lo que ya no se necesitaría personas informando a los visitantes evitando focos de infección ya que los usuarios se dirigirán a los puesto de información e interactuarían con estos dispositivos directamente, similar a lo que vemos en los aeropuertos del mundo, en los cuales toda la información que las personas necesitan saber está en los monitores y pantallas touch.

En definitiva, no se puede predecir el futuro de la salud pero sí se pueden ver los avances que la transformación 4.0 ha traído a la industria de la salud, permitiendo que exista una mejor comunicación y desempeño al interior de cada centro de salud.



Contáctenos: línea VIP 018000 910 054

Cotizar con experto LG: https://b2bmk.lge.com/LG_Smart_hotel_tv

✉ commercialdisplay@lge.com

📘 @LGBusinessSolutionsColombia

🌐 LG Business Solutions Colombia

Innovación para una Vida Mejor



INFORMACIÓN COMERCIAL

a partir de los 16 años y no gestantes, por no disponer de evidencia científica que soportara la seguridad y eficacia de las vacunas en los menores de 16 años y gestantes.

Sin embargo, el pasado 4 de junio el Comité Asesor de Vacunas revisó nueva evidencia científica acerca de que la vacuna es eficaz y segura para gestantes, y aprobó la inmunización de mujeres embarazadas y de aquellas con menos de dos meses de haber dado a luz. Dicha vacunación empezaría cuando el INVIMA autorice el uso de emergencia para cada una de las vacunas que se aplican en Colombia para este grupo poblacional.

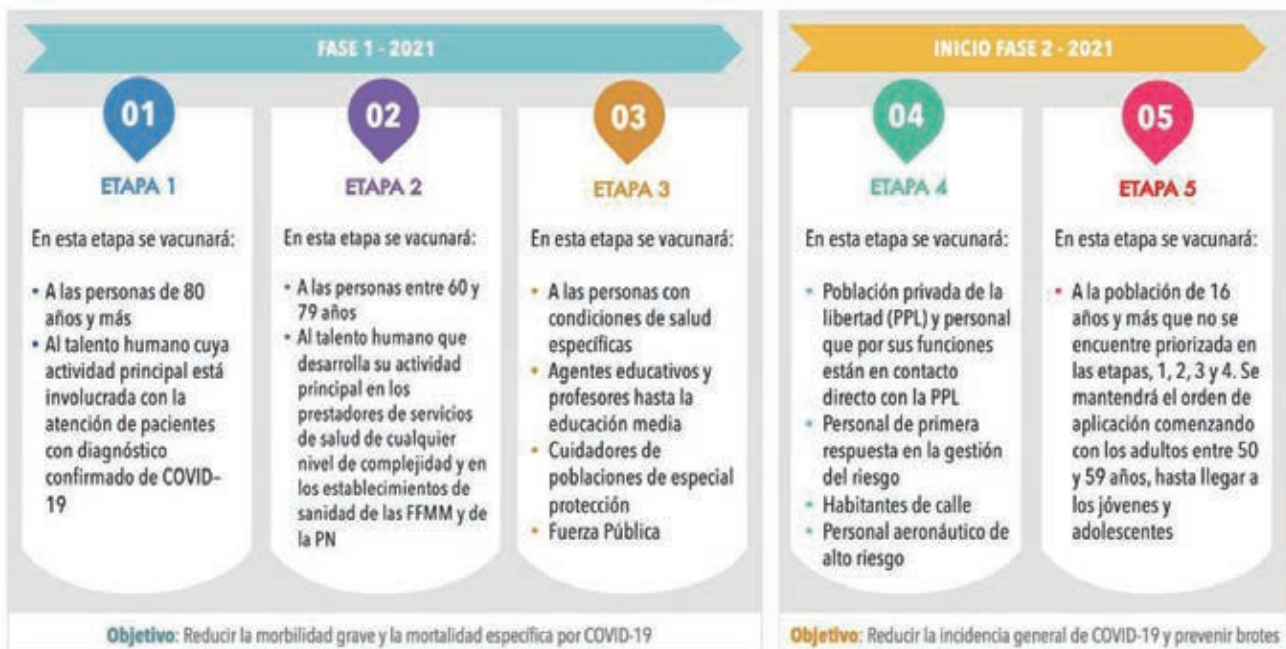
También hay retos logísticos y operativos que impiden garantizar el acceso inmediato y simultáneo a la vacuna a millones de personas en todo el país. Es por esa razón que se estableció el orden en que distintos segmentos poblacionales serán inmunizados hasta alcanzar la cobertura que permita la inmunidad de rebaño, comenzando por quienes presentan mayor riesgo de enfermarse gravemente y de morir por COVID-19.

Para determinar los criterios orientadores de la **priorización**, considerando aspectos epidemiológicos, en primer lugar, la literatura científica fue revisada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). La priorización apunta a proteger de los daños más graves, irreparables e inmediatos sobre la vida, la salud y la dignidad de los habitantes del país. Se hizo priorización basada en evidencia por edad, comorbilidades y riesgo de contagio. Y, en segundo lugar, se creó una institucionalidad para la toma de decisiones: el Comité Asesor de Vacunas y la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces.

Estrategia de gradualidad

Dado que las dosis no llegarán simultáneamente, la cadena de suministro dispone de los biológicos gradualmente. Se dividió la estrategia de vacunación en 2 Fases y 5 Etapas.

Estrategia de gradualidad para aplicación de la vacuna en población priorizada*



* Sin embargo, bajo condiciones epidemiológicas excepcionales, podría ser necesario ajustar la operación del plan en territorios y poblaciones específicas, previa recomendación de la Instancia Asesora en vacunas y con base en evidencia científica.

Fuente: Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19, Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministro de Salud, Fernando Ruiz, anunció el pasado 4 de junio que el Comité Asesor de Vacunas aprobó la unificación de las etapas de vacunación con una sola dosis (la de Janssen que llegará en próximas semanas) en múltiples zonas del país, tras acoger planes de unos departamentos con complejidad del orden público y dispersión territorial.

Esto significa que las priorizaciones de las etapas del PNV se suspenden en los territorios que por resolución definirá el Ministerio de Salud en próximos días, de manera gradual. En total, 28 departamentos y 579 municipios tendrán fusión de etapas de inmunización, impactando inicialmente a una población de 1.169.117 habitantes, cifra que podría reducirse porque muchas personas ya fueron vacunadas en las primeras etapas del plan.

La medida se aprobó para municipios con población menor o igual a 10.000 habitantes, empezando por cabeceras municipales y centros poblados. Luego vendrán áreas rurales dispersas y algunas zonas específicas de Chocó, Nariño, Norte de Santander (región del Catatumbo), Cauca, Sucre, Buenaventura, San Andrés y Uribe (La Guajira). También se plantea unificar etapas en municipios de Nariño y Putumayo de la frontera con Ecuador.

La idea es también unificar etapas en áreas urbanas, pero no capitales ni metropolitanas del cordón amazónico, y se evalúa unificar etapas en municipios fronterizos con Venezuela. Más adelante, según la llegada de vacunas y tiempos de vigencia de los biológicos entregados, la población rural de los 579 municipios, 1.815.957 personas adicionales, también recibirá la vacuna bajo la unificación de etapas (es posible que se reduzca el número total, debido a la inyección previa bajo el esquema normal del PNV).

La gestión de la información correspondiente a la vacunación contra la COVID-19 se realiza de manera obligatoria en el sistema de información nominal PAIWEB

Ruta para aplicación de vacuna contra COVID-19

La ruta de vacunación incluye: identificación de la población a vacunar, postulación de pacientes con diagnósticos priorizados no incluidos en listados nominales, manifestación del desacuerdo de la etapa asignada, instancia de revisión, disposición de la información de la población a vacunar en cada etapa, asignación del punto de vacunación, agendamiento de citas para la vacunación, y aplicación de la vacuna contra la COVID-19.

Sistema de información nominal PAIWEB

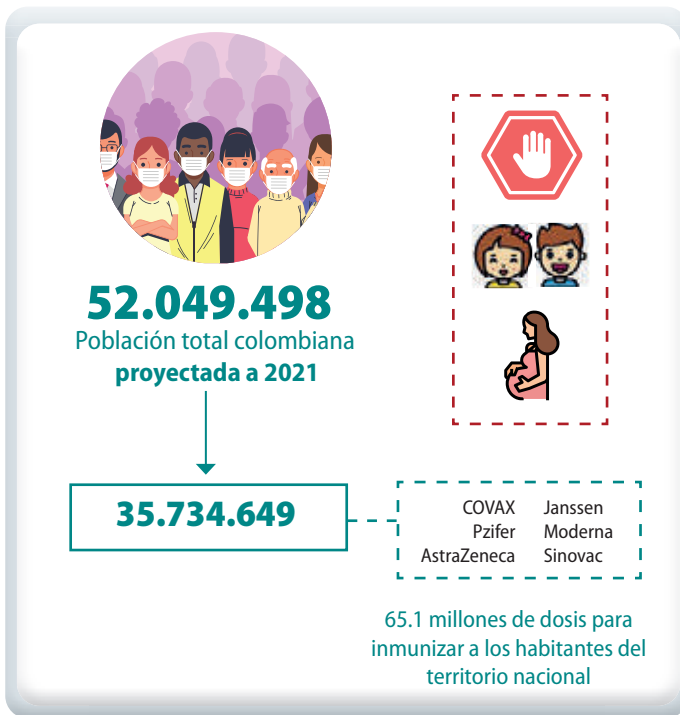
La gestión de la información correspondiente a la vacunación contra la COVID-19 se realiza de manera obligatoria en el sistema de información nominal PAIWEB por parte de las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

Coordinación intersectorial

Se realiza desde el Ministerio de Salud con el fin de generar alianzas y estrategias articuladas, como la identificación de la población priorizada y fortalecer la logística de la estrategia de vacunación, entre otras, con los diferentes sectores del gobierno nacional.

Capacitación

Se busca garantizar el desarrollo de capacidades que aseguren la actualización de conocimientos y desarrollo de habilidades en la ejecución de procesos de vacunación contra la COVID-19. El plan de capacitación va dirigido al talento humano de entes territoriales y



actores del SGSSS, como EAPB e IPS vacunadoras públicas y privadas, como también al personal contratado para la vacunación y como parte de los programas de educación continuada en el PAI.

3 billones de pesos para vacunas

Se critica que, por tener un marco jurídico muy limitante para la adquisición de biológicos en fase experimental, que obligó a modificar la Ley Estatutaria en Salud para permitir esa acción del Gobierno, Colombia llegó tarde al mercado de vacunas, cuando ya muchos países habían tomado ventaja en la adquisición de los biológicos.

El Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 plantea que, para llegar a la inmunidad de rebaño, se debe alcanzar 70% de la población, o sea, vacunar a 35.734.649 personas. Para el efecto, Colombia adquirió 61,5 millones de dosis de vacunas. Pese a los acuerdos de confidencialidad con las farmacéuticas sobre el costo, se sabe que el Gobierno comprometió \$3,07 billones en adquisición de biológicos, según datos de nueve resoluciones del Ministerio de Hacienda para garantizar acuerdos con seis farmacéuticas.

La Resolución 1785 del 17 de septiembre de 2020 trasladó recursos por \$391.502 millones de pesos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) para la suscripción del acuerdo vinculante con la Alianza para la Vacunación GAVI-COVAX para acceder a eventuales dosis de vacunas. El 9 de octubre de 2020, la Resolución 1931 autorizó adquirir dosis mediante el mecanismo COVAX para un 10% de población adicional del país por \$427.425 millones.

El 25 de noviembre de 2020, la Resolución 2327 transfirió \$437.188 millones del FOME para obtener 10 millones de dosis de vacunas a US\$12 por dosis con Pfizer (única cifra que aparece en las resoluciones hasta el momento y más baja que de la de Estados Unidos, que adquirió la dosis en promedio a US\$19,50 por dosis, y que la de la Comisión Europea, a US\$14,7 por dosis).

La Resolución 2461 del 15 de diciembre de 2020 financió, con cargo a recursos del FOME, la solicitud por \$281.766 millones para adelantar los procesos pertinentes para adquirir la candidata a vacuna contra la COVID-19 de la compañía AstraZeneca. Según el Gobierno, se compraron 10 millones de dosis para cinco millones de personas.

El 27 de enero de 2021, la Resolución 0209 garantizó \$312.012 millones para adquirir nueve millones de dosis de Janssen Pharmaceutica para nueve millones de personas y \$159.417 millones para 2,5 millones de dosis de Sinovac Life Sciences para 1,25 millones de personas.

La Resolución 0233 del 29 de enero de 2021 aprobó financiar, con cargo al FOME, la compra de 10 millones de dosis de la farmacéutica Moderna para cinco millones de personas, por valor de \$1,06 billones (un billón 68.964 millones de pesos).

Además de estos costos de adquisición de vacunas, el Gobierno comprometió \$525 millones para transporte de 192.000 dosis de Sinovac desde China y \$668.925 millones para el pago del procedimiento de aplicación de la vacuna y para adelantar acciones de seguimiento y verificación por parte de las EPS. Estos costos asociados a la aplicación de las vacunas también se financian con cargo a recursos del FOME.

Farmacovigilancia y seguimiento a la vacunación

Las vacunas usadas en las primeras etapas de inmunización son productos nuevos con aprobación de uso de emergencia. Esto significa que el balance entre beneficio y riesgo fue establecido con base en una cantidad menor de información a la requerida para acceder al registro sanitario, dado que la situación de pandemia es apremiante y estas vacunas tienen alto potencial de tener impacto muy positivo en la salud pública.

En este escenario es fundamental la farmacovigilancia de los posibles ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización) y un seguimiento cercano de coberturas de vacunación y efectividad observada. Para la vigilancia se implementará el Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna contra COVID-19.

Para mejorar la farmacovigilancia de la vacuna contra COVID-19, se requiere que desde el inicio se realice una vigilancia tanto pasiva como activa. El control de estas vacunas es un reto porque se tienen varios biológicos y alto número de sitios de vacunación. Para lograrlo, es necesario entrenar al personal que se encarga específicamente de la vacunación en los centros de atención y que haya una adecuada captura de datos para el sistema de in-

formación PAIWEB que permita identificar el biológico empleado y el lote.

En el seguimiento a la vacunación hay dos elementos importantes: las coberturas de vacunación alcanzadas y la efectividad a observar, y el impacto que tenga la vacunación. Para el primer elemento, el sistema de registro de vacunación se lleva de manera correcta y oportuna. Para el segundo está en desarrollo la metodología de evaluación de la efectividad. Esto comprende el desarrollo de modelos que permitan estimar la efectividad e impacto de la vacunación para que sean comparados con los efectos observados. De esta manera se puede tener un referente para medir el avance.

El seguimiento a la efectividad de la vacunación se hará a través del cruce de información entre el SIVIGILA, el Sistema de Información de Muestras (SISMUESTRAS) donde se registran resultados de laboratorios de pruebas para COVID-19, y el PAIWEB. El cruce de esta información permitirá evaluar de forma continua la efectividad de las vacunas de acuerdo con el biológico empleado.

Se desconoce duración de inmunidad celular y vacunal

El médico internista e infectólogo Carlos Álvarez, coordinador de estudios de COVID-19 en Colombia para la OMS y asesor presidencial en el manejo de la pandemia, advirtió que tener anticuerpos no significa que estos protegen en todos los casos ni al 100%. Y que no tener anticuerpos no significa no tener protección. Puede ser que la mejor manera de adquirir inmunidad sea con una inmunidad celular, en la que cabe decir que las personas con síntomas leves o asintomáticos producen menos anticuerpos que personas con síntomas severos o graves.

“Esta inmunidad se puede mantener en el tiempo, pero no podemos hacer seguimiento a largo plazo para saber qué tanto dura esta inmunidad. Sabemos del seguimiento de 9 meses de inmunidad generada por la enfermedad, ¿pero serán 11, 18 o 24 meses? Es una variable que cambia las expectativas”, explicó.



Julio César Aldana
Director INVIMA

Otra variable importante es la eficacia de las vacunas, que, para la forma grave y severa de la enfermedad, se ha logrado cuantificar, pero su impacto sobre la inmunidad de rebaño puede ser diferente: “No sabemos qué tanto las diferentes vacunas disminuyan la transmisión. Conocemos más la eficacia en la enfermedad que en la transmisión. Recordemos que la eficacia es en el ensayo clínico y la efectividad es en la vida real, y puede haber diferencias. Eso hace que cuando se evalúa la inmunidad de rebaño a medida que se logra la vacunación, es posible que esta variable de las diferentes eficacias o efectividades de las vacunas aplicadas juegue un papel importante”.

Señala Álvarez que otro impacto es qué tanto pueda mantenerse esa efectividad en el tiempo: si hay dudas sobre la inmunidad natural generada por la misma infección para recuperarse, con las vacunas también. Algunas publicaciones de la vacuna de Moderna, con cuatro meses de seguimiento, muestran que hay una disminución lenta, y sobre la de Pfizer se muestra que la efectividad podría mantenerse a seis meses, pero es probable que caiga a los 9 meses y que, para mantener esa efectividad, haya que poner un refuerzo.

INVIMA autoriza uso de emergencia y hace farmacovigilancia

Ante el hecho sobreviniente de la pandemia por COVID-19, el Gobierno expidió de manera temprana una

norma que permite al INVIMA estar a tono con lo establecido en agencias regulatorias en el mundo, sobre todas aquellas de referencia como la FDA y la EMA. El Decreto 1787 de 2020 que establece condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE) para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la COVID-19 en vigencia de la emergencia sanitaria, permite el uso de emergencia de algunas sustancias en fase de experimentación, como las vacunas contra la COVID-19.

Así lo indicó Julio César Aldana, Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), quien agregó que la entidad también realiza una vigilancia activa de las vacunas que ingresan a Colombia con dicha autorización, dentro de lo establecido en el Programa Nacional de Farmacovigilancia.

Para la obtención de la ASUE, el fabricante de la vacuna debe presentar al INVIMA un plan de gestión de riesgos (PGR) que se adecue a los lineamientos internacionales o nacionales, o una evaluación de riesgos y estrategias de mitigación (REMS, por sus siglas en inglés). También deberá monitorear y reportar de forma activa los eventos adversos.

Señala Aldana que existen alrededor de 180 iniciativas en desarrollo de vacunas antiCOVID-19 y de ellas unas 20, que están en la fase 3 de

Lafayette



TECNOLOGÍA TEXTIL QUE PROTEGE A LOS QUE NOS CUIDAN

Presentamos los beneficios de confeccionar con nuestras **telas LAFAYETTE.**



•ANTIMICROBIAL



•ANTIFLUIDO



•CLORORESISTENTE



Diferenciación y exclusividad para la institución.



Optimización de costos con uniformes de mayor **calidad y duración.**

Estamos para brindarte nuestra asesoría personalizada sin ningún costo.



Asesoría en la selección de los textiles ideales para cada uso.



Diseño uniformes para instituciones médicas.

Diseño uniformes para **instituciones médicas.**

servicioalcliente@lafayette.com | Tel: +571 294 8880
Whatsapp: +571 5141082 | Línea gratuita: 01 8000 11 8000
uniformelafayette.com | @lafayette_uniforme_salud

INTELIGENCIA TEXTIL QUE PROTEGE LA VIDA

Lafayette
uni FOR me

Las vacunas son estudiadas por el INVIMA, por la OMS y por todas las agencias de referencia en el mundo. Todas coinciden en que son productos eficaces y seguros.

experimentación, son las que pueden ser objeto de la ASUE. Esta norma permite el ingreso temporal y condicionado a su comportamiento en el mundo, el cual es examinado por los programas de farmacovigilancia que están bajo la rectoría de la OMS. Señaló Aldana:

"Estas vacunas son estudiadas por el INVIMA, por la OMS y por todas las agencias de referencia en el mundo (FDA, EMA, Health Canada, MHRA en Reino Unido, PMDA en Japón, ANVISA en Brasil, Cofepris en México, ANMAT en Argentina, entre otras). Todas coinciden en que son productos eficaces y seguros".

Agregó que en Colombia no existe un medicamento ni un producto biológico vigilado de manera tan focalizada y estricta como estas vacunas con los programas de farmacovigilancia en los que intervienen todos los actores del sistema de salud (Ministerio, INS, IETS, secretarías de salud departamentales y municipales, IPS, EPS y médicos).

En el mundo, bajo rectoría de la OMS, existe un programa de farmacovigilancia de estas vacunas. La OMS tiene un centro de acopio de información a través de la platafor-

ma digital VigiFlow en Uppsala, para estar atentos al comportamiento de vacunas que pasaron de un ámbito controlado en ensayos clínicos a ser utilizadas en millones de personas.

En el Decreto 1780 de 2020 existe la figura "diálogos tempranos", que no es exclusiva de Colombia, y que le permitió al INVIMA desde octubre de 2020 conocer las actas científicas de estas vacunas, particularmente lo que tiene interés en salud pública, como seguridad, eficacia, programas de farmacovigilancia, etc. Por tener ese conocimiento previo, se aprobaron rápidamente las solicitudes de ASUE.

Las vacunas de COVAX entran directamente al país con una evaluación de la OMS, solo con una autorización de importación. También ingresan las que tienen autorizado uso de emergencia por el INVIMA: Pfizer, AstraZeneca y Janssen. Y las de Sinovac las ingresó el Ministerio de Salud mediante la figura regulatoria que contempla productos de interés en salud pública en una emergencia sanitaria declarada por el Gobierno nacional (Decreto 822 de 2003, autorización de importación). No han solicitado la ASUE las vacunas de Moderna y Sputnik, y se dialoga con otros productores para el uso de emergencia.

IETS evalúa reacciones adversas a vacunas contra la COVID-19

Como parte del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), el Consejo de Evaluación de

las reacciones adversas a la vacuna contra la COVID-19, establecido en la Ley 2064 de 2020, evaluará la existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento adverso sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 que haya sido suministrada por el Estado colombiano.

Adriana María Robayo, Directora del IETS, explicó que en el momento en que algún ciudadano colombiano presente una eventual demanda al Estado por vacunas que este le haya suministrado, el grupo técnico del IETS presentaría el análisis de la información a unos comisionados. El proyecto de reglamentación del Consejo está en trámite.

La directiva señaló que, dentro del Plan Nacional de Vacunación, el IETS operó como un ente asesor que suministró estudios técnicos, que hizo revisiones sistemáticas de la literatura acerca de la efectividad y seguridad de estas vacunas. Ese material se entregó a la Dirección de Medicamentos y al Ministerio de Salud para que lo utilizaran en estudios y análisis internos, previos a la decisión de los tipos de vacunas que debían comprarse.

Robayo agregó que en 2020 también se elaboró un modelo econométrico, reproduciendo el modelo de Michael Kremer (Premio Nobel de Economía de 2019) para tratar de establecer el tamaño óptimo del portafolio de vacunas que Colombia debía comprar y el momento de comprarlas. Afirmó la directiva:

"Se ha tratado de comprar la mejor vacuna para el país, siempre revisando la efectividad y la seguridad. Se ha hecho un esfuerzo económico muy grande, se han hecho las compras a tiempo. Ahora hay una gran competencia mundial y seguramente hay acuerdos adicionales que no conocemos y que ha hecho que algunos países hayan accedido un poco más rápido que otros a las vacunas".

Según la Resolución 2272 de 2020, el IETS hace parte de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19, que analiza y recomienda estrategias y mecanismos que debe adoptar el Estado colombiano para acceder a estas vacunas.

La Directora del IETS asiste como invitada al Comité Asesor de Vacunas creado por la resolución 1270 de 2020, para evaluar la parte epidemiológica del COVID-19: "No somos tomadores de decisiones, sino que aportamos estudios técnicos al Ministerio de Salud".

El IETS también es Asesor Metodológico del Consenso Colombiano SARS-CoV-2/COVID-19 que publica la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN) en su revista *Infectio* en la web (www.revistainfectio.org/index.php/infectio). Entre marzo de 2020 y abril de 2021 se publicó el Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19, del cual ya se han hecho tres actualizaciones, la tercera



Adriana Robayo
Directora Ejecutiva IETS

edición publicada en abril pasado. Indica Robayo:

"Nosotros somos expertos metodológicos para la realización del Consenso en el que han participado más de 100 entidades, entre hospitales, universidades, sociedades científicas. Recientemente tiene unos capítulos nuevos para el manejo del COVID crónico. Esto ha sido un esfuerzo colaborativo de las sociedades científicas, coordinado en la parte científica por la ACIN y en la parte metodológica por el IETS. Es colaborativo, totalmente voluntario y libre de cualquier cobro, y ha sido un aporte tanto de sociedades científicas como del IETS al país para el manejo clínico de los pacientes".

“Colombia: alta mortalidad, peor manejo de la pandemia y vacunación lenta”: Fernando de la Hoz

"Colombia hizo esfuerzos importantes en los últimos meses para adelantar la vacunación, pero hubiera sido mejor que esos avances hubieran sido más tempranos; ya hay una cobertura importante en grupos de mayores de 70 años, pero todavía hay por lo menos 10 millones de personas que necesitarían haberse vacunado hace por lo menos 2 meses, para haber evitado el colapso de servicios de salud en este tercer pico, que no se hizo".

Así lo afirmó el médico y epidemiólogo Fernando de la Hoz, profesor de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), quien agregó:

Tenemos muy poca información pública que permita observar bien las barreras que impiden tener un mejor programa de vacunación. El INS y el Ministerio han sido transparentes en la publicación de información sobre la enfermedad, la vigilancia epidemiológica, pero en cambio hay una gran opacidad en la información sobre quiénes se están vacunando, dónde, desde cuándo.

De la Hoz señaló que es complicada la falta de información sobre quiénes deben vacunarse:

"Hay un gran problema con bases de datos en las EPS, de personas en etapas 3, 2, 1 de vacunación, y bases de datos de los territorios en las secretarías de salud. Allí hay una gran dificultad en la unificación de información de quiénes realmente deben vacunarse y eso es consecuencia de la fragmentación del sistema de salud, donde una información la manejan las EPS, otra las IPS, y el Ministerio y Supersalud tienen muy poco control de esa información. A futuro debe haber mayor gobernanza desde el Ministerio y secretarías departamentales de salud para estas acciones de salud pública".

De la Hoz afirma que Colombia enfrentó la pandemia y la vacunación con lastres y debilidades que vienen desde la misma concepción del sistema de salud, con franca incapacidad y debilidad de la gobernabilidad:

"Ahí vemos las consecuencias. Colombia está dentro de los cinco primeros países con mayor mortalidad



▼
Fernando de la Hoz
Epidemiólogo, director del departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional

por COVID-19 en el mundo, después de ajustar por perfiles demográficos; según datos crudos, Colombia está en el puesto 15 o 16 o incluso más bajo de mortalidad, entonces algunos dicen “Estamos bien”, pero ese dato crudo esconde la realidad de que somos un país con un perfil demográfico relativamente joven y, cuando controlamos por ese factor de composición demográfica, Colombia sube a los cinco primeros puestos en mortalidad del mundo”.

De hecho, Colombia es el cuarto país con mayor mortalidad por COVID-19 en América Latina y ocupa el puesto 24 en mortalidad a nivel mundial, según cifras del portal Worldometer: hasta el 13 de mayo pasado, registraba 3.031.726 casos de COVID-19 y 78.771 fallecimientos por el virus. Con 1.534 muertes por cada millón de habitantes, el país se ubica en el puesto 24 de mortalidad a nivel mundial. El indicador señala que hay más riesgo de mortalidad por COVID-19 en Colombia, donde hay 3.1 muertes por cada 100 habitantes, que en Chile, Bolivia, Ecuador o Uruguay.

Colombia también figura como el tercer peor país en el manejo del COVID-19: en enero pasado, en la actualización del Ranking de Resiliencia de COVID-19 de Bloomberg, entre 53 países Colombia ocupó el puesto 51, solo por encima de Sudáfrica y México.

El epidemiólogo propone que Colombia debería adquirir nuevamente la capacidad de producción de vacunas, de investigación y desarrollos tecnológicos:

“Tener algún tipo de soberanía en desarrollos en el campo biotecnológico en salud, algo que Colombia perdió casi totalmente por privilegiar modelos de compras. Países que tienen alguna capacidad de producción de vacunas han tenido mayor flexibilidad para tratar

con las empresas de desarrollos tecnológicos. Y lo otro: el país debe tener una infraestructura de vacunación que dependa sobre todo de la red pública. Hay que volver a los hospitales públicos, a los sistemas de salud local que tienen cobertura real de área geográfica, que conocen a su población, para que estos procesos de salud pública tengan mayor eficacia y cobertura”.

Respecto de las autorizaciones de uso de emergencia de las vacunas, De la Hoz advierte que nunca serán como el proceso regular de autorización por información insuficiente:

“La información siempre va a ser parcial y sesgada, porque generalmente es producida por las mismas empresas que comercializan los productos. Es un proceso muy





- Somos expertos en gestión farmacéutica integral, atención ambulatoria y hospitalaria.
- Con un portafolio de más de 4.000 referencias, entre dispositivos médicos y medicamentos.
- Líder en programas de atención farmacéutica, farmacovigilancia y tecnovigilancia.

En la Cooperativa de hospitales de Antioquia todos contamos, todos sumamos.



Conoce nuestro portafolio de servicios aquí 

www.cohan.org.co PBX: (4) 605 4949

imperfecto, pero como es un proceso de emergencia uno tendría ahí una dualidad: o vuelve más estrictos los procesos de aprobación rápida, requiriendo más información o información propia, a costas de que se demorarían mucho más los procesos de compra y de instrucción, o los vuelve un poco más flexibles, pero también con la capacidad de vigilar a nivel nacional lo que va pasando con esos productos nuevos”.

Pero allí se tiene una gran falla, señala: “La capacidad de Colombia para vigilar efectos adversos, para monitorear la efectividad de estos productos, es muy débil. Llevamos 4 meses vacunando, así sea a un ritmo lento, pero ya tenemos gente vacunada hace tiempo y no sabemos cuál es la tasa de eventos adversos, cuáles son los más frecuentes, y si la enfermedad está disminuyendo o no en los vacunados. Hay un montón de información que se debería estar produciendo y monitoreando, lo que no se hace. Entonces, en esa parte postintroducción de emergencia debe hacerse una reforma, un fortalecimiento en la capacidad nacional. Eso no se le puede dejar a las EPS o a proveedores de servicios porque debe ser parte de la vigilancia de salud pública”.

“Ante sobredemanda de vacunas, buscar equidad en distribución”: AFIDRO

“El reto de la sobredemanda es la razón por la que estamos muy comprometidos para trabajar con todas las partes interesadas, específicamente el

Acelerador ACT, para lograr un acceso equitativo a las vacunas contra COVID-19 y fomentar la alineación política en los principios de asignación”.

Así lo afirmó Yaneth Giha, presidente de AFIDRO. “La industria de investigación y desarrollo es uno de los fundadores de COVAX”, recalzó Giha. A través del mecanismo, los fabricantes contribuyen a lograr un acceso justo y equitativo a las vacunas. El Compromiso de los Mercados Avanzados (AMC) de la alianza GAVI-COVAX, apoyará a 92 países de ingresos medios y bajos que no pueden pagar en su totalidad. COVAX espera que 2.000 millones de dosis estén disponibles a fines de 2021 para proteger personas de alto riesgo y trabajadores de atención médica de primera línea.

La presidente de AFIDRO anotó: “Los procesos de investigación y desarrollo de vacunas son largos y complejos. Tienen fases preclínicas soportadas por análisis de laboratorio físicoquímicos, big data, ingeniería genética, modelos no humanos, para luego avanzar a estudios clínicos en seres humanos. Aprobadas estas fases, la información se somete a consideración de las agencias de salud y regulatorias para estudio y aprobación en situación de emergencia alrededor del mundo y en cada país en particular”.

Agregó que la industria trabaja con rigurosidad para que los productos cumplan características de seguridad, calidad y eficacia: “Incluso, en un marco de emergencia, las vacunas deben




Yaneth Giha
Presidente de AFIDRO

cumplir tres fases de investigación en seres humanos, antes de aprobación para utilización masiva. Cuando se pide el registro a una autoridad sanitaria, se debe presentar amplia información farmacológica y clínica, que evidencie el resultado de las fases 1, 2 y 3 de investigación, soportando seguridad y eficacia”.

Aclaró que, incluso en procesos de aprobación fuera de emergencia, pueden presentarse efectos adversos en cualquier medicamento. Para reducir esta probabilidad, las compañías desarrollan programas de farmacovigilancia robustos y planes de gestión de riesgo, de tal forma que se haga seguimiento estricto a los pacientes que lo reciben.

Agregó que, teniendo en cuenta la urgencia con los tiempos, los gobiernos apostaron a las vacunas en esta emergencia para inmunizar su población, y es ahí donde se toman decisiones temporales como soportar la posibilidad de eventos adversos. “Estos, en tiempos de investigación y desarrollo habituales, son soportados por los fabricantes, pero con el fin de enfrentar la emergencia de salud, social y económica que vive el mundo, son necesarias medidas excepcionales y transitorias” afirmó Giha, al indicar por qué las farmacéuticas no responden por efectos adversos de vacunas, sino el Estado colombiano.

Sobre una eventual liberación de patentes de las vacunas, como solicitan muchos países y apoyó el presidente Biden en EE. UU., Giha resaltó que desde el inicio de la pandemia las farmacéuticas de investigación y desarrollo generaron respuestas en diagnósticos, tratamientos y vacunas, para garantizar que vacunas y terapias seguras, efectivas y de calidad lleguen de manera rápida y equitativa a todos los países. “Sin embargo, una exención a los derechos de propiedad intelectual en la

emergencia sanitaria no es la respuesta a un problema complejo”, explicó Giha. Y agregó:

“Una eventual liberación de patentes para vacunas contra COVID-19 no resolverá los problemas de producción y abastecimiento. Más aún, esta decisión podría desdibujar el rol de la propiedad intelectual como incentivo a la generación de nuevo conocimiento e innovación. Por eso consideramos que desconocer los derechos de propiedad intelectual en la pandemia no promueve el desarrollo de innovación oportuna y de calidad, la cual ha demostrado ser la clave para afrontar la actual y futuras emergencias sanitarias”.

Recalcó que el sistema internacional de propiedad intelectual dio confianza a empresas para participar en más de 200 acuerdos de transferencia de tecnología para expandir la entrega de vacunas COVID-19, basadas en asociaciones entre fabricantes de vacunas de países industrializados y en desarrollo.

Y respecto de la capacidad de la industria farmacéutica colombiana para producir vacunas, Giha reconoce que el país tiene un ecosistema importante, pero se debe fortalecer:

“Estamos dispuestos a ser parte de la construcción de una hoja de ruta que permita que el país fortalezca sus capacidades de ciencia, tecnología e innovación y producción local. Este ejercicio requiere un análisis juicioso y riguroso para identificar el vehículo que permitirá alcanzar ese propósito. Se debe tener en cuenta la experiencia internacional y modelos adoptados por países que lograron objetivos de este tipo”.

Farmacéuticas colombianas avanzarían a producción de vacunas

La industria farmacéutica colombiana podría avanzar hacia el desarrollo y producción de vacunas para humanos, si contara con transferencia de tecnología, inversión, compromiso del gobierno y de las autoridades regulatorias en dar estabilidad jurídica y posibilidades financieras,



▼
Luis Méndez
Presidente de ASINFAR

y en garantizar el desarrollo posterior de esta industria. Así lo afirmó José Luis Méndez, presidente de la Asociación de Industrias Farmacéuticas en Colombia (ASINFAR), quien explica que hoy el país no tiene capacidad industrial para producir vacunas para humanos:

“Hay capacidades en algunos laboratorios de hacerlo a nivel experimental, micro, pero no a nivel industrial para atender a toda una población. Lo mismo pasa con algunos laboratorios que desarrollan y producen vacunas para el sector veterinario. Nos falta avanzar hacia el desarrollo y producción de vacunas para humanos”.

Méndez indicó que, desde el inicio de la pandemia, cuando se habló de la solución de las vacunas, los asociados de ASINFAR le manifestaron al Gobierno nacional la intención de participar dentro de las capacidades: “Lamentablemente, no se tienen capacidades instaladas para producir vacunas en su totalidad, pero sí para participar, como lo hicieron algunos países de Latinoamérica, en algunas etapas de la producción, verbigracia en el llenado, dosificación, etiquetado y finalizado del producto”.

Explica que, por más grandes que sean las plantas de producción en el mundo, hoy no tienen la capacidad absoluta para fabricar los miles de millones de dosis que se requieren: “Esas compañías podrían hacer el sustrato biológico inicial y enviarlo a Colombia, así como hicieron con

Argentina y México. Acá nosotros lo recibimos y lo convertimos en millones de ampollitas. Participaríamos en esa última fase del proceso”.

Reitera Méndez que esto se le comunicó al Gobierno en octubre de 2020 y en febrero de este año, pero no se pudo evolucionar en las negociaciones internacionales porque requería un acuerdo de los productores originales para participar en alguna de las etapas; hasta el momento, ninguna de esas intenciones de la producción local prosperó.

Luego de que el presidente Iván Duque invitara este año a las farmacéuticas nacionales a desarrollar y producir la vacuna contra la COVID-19, ASINFAR respondió que estaban listos para avanzar en el proceso, pero que necesitaban reactivar el Pacto por el Crecimiento firmado en 2019 y reenfocar las mesas de trabajo instaladas. Recordó Méndez: “La industria de producción local le insiste al Gobierno desde 2018 y le entregó material relacionado con la Política Industrial Farmacéutica que el país requiere, como aporte que lleve al mejoramiento de las capacidades de manufactura de medicamentos de síntesis química y biotecnológicos y biológicos, incluyendo las vacunas”.

A favor, Colombia cuenta con capacidades intelectuales y talento humano para el proceso, así como el compromiso de centros de investigación de la academia, como universidades públicas y privadas. Y existe personal preparado en el país, que

trabajó en el Instituto Nacional de Salud (INS), en el desarrollo y producción de vacunas.

Colombia producía vacunas, pero hace unos 30 años se adhirió al Fondo Rotatorio de la OPS, organismo que negocia en bloque la compra de biológicos para varios países. Esta decisión llevó al INS y otros laboratorios a dejar de producir vacunas. “Se abandonó la capacidad de producción, dejaron de traer equipos desde los años 90 del siglo pasado. Ahora tenemos que volver a construir esa capacidad. Es una necesidad del país y una obligación de todos de reconstruir esa capacidad”, dijo Méndez.

El presidente Duque insistía que “tener la posibilidad de producir vacunas no es un tema de análisis de competitividad, sino casi una necesidad de soberanía en términos de salud pública”. ASINFAR respondió que es necesario que el país sustituya las importaciones, y, de hecho, aumente las exportaciones para fortalecer la industria farmacéutica local. De ese modo lo confirmó Méndez: “La industria local tiene la experiencia y con una Política Industrial Farmacéutica y suma de voluntades, Colombia podría convertirse en líder regional con capacidad de producción y empezar a recuperar años de rezago en el proceso de desarrollo de vacunas, además de consolidarse en fabricación de medicamentos de síntesis química y biotecnológicos. Estamos listos, en lo colectivo, a contribuir al llamado del Gobierno”.

Es por ello por lo que se solicita al Gobierno la implementación de la Política Industrial Farmacéutica que permita el desarrollo de infraestructura y mejoramiento de la competitividad del sector, para que el país contribuya en la producción y distribución de la vacuna.

ASINFAR también propuso que se elabore una regulación que favorezca e incentive,

desde lo técnico, lo económico y de recurso humano, la producción y el abastecimiento garantizado de vacunas locales. Indicó Méndez: “La tecnología está inventada y existen expertos en el mundo y compañías que proveen los equipos requeridos. Colombia necesita hacer las inversiones para reinstalarlos, validarlos y someterlos a aprobación del INVIMA, que debería hacer una evaluación ágil, pero con toda la rigurosidad del caso”.

Y frente a una posible liberación de patentes de la vacuna contra el COVID-19, Méndez declaró: “Nosotros celebramos la solicitud de Estados Unidos de unirse a la iniciativa de que la Organización Mundial del Comercio (OMC) ayude en la liberación de patentes. Todavía falta un proceso a debatirse y firmarse con todos los miembros

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha actualizado las normativas para la facturación electrónica en el sector salud.

Xoma
es la solución.®

**RESOLUCIÓN 506 DEL
19 DE ABRIL DE 2021
Ministerio de Salud
y Protección Social.**

Antes de Julio 31 de 2021.

El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizó la normativa para la facturación electrónica en el sector salud.

Se extiende de esta manera el plazo original y abre opción a todos los profesionales, instituciones y empresas del sector salud para tener a tiempo la facturación electrónica ajustada a la normatividad.

ORACLE | Partner

Iris Soluciones 
Xoma es una marca registrada de Iris Soluciones S.A.

Llámenos ya

Daniel Hernández Báez
Presidente

+57 314 410 4360

dhernandez@irisoluciones.com

Juan Fernando Bazzani R.
Director Comercial

+57 310 282 7050

jbazzani@irisoluciones.com

www.xomaonline.com

de OMC, porque hay muchos que se oponen. Pero si eso se diera, hay compañías interesadas en entrar en el proceso, entendiendo que el solo anuncio de liberar patentes no es suficiente”.

Y concluyó: “La clave es la transferencia de tecnología; además de liberar patentes debe existir voluntad de los desarrolladores, que hicieron grandes inversiones en desarrollo de vacunas para el COVID-19, a transferir esta tecnología, y eso toma años. Esta es una oportunidad

de oro para que el país se prepare para hacer esa transferencia de tecnología con ayuda de cooperación internacional, en el sentido de mirar las vacunas como un bien común. Que se prepare para el futuro, para otras pandemias, para otras ocasiones en que se necesite una revacunación contra el COVID. En este momento es una oportunidad más para aprovechar a futuro que para pensar en participar directamente”.

Ritmo de la vacunación en Colombia

En Colombia la vacunación, inició el 17 de febrero de 2021 y hasta el 6 de junio pasado se habían aplicado 11.615.265 millones de dosis acumuladas. De ellas, un total de 3.450.521 corresponden a segundas dosis.

El promedio de dosis aplicadas al día es de 129.361, de las que 17.715 corresponden a segundas dosis día. Las zonas del país con más vacunas aplicadas son Bogotá, con 2.287.963, Antioquia, con 1.746.776, Valle con, 1.077.774, Cundinamarca, con 668.279, y Atlántico y Barranquilla, con 639.899.

Sin embargo, aunque conscientes del desabastecimiento mundial de vacunas y de la gradualidad en la vacunación planteada por la llegada progresiva de vacunas al país, hay consenso en los actores del sistema de salud en que Colombia requiere mayor velocidad en la vacunación, “meter el acelerador” para evitar mortalidad y hospitalizaciones, y para evitar una emergencia sanitaria y la transmisión de nuevas variantes del virus.

En la curva del número de dosis aplicadas diariamente, para alcanzar las proyecciones del Ministerio de Salud de 35 millones de personas vacunadas, algo así como 60 millones de dosis (considerando que buena parte de las vacunas requieren dos inyecciones), se necesita un promedio diario de 200.000 dosis administradas, valor alcanzado algunos días pero que no se refleja en el valor promedio diario definitivo que se necesita.

En el PNV y según proyección de llegada de vacunas, Colombia tiene la capacidad de aplicar 277. 200 dosis al día. Sin embargo, diariamente se vacunan alrededor de 120.000 personas, si bien algunos días se logra una mayor vacunación.

Al tomar el valor promedio y proyectarlo hacia adelante, se calcula que a Colombia le tomaría unos dos años vacunar los 35 millones de personas.; Es por eso por lo que el reto para lograr esa meta este año, es superar el promedio diario de 200.000 vacunas aplicadas.; Para alcanzar ese propósito se tiene a favor la curva de aprendizaje y las fases de personas más jóvenes ansiosas de vacunarse, pero también se depende de la logística, de la llegada y de la distribución de las vacunas.

Empresas del sector privado complementarían el PNV

Ana María Vesga, directora de la Cámara Farmacéutica de la ANDI y coordinadora de la iniciativa del gremio para participación del sector privado en la vacunación, señaló que desde la ANDI y con el Consejo Gremial y otras organizaciones gremiales, se trabaja con el gobierno nacional alrededor de la participación del sector privado en el PNV.

El propósito no es competir con el gobierno sino complementar la velocidad y la capacidad de respuesta, al agregar población vacunada por regiones o sectores productivos, de manera gratuita y 100% financiada por las empresas.

La resolución 507/21 es el marco habilitante de la participación del sector privado en vacunación, pero impone restricciones. Por ejemplo, autoriza a negociar y adquirir vacunas, importarlas y preparar un plan de vacunación para los empleados con vínculo contractual y sus familiares en cada empresa, pero no permite vacunar a población de zonas directas de influencia de las operaciones.

El sector privado tiene libertad de priorizar el orden en que vacunará sus empleados, sin tener que atarse a la priorización del PNV. Solo podrá utilizar vacunas que tengan autori-



zación de uso de emergencia de Invivima (AstraZeneca, Pfizer, Janssen y Sinovac).

Ya que las farmacéuticas negocian la venta de vacunas solamente con Estados para evitar que emporios empresariales acaparen dosis que deberían llegar a países de escasos recursos, el gobierno colombiano intercedió ante Sinovac para adquirir 2.500.000 dosis que llegarán a las empresas. Como estas vacunas funcionan en un esquema de doble dosis por persona, alcanzarán para inmunizar a 1.250.000 trabajadores.

Los empresarios pagarán \$74.359 por cada dosis de la vacuna de Sinovac enviada a Bogotá desde China, por lo que las dos dosis que requiere cada persona suman \$148.718. A este costo deberá sumarse lo correspondiente a logística de transporte y aplicación dentro del país,



por lo que se estima que en total se pagará US\$60 por cada trabajador inmunizado.

La resolución 507 también estipula que la campaña de inmunización del sector privado debe estar completamente alineada con el PNV, pero no puede emplear talento humano que apoya la inmunización masiva liderada por el gobierno: tendrá que usar sus propias redes de vacunación y no podrán cobrar por suministrar la vacuna ni revender las dosis.

La resolución exige vacunar en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas; se planteó utilizar farmacias y habilitar clínicas de alta complejidad para vacunar, pero el gobierno no aceptó y solo autoriza la red habilitada para vacunación.

Avances del Proyecto Empresas por la Vacunación

Con una inversión de \$185.000 millones en la adquisición, transporte desde China y gastos de importación de 2.500.000 dosis de la vacuna Sinovac, 5.943 compañías que adhieron al proyecto “Empresas por la Vacunación” liderado por la ANDI.

Bruce Mac Master, presidente de la ANDI, indicó que, gracias al trabajo articulado con el gobierno nacional, se conformó la más robusta Alianza Público-Privada (APP) creada durante la pandemia. “Hace cuatro semanas preguntamos a las empresas si estaban o no dispuestas a adquirir vacunas para sus empleados, y la acogida superó nuestras expectativas”. Las 5.943 empresas reportaron una población de 1.700.000 colaboradores para vacunar, por lo que dentro de la iniciativa deberían conseguirse alrededor de 500.000 vacunas adicionales para inmunizar el total de dicha población trabajadora.

Además, ante la preocupación del sector privado de que la inmensa mayoría de población económicamente activa del país está entre 16 a 59 años, programada para la última etapa de vacunación (la 5), Mac Master destacó

que es motivo de optimismo poder llegar a estas personas que estaban atrás en el PNV y adelantar su esquema de inmunización.

Agregó, que es la más importante acción solidaria de parte de las empresas en el momento que más lo requiere el país: “El autocuidado y la vacunación son las principales herramientas para impulsar la reactivación anímica, de salud y productividad de Colombia, por eso desde febrero propusimos que las empresas del país se sumaran al propósito de apoyar el Plan Nacional de Vacunación, de forma solidaria y activa”.

La recolección del dinero se hizo a través de una fiducia: el primer día, el pasado 23 de junio, se habilitaron los pagos y se recogieron \$119.000 millones que equivalen al 64,3% del total requerido para adquirir las vacunas. El resto del dinero se coleccionará a lo largo del mes de julio, junto con los aportes para la logística y la aplicación de la vacuna.

A esta iniciativa se han unido organizaciones como: ACM (Asociación Colombiana de Minería), Acolfa, Acolgen, Asociación Colombiana del Petróleo, Acopi, Acoplásticos, Amcham, Analdex, Anato, Andesco, Asobancaria, Asocaña, Asocolflores, Asomóvil, Asofiducias, Asofondos, Bolsa de Valores de Colombia, BPro, Camacol, Cámara Colombiana de la Infraestructura, Colfecar, Confecámaras, Consejo Gremial Nacional, Cotelco, Fasecol, Fedegán, Fedepalma, Fedesoft, Fenavi, Fenalco, Naturgas, SAC, ProBogotá, Proantioquia y Propacífico.

Se calcula que la distribución geográfica de las dosis adquiridas en *Empresas por la Vacunación*, sería: Cundinamarca (32,74%), Antioquia (17,96%), Región Caribe (10,76%),

Valle (10,64%), Santander (3,15%), Eje Cafetero (2,70%), Llanos (1,63%), Huila (1,41%), Cauca-Nariño-Chocó (1,31%), San Andrés y Providencia (0,15%) y Amazonas (0,14%).

Mac Master afirmó que no ha sido lo suficientemente resaltado durante este proceso el papel que juegan las IPS colombianas, las IPS de las EPS o de cajas de compensación en el proceso de vacunación: “Colombia vacunaba históricamente cerca de 8 millones de personas en un año, ya llevamos 15 millones este año y vamos a tratar de entre todos de vacunar más de 30 o 35 millones de personas muy pronto y en forma conjunta. Para alcanzar este logro, es fundamental el papel que cumplen las IPS de todo el país”.


Ana María Vesga, directora de la Cámara Farmacéutica de ANDI, aclaró que el sistema de aplicación de estas vacunas estará en manos de las cajas de compensación familiar y algunas IPS habilitadas: “La red de vacunación necesaria para esta iniciativa empresarial se diseñó de manera alterna a la del PNV, con el fin de ampliar las capacidades instaladas y no sobrecargarlas”.

Explicó que las IPS de la red de prestación de servicios, encargadas de la vacunación, ampliarán su capacidad para desarrollar un proceso similar al del PNV: las empresas suministrarán a las IPS la información requerida para identificar y hacer el agendamiento de la población

La red de vacunación necesaria para esta iniciativa empresarial se diseñó de manera alterna a la del PNV, con el fin de ampliar las capacidades instaladas y no sobrecargarlas

a vacunar. También adecuarán la infraestructura y la logística requerida para esa vacunación y registrarán la información respectiva en el PAIWEB del gobierno.

Y ante las manifestaciones de interés de algunas empresas de que se vacunen más trabajadores, sus familiares, población de su área de influencia, entre otras, y otros colectivos como población de estudiantes y profesores universitarios de instituciones privadas, Mac Master señaló que se espera abrir nuevas negociaciones para adquisición de vacunas más adelante, con el aval del gobierno nacional y siempre con el ánimo de complementar el PNV del gobierno.

“En este camino, como ANDI ponemos a disposición de todas las organizaciones que estén interesadas en liderar nuevas iniciativas de este tipo, todo el conocimiento técnico y jurídico que hemos adquirido, todo un bagaje de nuevos conocimientos desde lo jurídico, lo logístico y lo financiero, obtenido en el desarrollo de este macroproyecto”, concluyó Mac Master. 

Seguimiento a las instrucciones impartidas en la circular externa nro. 014 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos

Dirigido por:

Juan Carlos Giraldo Valencia¹
Director ACHC

Elaborado por²:

Liliana Claudia Delgado
Giselle Oriana Coronado Cortés
Juan Guillermo Cuadros Ruiz
Fernando Bohórquez
Fabiola Alba Muñoz

La parte estadística estuvo
a cargo de la empresa
EcoAnalítica³

1. Introducción

En el marco de lo dispuesto en la Circular Externa Número 000014 del 26 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud, que “imparte instrucciones para garantizar el flujo de recursos” y busca “...vigilar y prevenir los posibles efectos y riesgos que se derivan de acciones u omisiones por parte de los actores en lo relacionado con el uso y flujo de los recursos o de los efectos de eventos inesperados”, la ACHC presenta los resultados del presente estudio, con el que se hace

una aproximación al impacto, seguimiento y cumplimiento de estas medidas en el desarrollo cotidiano entre los agentes del Sistema de Salud, en especial en medio de la pandemia por COVID-19 que atraviesa el sector salud.

Se busca cuantificar y poner de manifiesto la incurrancia en acciones que el ente de Vigilancia y Control ha prohibido. Se indaga por los inconvenientes y dificultades en relación con los acuerdos de voluntades, pagos, comunicaciones y autorizaciones y, en general, el cumplimiento de las instrucciones dadas por la Supersalud para garantizar el cumplimiento de flujo de recursos. De esta manera, se busca aportar una valoración que refleje la adherencia de los agentes responsables y el impacto en el agente pasivo de estas conductas y brindar insumos que permitan a los órganos competentes tomar medidas en busca de transparencia y eficiencia en el sector.

¹ Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales – 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 Liliana Claudia Delgado: Economista y consultora en indicadores sociales. Giselle Oriana Coronado: Profesional en Administración Pública - ESAP. Juan Guillermo Cuadros Ruiz: Administrador de Empresas de la Universidad Nacional de Colombia, MBA de la Universidad Nacional de Colombia. Fernando Bohórquez: Administrador de Empresas de la Universidad Externado y especialista en Finanzas. Fabiola Alba Muñoz: Jefe Jurídica ACHC.

³ <https://ecoanalitica.com.co/>

2. METODOLOGÍA

El análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria los reportes de 85 IPS agremiadas a la ACHC, de la encuesta solicitada mediante la Circular interna ACHC nro. 063 del 19 de agosto de 2020⁴.

Se capturó la información mediante un instrumento tipo encuesta con variables categóricas para medir la frecuencia de prácticas prohibidas que EPS y Entidades Adaptadas al Sistema toman en relación con las IPS y que afectan negativamente la operación del sistema. El período de tiempo de referencia para las preguntas realizadas se limitó para evaluar el año 2020 únicamente.

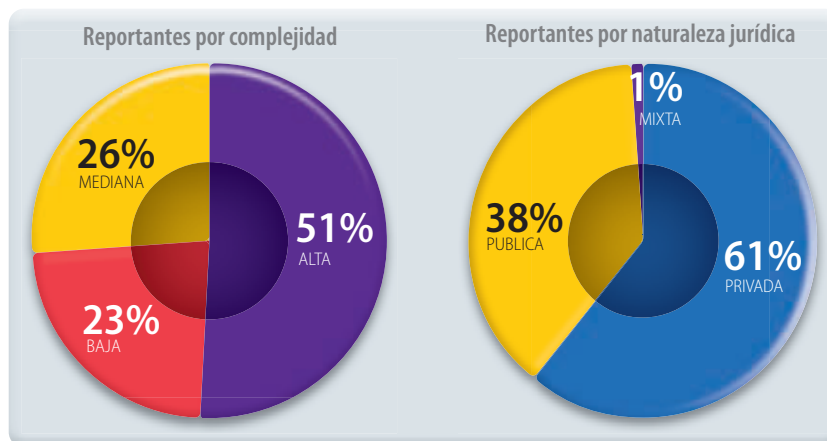
La base de datos obtenida fue depurada y homologada. Así mismo, se tuvieron en cuenta solo las EPS que hubiesen sido calificadas mínimo por el 80% de las IPS reportantes.

Como se observa en el Gráfico 1, las 85 IPS reportantes representan 11.139 camas⁵, es decir un 13,1% del total nacional. 51% corresponden a IPS de alta complejidad, 26% son de mediana y 23% de baja. Por naturaleza jurídica, 61% son privadas, 38% públicas y 1% mixtas.

⁴ Encuesta realizada durante el mes de septiembre de 2020.

⁵ El dato nacional y el de la ACHC no incluyen la expansión de camas UCI-INTERMEDIO en el marco de la declaratoria de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Gráfico 1. Caracterización de las instituciones hospitalarias participantes.



Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

La unidad de medida proviene de 11.856 registros con respuestas a 12 preguntas de la misma escala de percepción Likert: Nunca, Poco frecuente, Frecuente y Muy frecuente. Para este tipo de análisis de variables se utilizó la técnica de agrupamiento de categorías Top Two Box para los dos niveles superiores de las categorías y el Bottom Two Box para los niveles inferiores (Matas, 2018).

Para este caso en particular, se integran la acumulación de los niveles Poco frecuente y Nunca como una sola categoría, con un total de 65%. La sumatoria de las categorías Frecuente y Muy frecuente es de 35%. La siguiente matriz muestra únicamente los resultados por cada dimensión equivalente al 65% de las frecuencias acumuladas:

Tabla 1. Matriz por componentes Bottom Two Box.

EPS	Área de facturación y comunicación	Pagos	Acuerdo voluntades/ contratación	Auditoría	Tarifas
AMBUQ	54.1%	58.5%	52.7%	53.1%	55.9%
ASMET SALUD	72.4%	59.0%	69.0%	65.0%	76.7%
CAJACOPI ATLÁNTICO	59.5%	58.3%	62.3%	51.0%	66.7%
CAPITAL SALUD	68.3%	54.7%	67.5%	55.8%	63.6%
COMPARTA	62.6%	50.3%	64.6%	46.2%	74.3%
COMPENSAR E.P.S.	85.2%	63.5%	83.0%	75.4%	87.5%
COOMEVA E.P.S. S.A.	77.3%	46.5%	58.2%	31.7%	59.6%
COOSALUD E.S.S.	64.0%	56.6%	57.5%	55.6%	66.7%
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	78.4%	57.3%	69.0%	63.1%	62.2%
E.P.S. SANITAS S.A.	81.4%	57.2%	74.7%	63.8%	68.9%
EMSSANAR E.S.S.	68.4%	61.3%	70.0%	67.9%	70.6%
EPS S.O.S S.A.	73.6%	58.1%	64.9%	63.6%	51.2%
EPS SURA	88.7%	58.9%	85.0%	73.8%	79.7%
LA NUEVA EPS S.A.	67.4%	49.6%	53.0%	36.2%	49.2%
MEDIMAS	62.9%	50.3%	62.5%	33.8%	53.1%
MUTUAL SER	72.1%	65.4%	74.2%	70.4%	74.2%
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	87.6%	52.9%	72.0%	61.9%	52.6%
SAVIA SALUD E.P.S.	75.3%	58.1%	67.4%	63.8%	65.1%
Total general	72.2%	56.5%	67.1%	57.3%	65.4%

Fuente: ACHC-EcoAnalítica.

La mayor incidencia de las opciones de respuesta Poco frecuente y Nunca está en el factor de área de Facturación-Comunicación, con 72,2%. Las dos menores están en Pagos y Auditoría, con 56,5% y 57,3%, respectivamente.

Para el cálculo de indicador de resultados, se utilizó una técnica multivariada de la matriz de resultados de 18 EPS llamada Análisis de Componentes Principales (Abdi

& Williams, 2010), la cual tiene por objeto resumir toda la información contenida del total de los datos. Dado que no se puede presentar una matriz de 18 registros con 5 factores, esta técnica trata de sintetizar lo que no es posible ver, creando dimensiones matemáticas reducidas que capturan la mayor varianza del total de los datos (componentes).

Tabla 2. Resumen de dimensiones y preguntas seleccionadas.

DIMENSIÓN	PREGUNTA ASOCIADA
FACTURACIÓN Y COMUNICACIÓN	Restricción injustificada a la radicación de la facturación con contrato.
	Negación a la radicación de facturación de aquellos prestadores con quienes no exista contrato.
	Negación o dilación de recepción de soportes de la facturación.
	Dificultad para obtener autorizaciones de prestación de servicios de manera oportuna.
	Falta de comunicación asertiva para el cargue y descargue de las facturas.
PAGOS	Coincidencia razonable entre cuentas por cobrar del prestador de servicios y cuentas por pagar de las EPS.
	Negación o retraso de los procesos de conciliación de las cuentas por cobrar.
	Glosa injustificada.

Continúa en la siguiente página →

DIMENSIÓN	PREGUNTA ASOCIADA
ACUERDO DE VOLUNTADES O CONTRATACIÓN	No legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades.
	Falta de nota técnica como anexo de los contratos.
AUDITORÍA	Falta de objetividad en las auditorías de las EPS.
TARIFAS	No actualización de tarifas en la renovación de acuerdos de voluntades.

Fuente: ACHC-EcoAnalítica.

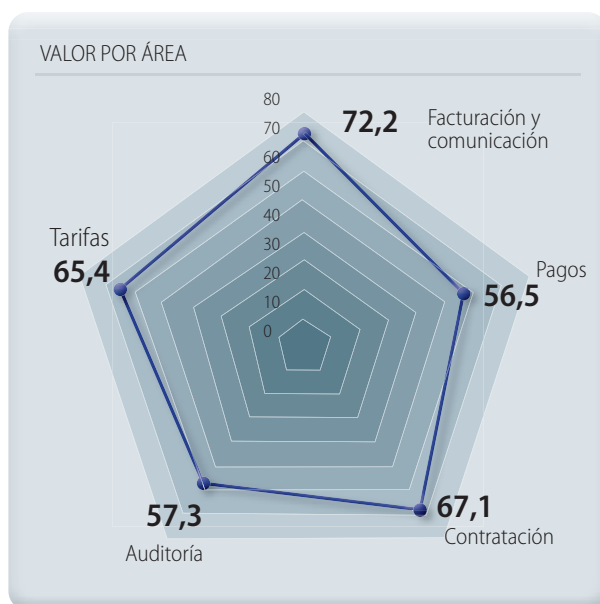
El índice de resultados se construye a partir de 5 factores de porcentaje variables de Bottom Two Box y agrupadas en 12 preguntas de la misma escala ordinal de cuatro niveles de Likert. Cada una de las 12 variables, que conforman el total de la fuente de información, tiene información disponible con un único corte transversal para el año 2020.

Una vez se calculan los componentes principales, se construye el índice, que consiste en estandarizar las variables de tal forma que tome valores de 0 a 100, siendo 100 el puntaje que obtiene la EPS con el mejor comportamiento en términos de resultados previo a un análisis de estadística descriptiva de cada componente.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis por dimensiones

Gráfico 2. Valor por dimensión.

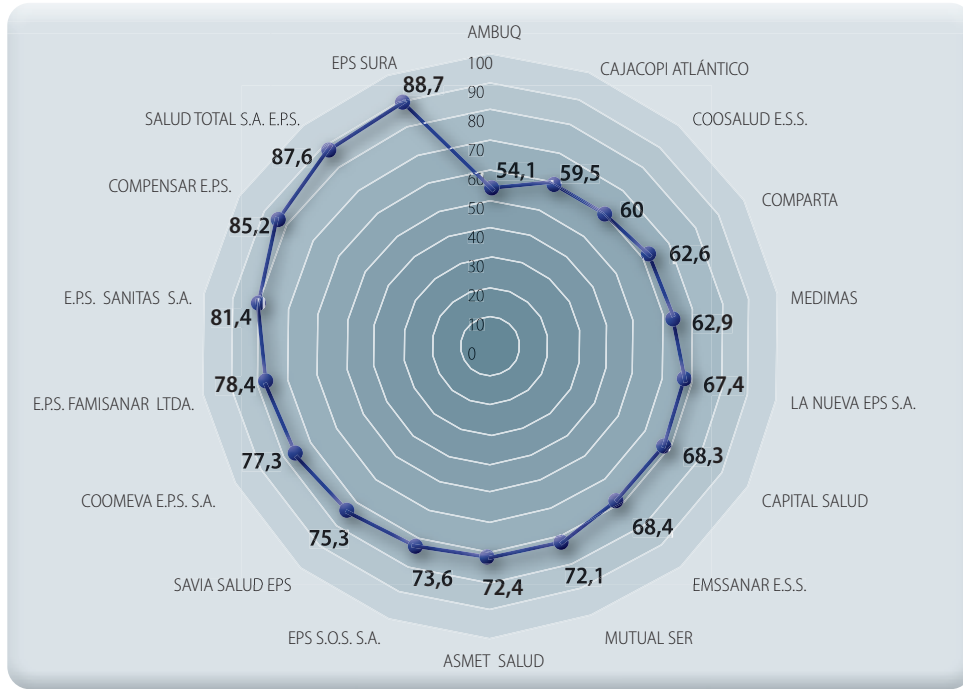


Fuente: ACHC.

Las peores dimensiones calificadas fueron Pagos (56,5), Auditoría (57,3) y Tarifas (no actualización de tarifas) (65,4), esto debido a problemas tales como glosa injustificada —entendida esta como aquella glosa que desconoce o no se ajusta a las causales taxativas establecidas en las Resoluciones 3047 de 2008 y 4331 de 2012— e inconsistencias en las cuentas por pagar de las EPS con las cuentas por cobrar de las IPS, así como la falta de objetividad en los procesos de auditoría. Las dimensiones Facturación-Comunicación y Contratación registraron mejores calificaciones en comparación a las tres anteriormente descritas con calificación promedio de 72,2 y 67,1 respectivamente. Sin embargo, aún se encuentran lejos de estar en niveles satisfactorios para los actores del sistema, evidenciando problemas en la radicación de facturas, legalización oportuna de los acuerdos de voluntades o ausencia de la nota técnica, como se ampliará más adelante en la descripción de resultados de cada una de las preguntas que integran cada dimensión.

Analizando por EPS las cinco dimensiones, se tiene que en la categoría de Facturación-Comunicación, las mejores calificadas fueron EPS Sura (88,7), Salud Total (87,6) y Compensar (85,2). En los últimos lugares se ubican Ambuq (54,1), Cajacopi (59,5) y Coosalud (60).

Gráfico 3. Dimensión de Facturación y Comunicación.

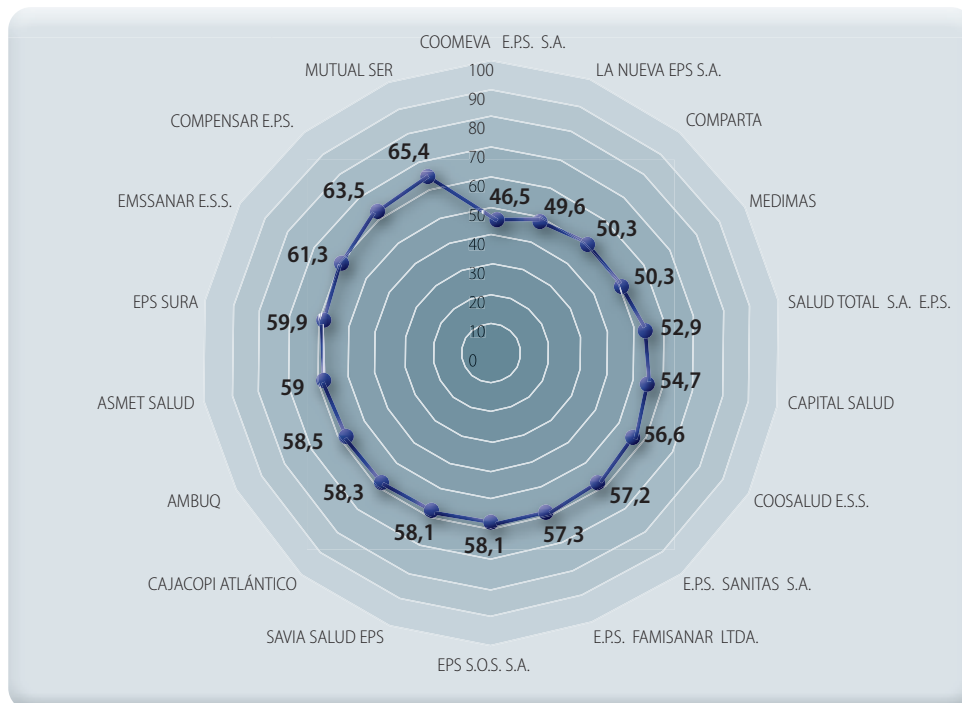


Fuente: ACHC.

En la dimensión de Pagos, las mejores calificadas fueron Mutual Ser (65,4), Compensar (63,5) y Emsanar

(61,3); en los últimos lugares están Coomeva (46,5), Nueva EPS (49,6) y Comparta (50,3).

Gráfico 4. Dimensión de Pagos.

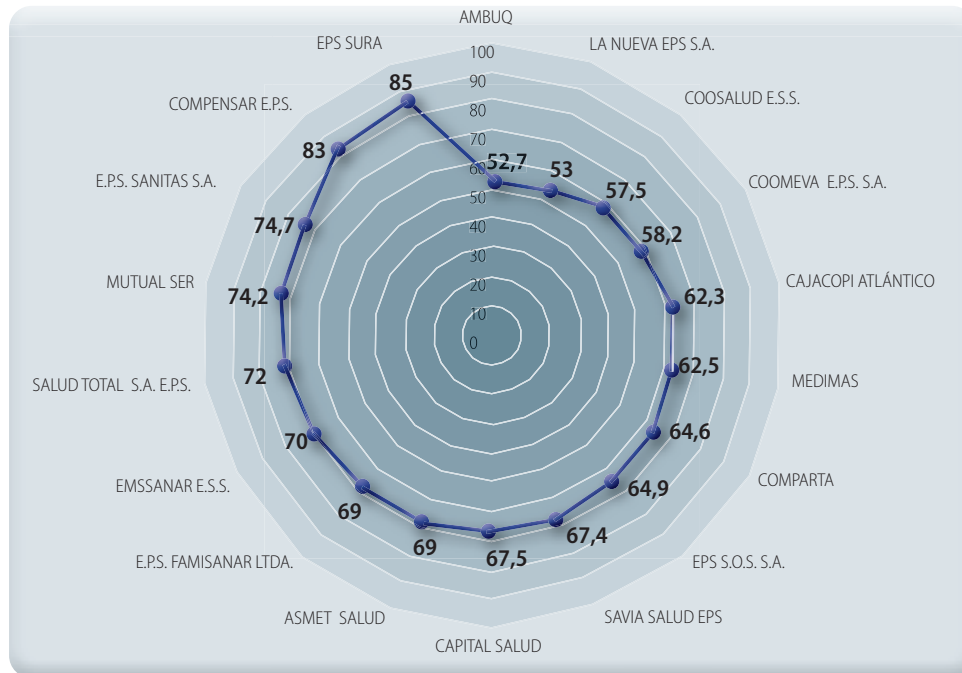


Fuente: ACHC.

En la dimensión de Contratación, las mejores calificadas fueron EPS Sura (85), Compensar

(83) y Sanitas (74,7). En los últimos lugares están Ambuq (52,7), Nueva EPS (53) y Coosalud (57,5).

Gráfico 5. Dimensión de Acuerdo de voluntades o Contratación.

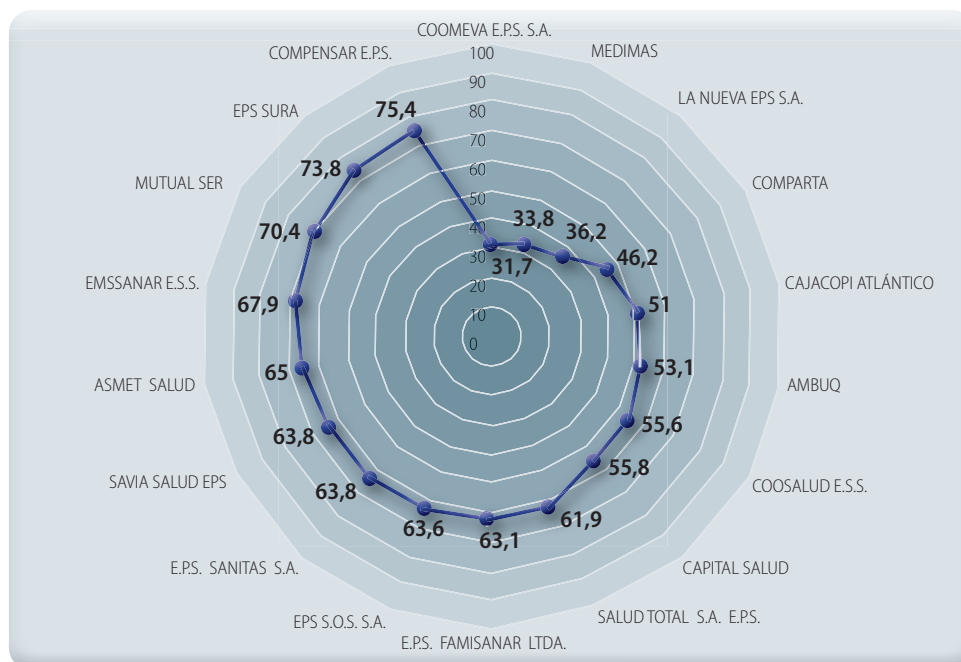


Fuente: ACHC.

En la dimensión de Auditoría, las mejores calificadas fueron Compensar (75,4), EPS Sura

(73,8) y Mutual SER (70,4). En los últimos lugares se ubican Coomeva (31,7), Medimás (33,8) y Nueva EPS (36,2).

Gráfico 6. Dimensión de Auditoría.

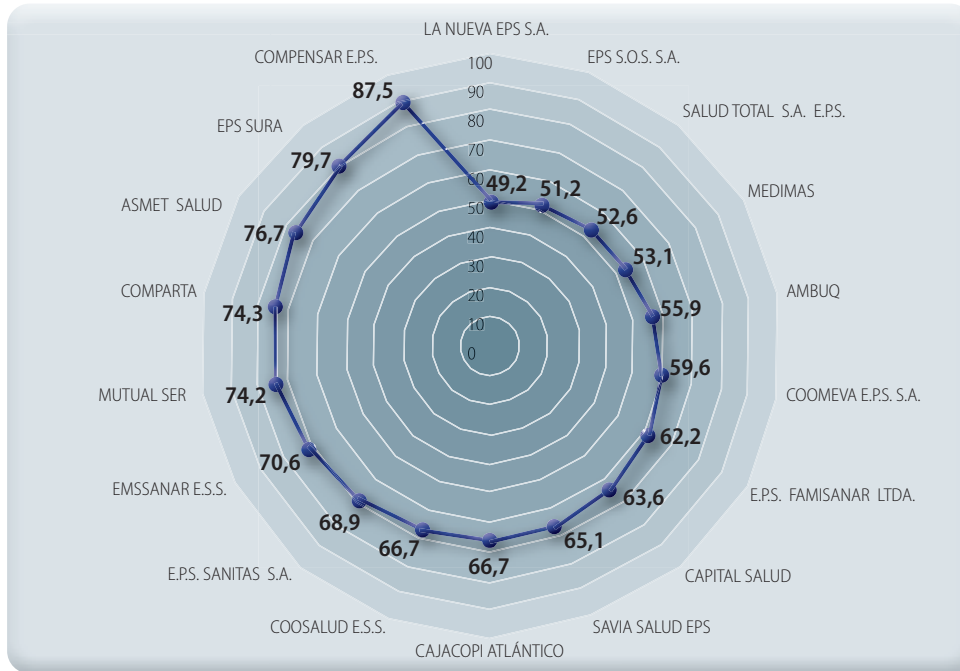


Fuente: ACHC.

En la dimensión de Actualización de tarifas⁶, las mejores calificadas fueron Compensar (87,5), EPS Sura (79,7) y Asmet

Salud (76,7); en los últimos lugares están Nueva EPS (49,2), EPS SOS (51,2) Y Salud Total (52,6).

Gráfico 7. Dimensión de Tarifas.



Fuente: ACHC.

3.2. Ranking de EPS

El índice estandarizado a través de la técnica multivariada también toma valores de 0 a 100, siendo 100 el puntaje que obtuvo la EPS con el mejor comportamiento en términos de resultados y 0 la EPS que tuvo los niveles más bajos de las variables de insumo.

A partir de este índice se conforman grupos de EPS, de tal forma que existe una alta homogeneidad al interior de cada grupo (intra) y una alta heterogeneidad entre ellos (inter). Con el fin de definir estos grupos, se utiliza el método de Ward⁷ de clasificación jerárquica. Se obtuvieron tres grupos, como se observa en la Tabla 3.

⁶Teniendo en cuenta que existe normatividad que ordena la actualización tarifaria conforme al incremento anual de la UPC en el porcentaje que no corresponda a inclusiones.

⁷Método Ward: La distancia entre dos clusters se calcula como la suma de cuadrados entre grupos en el ANOVA. Se persigue la minimización de la varianza intragrupal y maximiza la homogeneidad dentro de los grupos. Suele ser muy adecuado aunque los clusters que genera suelen ser pequeños y muy compactos. (Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació, 2014)

Tabla 3. Ordenamiento por clúster.

Nro.	EPS	CLÚSTER
1	COMPENSAR EPS.	1
2	EPS SURA	1
3	MUTUAL SER	1
4	E.P.S. SANITAS S. A.	1
5	ASMET SALUD	1
6	EMSSANAR ESS	1
7	SAVIA SALUD EPS	2
8	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	2
9	SALUD TOTAL S.A. EPS	2
10	EPS S.O.S. S. A.	2
11	CAPITAL SALUD	2
12	CAJACOPI ATLÁNTICO	2
13	COOSALUD ESS	2
14	COMPARTA	2
15	AMBUQ	3
16	COOMEVA EPS S. A.	3
17	MEDIMÁS	3
18	LA NUEVA EPS S. A.	3

Fuente: ACHC-EcoAnalítica.

Tabla 4. Ranking final (por promedio de Bottom Two Box).

Nro.	EPS	ÍNDICE
1	COMPENSAR EPS	79
2	EPS SURA	77
3	MUTUAL SER	71
4	EPS SANITAS S. A.	69
5	ASMET SALUD	68
6	EMSSANAR ESS	68
7	EPS FAMISANAR LTDA.	66
8	SAVIA SALUD EPS	66
9	SALUD TOTAL S. A. EPS	65
10	EPS S. O. S. S. A.	62
11	CAPITAL SALUD	62
12	COOSALUD ESS	60
13	COMPARTA	60
14	CAJACOPI ATLÁNTICO	60
15	AMBUQ	55
16	COOMEVA EPS S. A.	55
17	MEDIMÁS	53
18	LA NUEVA EPS S. A.	51

Fuente: ACHC-EcoAnalítica.

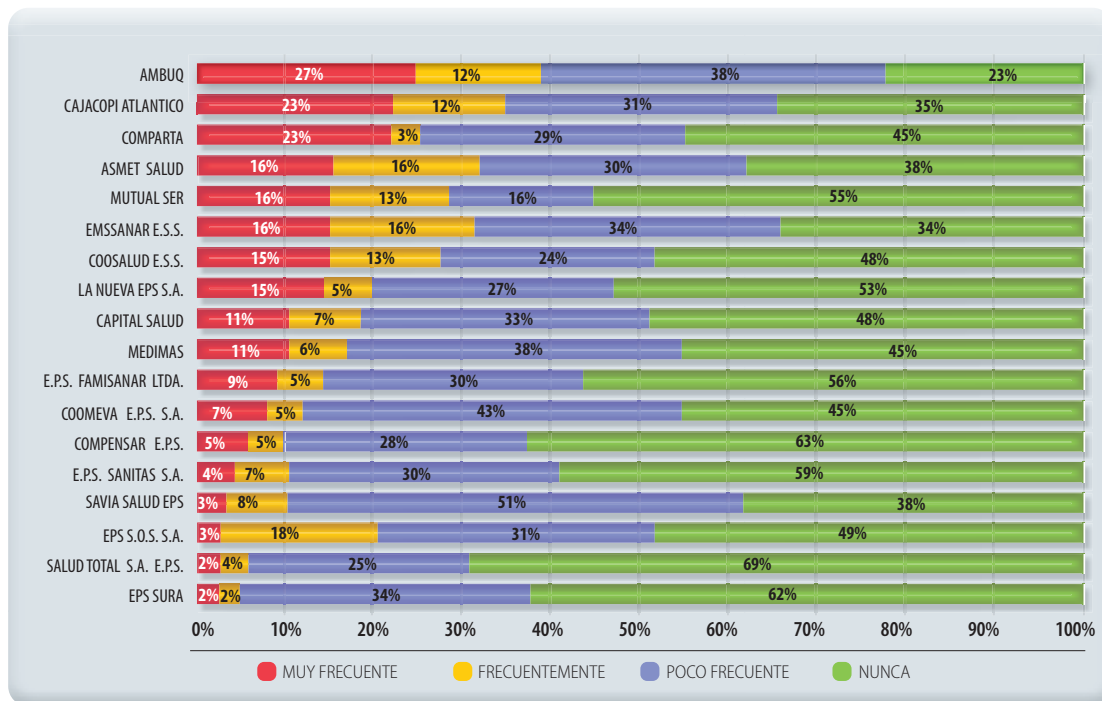
La EPS Ambuq es la que más restricciones sin justificación establece para la radicación de las facturas, con un 39% en las categorías de Muy frecuente y Frecuentemente

3.3. Análisis por preguntas

3.3.1. Restricción injustificada a la radicación de la facturación con contrato.

Según el estudio, la EPS Ambuq es la que más restricciones sin justificación establece para la radicación de las facturas, con un 39% en las categorías de Muy frecuente y Frecuentemente. Le siguen Cajacopi Atlántico y Comparta Salud. En contraste, las EPS Sura y Salud Total registran un 69% y un 62%, respectivamente, en la categoría Nunca en cuanto a realizar dicha práctica.

Gráfico 8. Restricción injustificada a la radicación de la facturación con contrato.



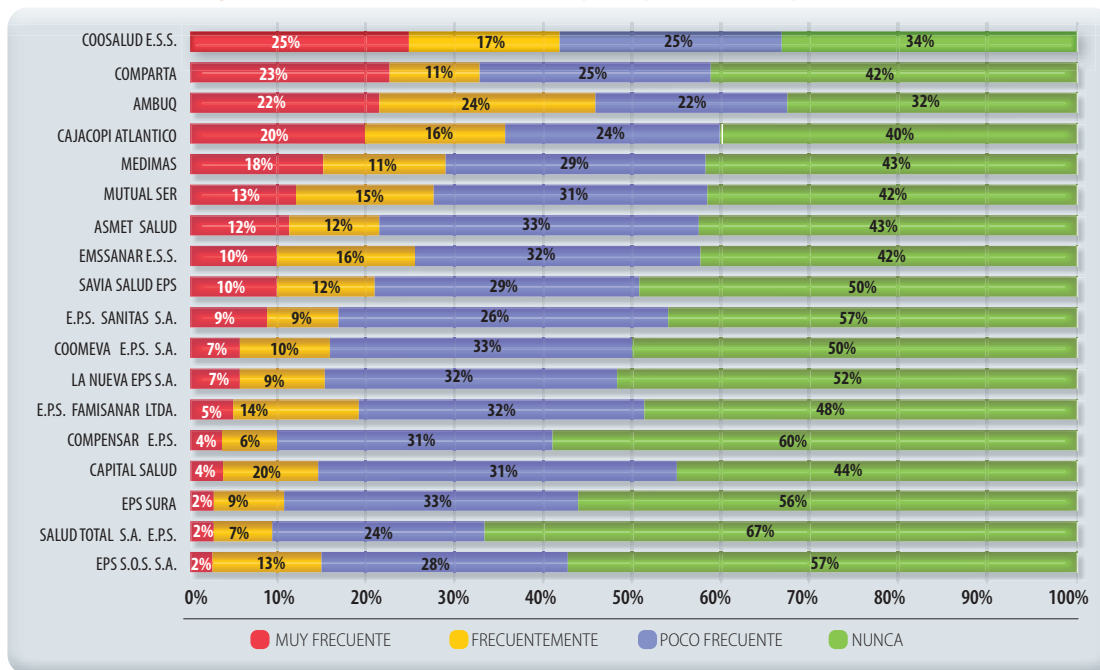
Fuente: ACHC, información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.2. Negación a la radicación de facturación de aquellos prestadores con quienes no exista contrato

En el tema de negación de radicación de facturas cuando no existe contrato, las EPS Coosalud, Comparta y Ambuq registran los mayores porcentajes en las categorías

de Muy frecuente y Frecuentemente con 42%, 34% y 46%, respectivamente, mientras que las EPS S. O. S., Salud Total y Sura registran en promedio más del 80% en las categorías Nunca y Poco frecuente.

Gráfico 9. Negación a la radicación de facturación de aquellos prestadores con quienes no exista contrato.



Fuente: AHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.3. Negación o dilación de recepción de soportes de la facturación

La práctica de negación o dilación en la recepción de los soportes a la facturación se da con mayor frecuencia en la

EPS Ambuq con un 44% en las categorías de Muy frecuente y Frecuentemente. Le siguen Cajacopi Atlántico y Comparta Salud. Esta práctica es poco frecuente en las EPS Sura, Salud Total y S. O. S.

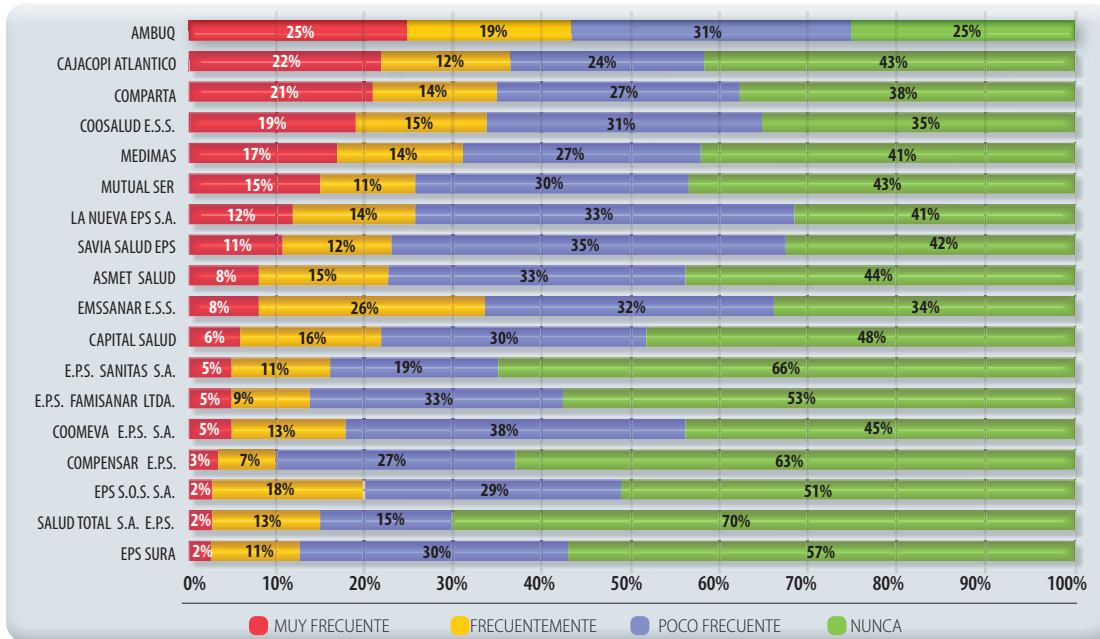
Crónicas - crónicas

“...1. Situación crítica para los usuarios del actual sistema, los cuales a diario son víctimas de sus fallas que, parafraseando al ex presidente Lleras Restrepo, son leves, graves y mortales. Ello debe mejorarse en el corto plazo encontrando recursos y procedimientos, muchos de ellos atascados dentro del sistema mismo, que permitan aliviar la grave situación de sus componentes, especialmente de los prestadores de servicios de salud.

2. Reforma a las estructuras del actual sistema de salud. Los servicios de salud han derivado en una actividad donde prima el ánimo de lucro sobre la garantía del derecho a la vida y la salud. Creemos indispensable que la ética del juramento hipocrático vuelva a ser la esencia de su funcionamiento, por lo cual se hace necesario la reforma estructural, de fondo, del actual ordenamiento que no aguanta más remiendos...”

Carta exministros de salud: María Teresa Forero, José Félix Patiño, Camilo González Posso, Eduardo Díaz Uribe, Alonso Gómez, Efraín Otero, Gustavo de Roux y Antonio Navarro Wolff, al presidente Juan Manuel Santos, junio de 2012

Gráfico 10. Negación o dilación de recepción de soportes de la facturación.



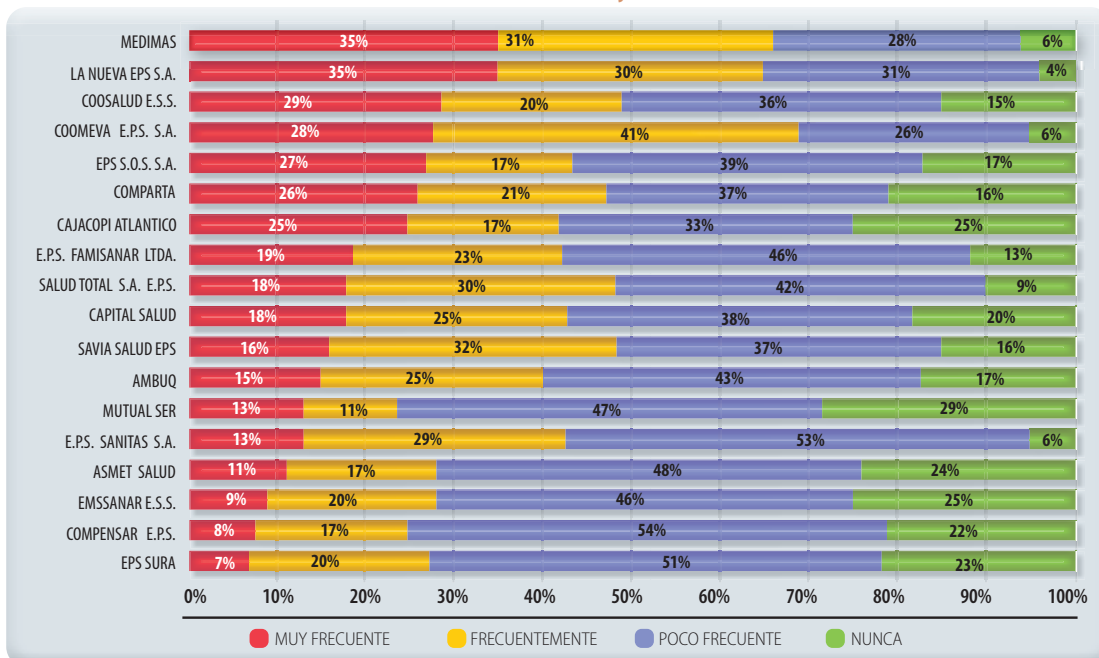
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.4. Glosa injustificada

Las glosas injustificadas han sido históricamente una dificultad en la relación EPS/IPS pese a existir normatividad que define las causales por las cuales procede una glosa. En el presente estudio se evidencia que esta situación sigue siendo una constante. Medimás y

Nueva EPS lideran esta mala práctica con más del 60% en las categorías Muy frecuente y Frecuentemente. Le siguen, en orden de frecuencia, EPS Coosalud y Coomeva. Las EPS Sura y Compensar ocupan los mejores lugares registrando menos frecuencia de esta práctica. Sin embargo, porcentajes entre 25% y 27% en dichas EPS siguen siendo muy altos para esta práctica.

Gráfico 11. Glosa injustificada.



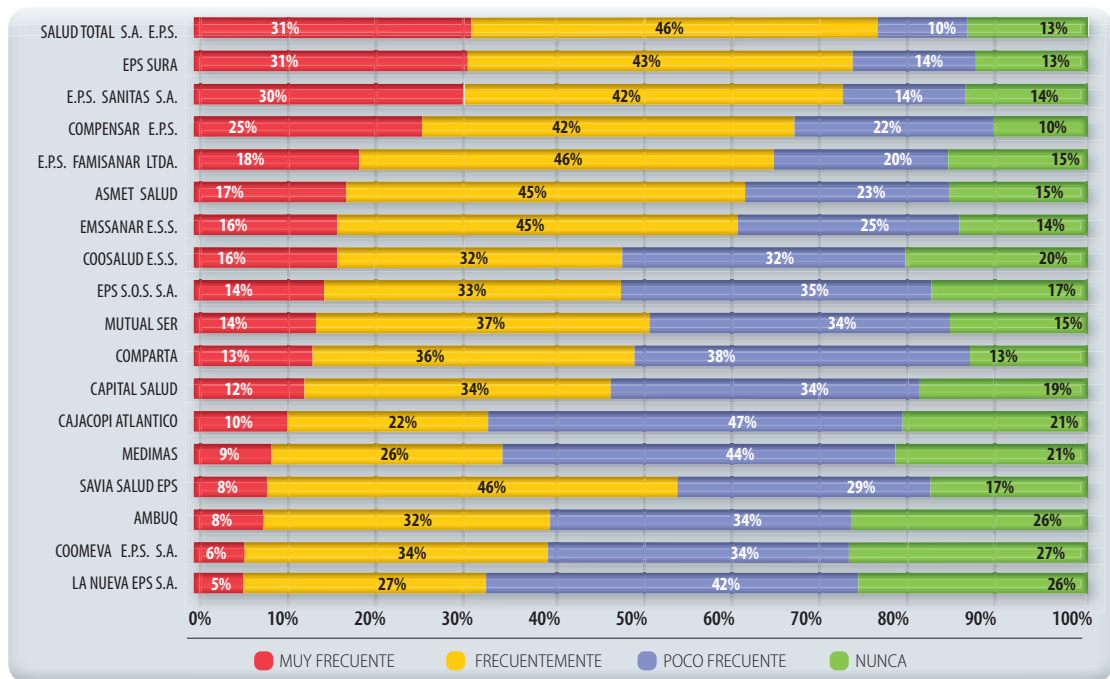
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.5. Coincidencia razonable entre cuentas por cobrar del prestador de servicios y cuentas por pagar de las EPS

La temática sobre la coincidencia entre las cuentas por cobrar del prestador y las cuentas por pagar de las EPS muestra que las EPS Salud Total y EPS Sura, Sanitas y Compensar tie-

nen un porcentaje promedio mayor del 70% en su coincidencia, mientras que en las entidades Nueva EPS, Coomeva y Ambuq la coincidencia en las cuentas se da en mayor porcentaje en las categorías Poco frecuente y Nunca, evidenciando problemas de fondo que requieren vigilancia y acciones que eviten dicha situación.

Gráfico 12. Coincidencia razonable entre cuentas por cobrar del prestador de servicios y cuentas por pagar de las EPS.



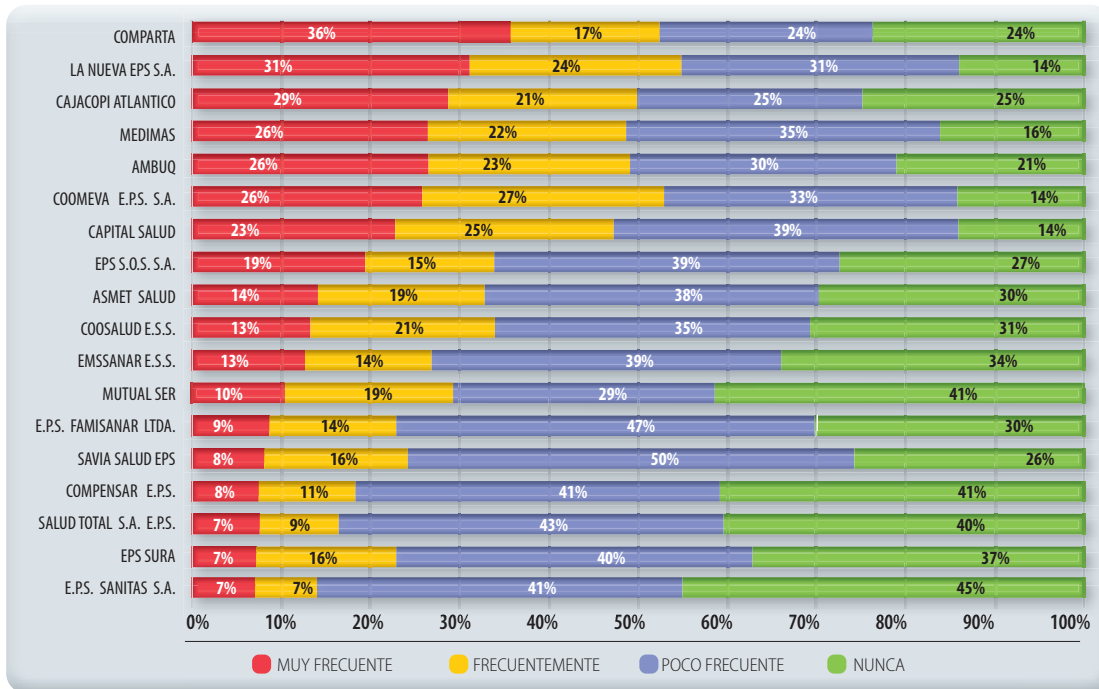
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.6. Negación o retraso de los procesos de conciliación de las cuentas por cobrar

Las EPS Comparta y Nueva EPS son las dos entidades con mayor porcentaje de negación o retraso en los procesos de conciliación de cuentas por cobrar con más del 50% en las categorías Muy frecuente y Frecuente. Por otra parte, EPS Sanitas y EPS Sura registran mejores porcentajes, con 14% y 23%, respectivamente, en las mismas categorías.

Las EPS Comparta y Nueva EPS tienen el mayor porcentaje de negación o retraso en los procesos de conciliación de cuentas por cobrar con más del 50% en categorías Muy frecuente y Frecuente

Gráfico 13. Negación o retraso de los procesos de conciliación de las cuentas por cobrar.



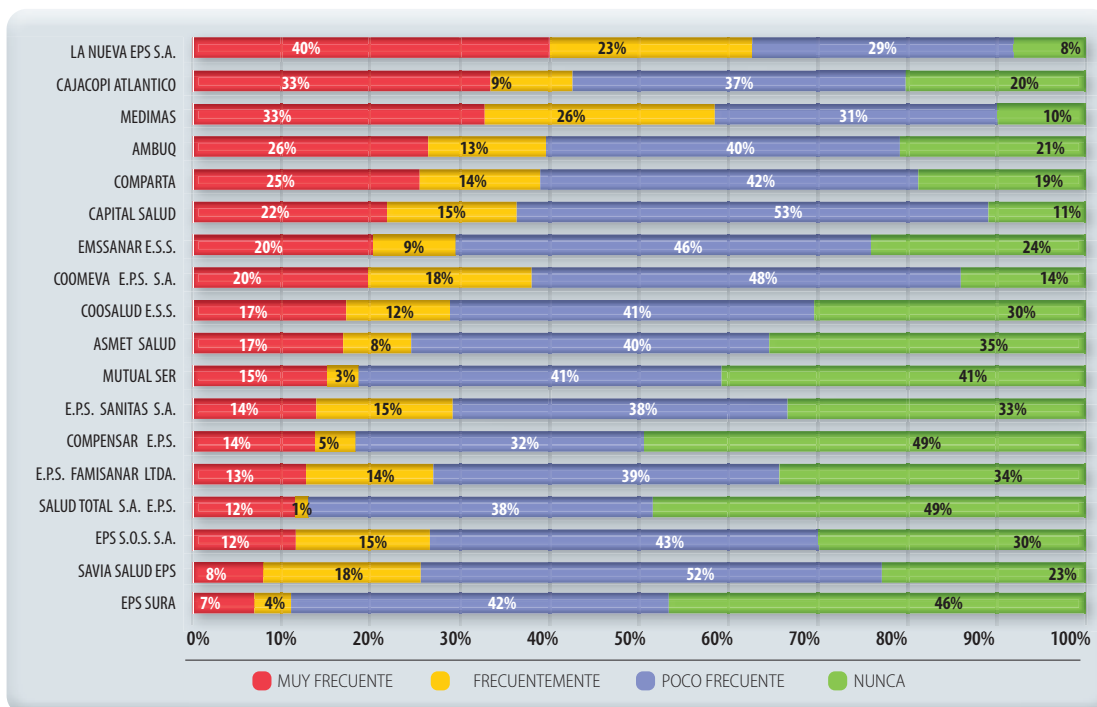
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.7. Falta de comunicación asertiva para el cargue y descargue de las facturas

La falta de comunicación para el cargue y descargue de las facturas se da en todas las EPS en mayor o menor medida. En este estudio, Nue-

va EPS, Cajacopi Atlántico y Medimás fueron calificadas con los mayores porcentajes de frecuencia de infracción, mientras EPS Sura y Savia Salud quedaron calificadas como las EPS con menor frecuencia en esta problemática.

Gráfico 14. Falta de comunicación asertiva para el cargue y descargue de las facturas.



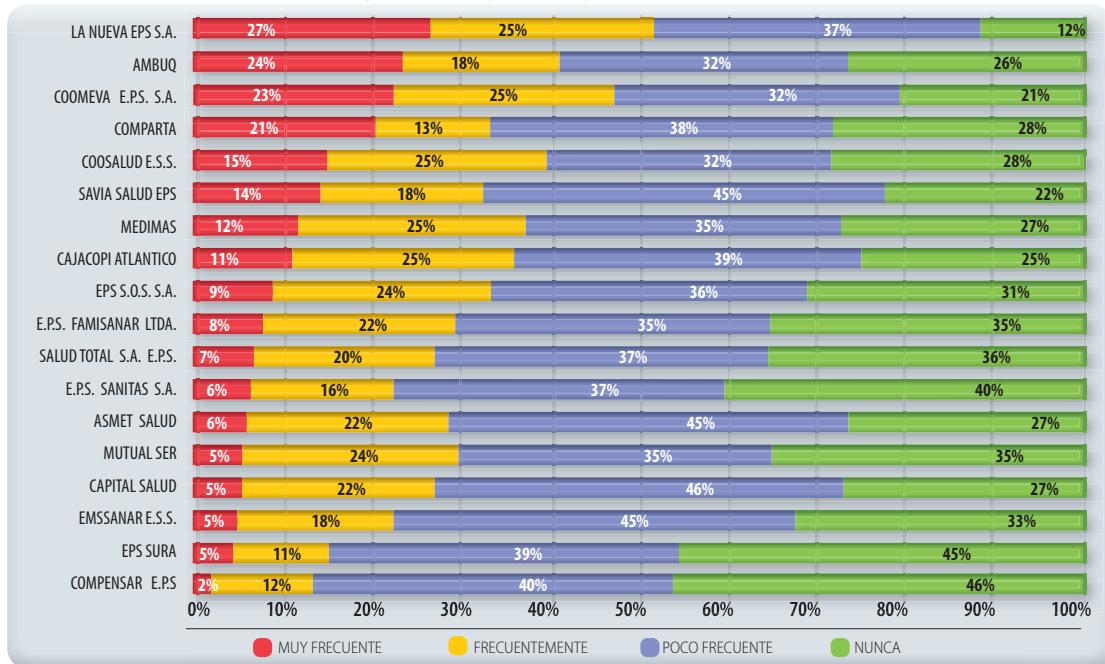
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.8. No legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades

En el tema de los acuerdos de voluntades se evidencian mayores problemas con la Nueva EPS, Ambuq y

Cooameva, mientras las EPS Compensar y Sura demuestran mayor resolución en este tema.

Gráfico 15. No legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades.



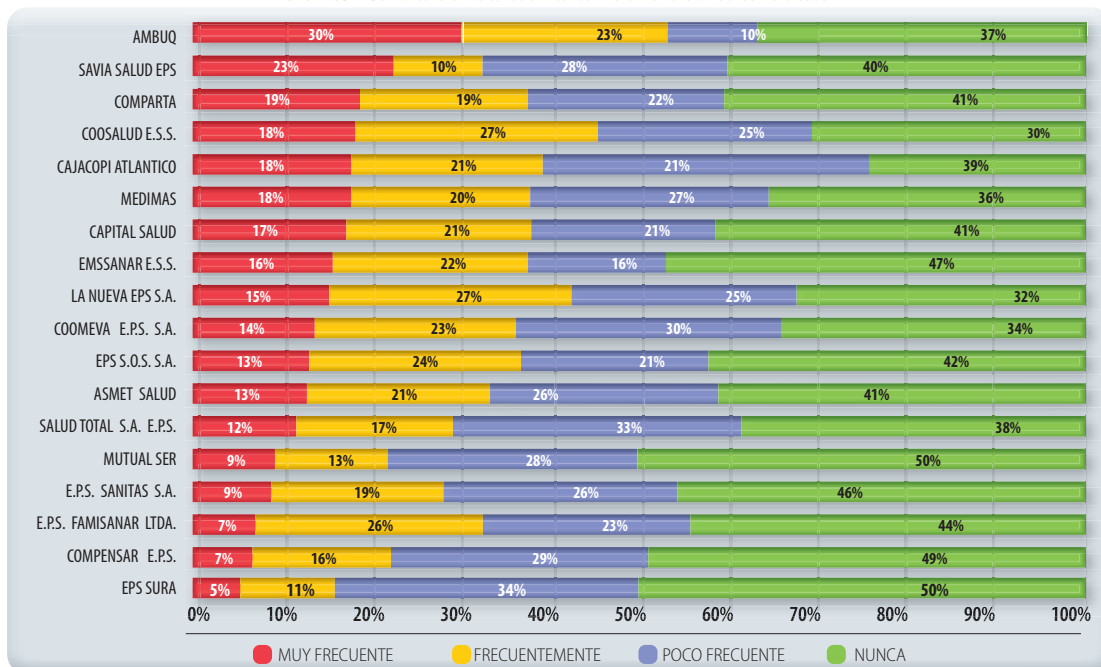
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.9. Falta de nota técnica como anexo de los contratos

La ausencia de la nota técnica en los contratos es una práctica muy común en las EPS Ambuq, Savia Salud y

Comperta, mientras que Famisanar, Compensar y EPS Sura son percibidas como aquellas donde esta práctica es menos frecuente.

Gráfico 16. Falta de nota técnica como anexo de los contratos.



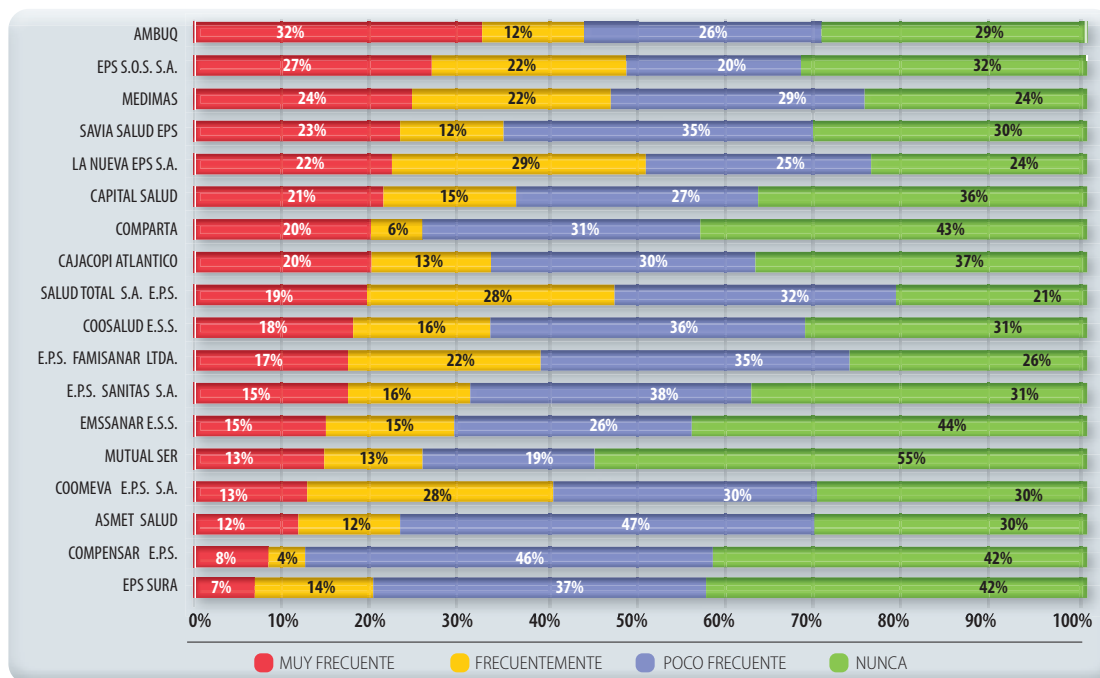
Fuente: ACHC, información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.10. No actualización de tarifas en la renovación de acuerdos de voluntades

En el tema de actualización de tarifas, los resultados muestran cómo las EPS Ambuq, S. O. S. y Medimás son aquellas EPS que con mayor fre-

cuencia no actualizan las tarifas, con más del 40% en promedio para las categorías Muy frecuente y Frecuentemente. En oposición, las EPS con mejor percepción respecto a este tema son EPS Sura, Compensar EPS y Asmet Salud, que obtienen porcentajes de menor frecuencia en dicha práctica.

Gráfico 17. No actualización de tarifas en la renovación de acuerdos de voluntades.



Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

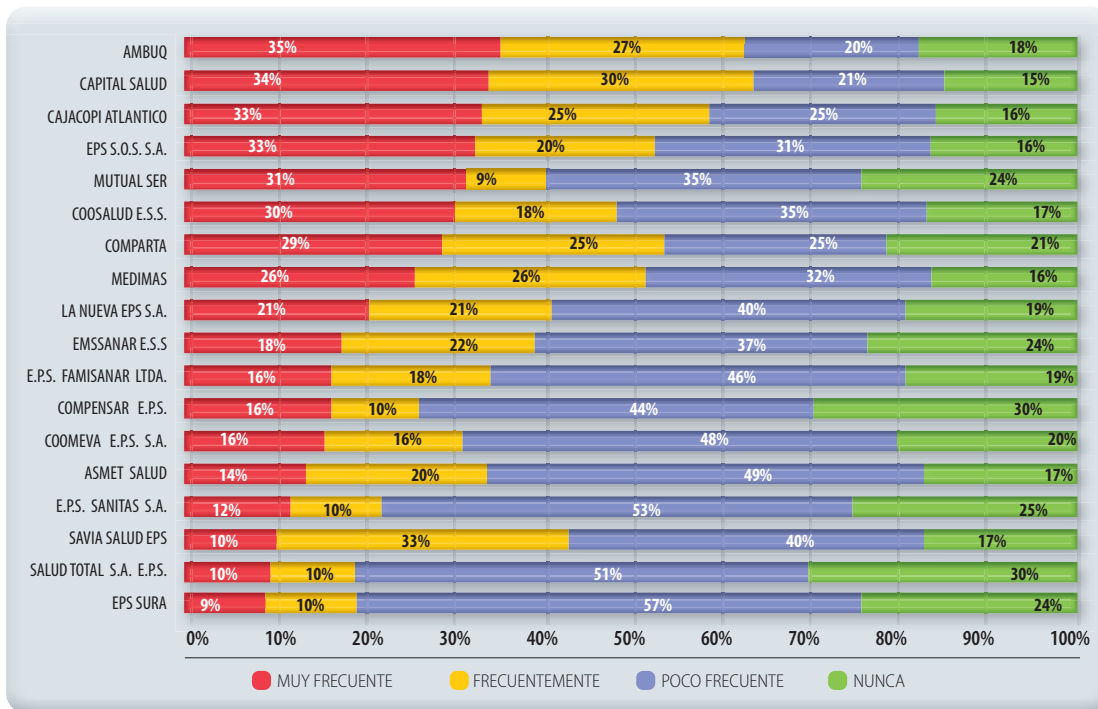
3.3.11. Dificultad para obtener autorizaciones de prestación de servicios de manera oportuna

Sobre la dificultad en el tema de autorizaciones, Ambuq, Capital Salud y Cajacopi Atlántico

encabezan la lista de las EPS con mayor frecuencia en dicha práctica, mientras EPS Sura, Salud Total, Savia Salud y Sanitas son las EPS con menores frecuencias en este aspecto.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
www.achc.org.co

Gráfico 18. Dificultad para obtener autorizaciones de prestación de servicios de manera oportuna.



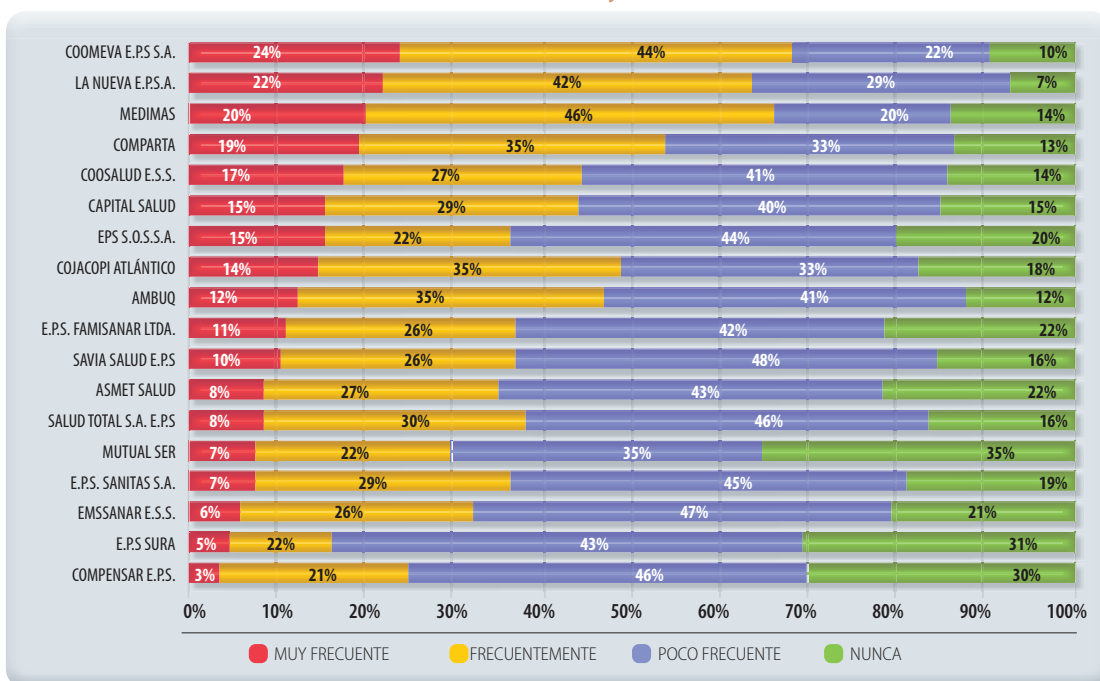
Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3.3.12. Falta de objetividad en las auditorías de las EPS

Las EPS Coomeva, Nueva EPS y Medimás encabezan la lista de las entidades con mayor frecuencia en la práctica de falta de objetividad en las auditorías con

más de 60% en promedio en las categorías 'Muy frecuente y Frecuentemente'. Compensar y EPS Sura son calificadas positivamente en esta pregunta.

Gráfico 19. Falta de objetividad en las auditorías de las EPS.



Fuente: ACHC. Información que reportaron 85 instituciones agremiadas.

3. CONCLUSIONES

- De 85 IPS reportantes afiliadas a la ACHC, 51% corresponden a la alta complejidad, 26% son de mediana y 23% de baja. Por naturaleza jurídica, 61% son privadas, 38% públicas y 1% mixtas. La suma de camas (11.139) de estas IPS representan el 13,1% del total de camas del país, haciendo salvedad que el dato nacional y el de ACHC no incluye la expansión de camas UCI-INTERMEDIO en el marco de la declaratoria de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Las peores dimensiones calificadas fueron Pagos (56,5), Auditoría (57,3) y Tarifas (65,4), esto debido a problemas tales como glosas injustificadas e inconsistencias en las cuentas por pagar de las EPS con las cuentas por cobrar de las IPS, así como falta de objetividad en los procesos de auditoría. Las dimensiones, en general, con mejores calificaciones fueron Facturación y Contratación, con calificación promedio de 72,2 y 67,1, respectivamente. Sin embargo, aún se encuentran lejos de estar en niveles satisfactorios para los actores del sistema, evidenciando problemas en la radicación de facturas, legalización oportuna de los acuerdos de voluntades o ausencia de la nota técnica, como se evidencia en los resultados descritos en cada una de las preguntas que integran cada dimensión.
- En la dimensión de Facturación-Comunicación, las mejores calificadas fueron EPS Sura (88,7), Salud total (87,6) y Compensar (85,2). En los últimos lugares están Ambuq (54,1), Cajacopi (59,5) y Coosalud (60).
- En la dimensión de Pagos, las mejores calificadas fueron Mutual ser (65,4), Compensar (63,5) y Emssanar (61,3). En los últimos lugares se ubican Coomeva (46,5), Nueva EPS (49,6) y Comparta (50,3).
- En la dimensión de Contratación, las mejores calificadas fueron EPS Sura (85), Compensar

(83) y Sanitas (74,7). En los últimos lugares se hallan Ambuq (52,7), Nueva EPS (53) y Coosalud (57,5)


- En la dimensión de Auditoría, las mejores calificadas fueron Compensar (75,4), Sura EPS (73,8) y Mutual SER (70,4). En los últimos lugares están Coomeva (31,7), Medimás (33,8) y Nueva EPS (36,2).
- En la dimensión de Tarifas (actualización de tarifas), las mejores calificadas fueron Compensar (87,5), EPS Sura (79,7) y Asmet Salud (76,7). En los últimos lugares se encuentran Nueva EPS (49,2), EPS S. O. S. (51,2) y Salud Total (52,6).
- A partir del índice se conformaron grupos de EPS, de tal forma que existe una alta homogeneidad al interior de cada grupo (intra) y una alta heterogeneidad entre ellos (inter). Con el fin de definir estos grupos, se utilizó el método de Ward de clasificación jerárquica. Se obtuvieron tres grupos. El mejor grupo lo conforma Compensar, EPS Sura, Mutual Ser, Sanitas, Asmet Salud y Emssanar, y el peor, Nueva EPS, Medimás, Coomeva y Ambuq. El resto de EPS se ubicaron en el grupo intermedio.

NOTA: Las acciones y comportamientos descritos y evaluados mediante la encuesta aplicada corresponden a las definiciones y prohibiciones hechas por la Superintendencia Nacional de Salud frente a conductas que afectan y generan un riesgo en la operación del sistema de salud.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Abdi, H., & Williams, L. J. (2010). Principal component analysis. *Wiley interdisciplinary reviews: computational statistics* 2(4), 433-459.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa* 20(1), 38-47.
- Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació. (2014). Cómo aplicar un cluster jerárquico en SPSS. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65577/1/628893.pdf>

Normatividad

- Ministerio de la Protección Social. (14 de agosto de 2008). Resolución 3047 de 2008. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de diciembre de 2012). Resolución 4331 de 2012. Colombia.
- Superintendencia Nacional de Salud. (26 de junio de 2020). Circular externa nro. 000014. Colombia. 

ACHC, 65 años de compromiso y trabajo por los hospitales y clínicas del país



El pasado 29 de mayo la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas cumplió 65 años de trabajo y gestión gremial en defensa del sector hospitalario colombiano.

La idea de formar una gran asociación que agrupará a las instituciones hospitalarias del país surgió en 1941, en el Primer Congreso Médico Colombiano, pero tomó forma y se consolidó 15 años después, cuando el 29 de mayo de 1956 el Ministerio de Justicia, con la Resolución 1258, le concedió la personería jurídica y se dio inicio formal al trabajo gremial de la Asociación Colombiana de Hospitales, como inicialmente se llamó.

Inicialmente, se afiliaron 87 instituciones hospitalarias de todo el país y se conformó la primera junta directiva así: Presidente, Jorge Vergara Delgado, Rector Universidad Nacional; Vicepresidente, Alfonso Ramírez Gutiérrez, Director del Hospital Militar Central; Secretario Tesorero, Laurenti-

no Muñoz, delegado del Hospital de Barranquilla y Clínica Colombia de la misma ciudad; Vocales: Jorge E. Cavelier, Director del Hospital La Samaritana y José A. Jácome Valderrama, Director del Instituto de Cancerología; Suplentes: José Miguel Huertas, Director Clínica Palermo; Álvaro López Pardo, Director Hospital Infantil de Bogotá; Mario Acevedo Díaz, director del Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga; Fernando Tamayo, Director Hospital San José de Bogotá y María Luisa Quijano, delegada Hospital El Salvador de Ubaté.

En los primeros años de gestión, la Asociación se encargó de la organización del servicio hospitalario de Colombia, que en ese entonces tenía como prioridad entregar un plan unificado de atención asistencial en todo el territorio nacional, de acuerdo a los direccionamientos que había emitido el Ministerio de Salud Pública. Además, impulsó la capacitación a los miembros de las instituciones afiliadas y empezó la discusión de un proyecto sobre la Corporación Sanitaria Nacional, elaborado por Jorge Vergara y Laurentino Muñoz, miembros de la Junta Directiva, en el cual planteaban un servicio asistencial para la población de Colombia que no gozaba de prestaciones sociales. Al tiempo, se gestionó ante el Presidente de la República y el Ministro



La gestión del gremio hospitalario colombiano, desde sus inicios hasta la actualidad, ha sido orientada por reconocidos líderes del sector, que, con su visión, vocación y compromiso para con los hospitales y clínicas colombianos, han alcanzado importantes logros en beneficio de los afiliados y del sector salud en general.

de Trabajo una reglamentación de los salarios básicos para los empleados de las clínicas y hospitales, ya que el cuerpo médico no estaba conforme con lo que había establecido el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales.

Desde esa época, la Asociación Colombiana de Hospitales buscó crear alianzas estratégicas para influir en el desarrollo del sector salud. Se unió con ASCOFAME, la Federación Médica Colombiana, algunos representantes del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional y, en noviembre de 1963, se presentó el Plan Hospitalario Nacional, el cual se convirtió en 1969 en la Ley 39, que reglamentó la construcción, dotación y operación de los hospitales en el país para los años siguientes.

Con grandes esfuerzos en esa primera fase, la Asociación también promovió y participó en el desarrollo de proyectos como la acreditación de hospitales, el acercamiento del hospital a la comunidad, los comités de salud, las farmacias comunales, la dotación de hospitales y la integración y regionalización de los servicios de salud. Además, agenció ante la Superintendencia de Comercio Exterior la reducción de trámites para las importaciones de elementos de uso hospitalario que empezaban a llegar a Colombia, y gestionó ante el Congreso de la República mecanismos de financiación para los hospitales.

En las primeras décadas, la ACH asesoró, además, la planeación y puesta en marcha del denominado Sistema Nacional de Salud. Respondiendo a la dinámica sectorial de los años 80, públicamente empezó una defensa de los intereses de los hospitales frente al tema de la política nacional hospitalaria —afectada por la descentralización que se dio en el país hacia 1986—, ante el Seguro Social buscó el pago oportuno de los servicios y, dando un fuerte debate, logró que se incluyeran algunas modificaciones en el tema de cuidados intensivos y tarifas de urgencias en el manual de definiciones, contenidos y tarifas, que había entrado en vigencia con el Decreto 3393 de noviembre 22 de 1981 y que en 1989 ya estaba desactualizado.

En 1993 se realizó una reforma a los estatutos que cambió el nombre de Asociación Colombiana de Hospitales, ACH, por la identificación actual, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, incentivando el ingreso de un mayor número de entidades de naturaleza privada. Esto coincidió con la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual llevó al gremio a reorientar sus estrategias de gestión de acuerdo a la nueva realidad del sistema de salud, que en poco tiempo debió centrarse en la relación de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las Empresas Promotoras de Salud. Se adelantaron entonces diversas gestiones en materia de tarifas y contratación.

A finales de la década de los 90, se impulsó el fortalecimiento de la relación de los hospitales y clínicas con las empresas proveedoras de salud, recibiendo un gran



Agenda gremial

respaldo de Johnson & Johnson. Bajo el liderazgo de su entonces representante en Colombia, Luis Enrique Pizarro, se creó el grupo de patrocinadores de las ACHC, que actualmente conforman reconocidas firmas proveedoras de insumos y equipos y hospitalarios.

En los últimos 20 años, la gestión gremial, dadas las dificultades de relacionamiento con los pagadores de servicios de salud, se ha tenido que enfocar en la búsqueda de soluciones para mejorar el flujo de recursos en el sistema de salud, el mejoramiento de las tarifas y el pago de deudas de entidades pagadoras que han sido liquidadas, entre otros. Desde el gremio se han propuesto y gestionado diversas estrategias, como los acuerdos de pago de EPS a IPS, el giro directo, la aplicación de esos giros EPS a las deudas más antiguas, la compra de cartera, el reconocimiento de un porcentaje a las IPS en la cadena de suministros de medicamentos intrahospitalarios, la aplicación del incremento de la UPC al valor de los servicios de salud y el pago por disponibilidad de UCI en época de pandemia, entre muchos más.

A lo largo de su historia, la ACHC, además de defender los intereses del sector hospitalario, ha aportado y generado conocimiento al sector para la toma de decisiones informadas con el desarrollo de múltiples estudios, como el seguimiento a la cartera hospitalaria, la encuesta de percepción de IPS sobre EPS, el estudio de glosas, los indicadores financieros de las IPS, el estudio de salarios del personal de salud y el llamado Perfil Hospitalario ACHC, entre otros. La Asociación ha participado en cada uno de los escenarios políticos, tecnológicos y económicos que afectan la gestión de las instituciones hospitalarias. Ha sido vocera y representante de los hospitales en instancias tomadoras de decisiones en el sector: en los primeros años, en escenarios como la Junta Directiva de la Corporación Proveedora de Instituciones de Asistencia Social (CORPAL) en 1963; en varias otras oportunidades, como entidad asesora u organismo consultivo del Ministerio de Salud para el desarrollo e implementación de políticas sectoriales; hacia la década de los 90 y la del 2000, como asesora permanente del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, en



Entre las actividades de gestión de la ACHC esta la representación gremial en escenarios de generación de políticas sectoriales y el apoyo constante en la formación y capacitación de sus afiliados.

los años más recientes, dentro de la Instancia Asesora de Seguridad Social en Salud.

Paralelo a estas gestiones gremiales, la ACHC sigue siendo promotora de buenas prácticas en la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanidad. Fiel a su compromiso de promover el fortalecimiento técnico, científico y administrativo de las entidades hospitalarias afiliadas, también genera espacios de capacitación en diversos ámbitos de la gestión hospitalaria, que permitan a los afiliados responder a los desafíos que impone la evolución de la prestación de servicios de salud en el mundo.

Las propuestas y aporte del gremio no solo han sido para los hospitales y clínicas, sino para todo el sector salud en general. Desde sus inicios, la ACHC ha promovido un sistema

de salud que se ajuste a la realidad del país y permita brindar servicios de salud con calidad y oportunidad, centrados en las necesidades del usuario. Entre las propuestas más recientes en este aspecto se destacan: Propuesta de reforma basada en la evidencia, Alternativas y Equilibrios, Llamado a la Acción, Insight, y Revolución del Sistema de Salud, entre otros.

La gestión del gremio hospitalario colombiano, desde sus inicios hasta la actualidad, ha sido orientada por reconocidos líderes del sector, que, con su visión, vocación y compromiso para con los hospitales y clínicas colombianos, han alcanzado importantes logros en beneficio de los afiliados y del sector salud en general. En los primeros años, este liderazgo fue ejercido por los doctores Jorge Vergara Delgado, José del

Carmen Acosta, Napoleón Franco Pareja, Laurentino Muñoz, Augusto Buendía, Jorge E. Cavelier, Rafael Barbieri Zamorano, Jorge Castellanos Robayo y Alberto Vejarano Laverde. En los últimos años, se ha contado con el liderazgo del Padre Jaime Salazar Londoño, S. J. y los doctores Reynaldo Grueso, Fernando Cuellar, Roberto Esguerra Gutiérrez, José Ignacio Zapata, María Claudia García, Elsa Victoria Henao, Luis Ignacio Mejía, Andrés Aguirre Martínez y Juan Carlos Giraldo Valencia.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, a lo largo de su historia, ha mantenido su compromiso con el sector salud ajustándose a o procurando ajustar, cuando sea necesario, las políticas de salud en cada momento histórico, buscando responder así a las necesidades de las instituciones hospitalarias. En este sentido, la ACHC ha influido en y ha construido la historia de la salud en Colombia en las últimas 65 años.

Autoridades de Salud en Diálogos Virtuales de Afiliados ACHC

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, como parte de las actividades gremiales que adelanta en búsqueda de soluciones a las dificultades financieras y administrativas que enfrentan las entidades hospitalarias afiliadas, y que se han vuelto más críticas en el último año con la pandemia por COVID-19, ha desarrollado los Diálogos Virtuales de Afiliados ACHC, a los que han sido invitados las diversas autoridades del sector salud para expresarles las problemáticas y conocer de primera mano las medidas tomadas por el Gobierno para resolver dichas dificultades.

A estos Diálogos Virtuales de Afiliados ACHC, en el último trimestre, han sido invitadas y

asistido autoridades como el señor Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Fernando Ruiz; la Viceministra de Protección Social, Dra. María Andrea Godoy; el Viceministro de Salud, Luis Alexander Moscoso; el Superintendente Nacional de Salud, Dr. Fabio Aristizábal Ángel, y el Director de la ADRES, Dr. Jorge Gutiérrez Sanpedro.

En estos encuentros virtuales, la ACHC y sus afiliados han presentado a las autoridades de salud una agenda centrada en la sostenibilidad de las instituciones hospitalarias, haciendo seguimiento a las medidas tomadas por el Gobierno en el marco de la pandemia para generar flujo de recursos hacia las IPS, tales como el pago por disponibilidad de UCI, las compras de cartera, la liberación de las reservas técnicas de las EPS para el pago de deudas, suficiencia de la UPC y el pago de los Elementos de Protección Personal (EPP), cuyo uso se incrementó con



Desde que inició la pandemia por Covid-19, la ACHC implementó los Diálogos Virtuales de Afiliados para escuchar y gestionar ante las autoridades correspondientes las diversas dificultades que han surgido con la pandemia.

la pandemia y lo aportado por la ARL para estos no supera el 20% del gasto.

Adicional al seguimiento de las medidas tomadas en pandemia, desde la ACHC se insistió en el avance y concreción de lo anunciado en el Acuerdo de Punto final y pidió no olvidar la cartera antigua que tienen las EPS en liquidación. Para ello, la Asociación ha propuesto la formación de un Régimen General de Insolvencia por las megaliquidaciones y el evitar pérdidas mayores a los hospitales y clínicas. El gremio, durante los diferentes encuentros, ha reiterado el compromiso del sector hospitalario en la atención en salud y la necesidad de hacer más esfuerzos para que la situación generada por la pandemia por COVID-19 pueda mejorar.

El Ministro de Salud, Fernando Ruiz, destacó la relación entre el Ministerio y los hospitales, señalando que ha sido fluida, de diálogo y de búsqueda de soluciones en conjunto. Reiteró su compromiso con acelerar el cumplimiento del Acuerdo de Punto Final y

anunció que ya se reactivaron las auditorías para aclarar los montos de deuda y los giros previos y que se expedirá un decreto para autorizar un giro directo de los valores ya revisados.

El Ministro, además, afirmó que se está estudiando la expedición de un decreto para el uso de las reservas técnicas bajo condiciones obligatorias y para solventar muchas de las deudas PBS que vienen atrasadas por la decisión de muchas EPS de privilegiar los giros NO PBS; para Fernando Ruiz, esta es una medida conveniente y sustentable para mejorar el flujo de recursos en el sistema de salud. El doctor Ruiz destacó el trabajo coordinado que se viene dando al interior del Gobierno entre el Ministerio, la Adres y la Supersalud.

Por su parte, el Señor Superintendente Nacional de Salud, Fabio Aristizábal Ángel, en el encuentro virtual con los afiliados a la ACHC, presentó las gestiones que ha venido adelantando en el ejercicio del control y vigilancia del sector. [II](#)

Johnson & Johnson Medical Devices acelera la digitalización de la atención médica

Lanzan plataforma “Cuidado Digital” para fomentar la digitalización de la atención médica en alianza con Nimbo y con el apoyo de la empresa de innovación abierta Distrito

¡Conéctate con Cuidado Digital!

Los protocolos de aislamiento social para prevenir la propagación del COVID-19 **incrementaron la búsqueda de soluciones digitales para la atención médica**. Para satisfacer esta creciente demanda de soluciones digitales y de acceso a los servicios de salud, Johnson & Johnson Medical Devices México y Colombia lanzan Cuidado Digital, un programa enfocado en **acelerar el desarrollo y adopción de tecnologías adecuadas a este nuevo contexto que permitan brindar una atención médica a distancia** con diversas ventajas para los médicos y pacientes.

Esta es una iniciativa de colaboración entre Johnson & Johnson Medical Devices, el Hub de Innovación Distrito y Nimbo, una startup de gestión de procesos que permite administrar y controlar cada paso que los médicos dan en su práctica médica en una plataforma digital. “El programa Cuidado Digital nació con el propósito de permitir y ampliar el acceso a los servicios de salud, ayudando a los médicos en la transición a la atención digital para sus pacientes”, comentó Fabricio Campolina, líder de Transformación del Cuidado de la Salud en Johnson & Johnson Medical Devices, América Latina.

Cuidado Digital, otorga contenido abierto y de acceso gratuito para los médicos, el cual incluye un **Manual de Buenas Prácticas** con información acerca de la atención en línea y datos relevantes sobre el uso e implementación de tecnologías como la telemedicina, historia clínica electrónica, prescripciones digitales y normativa de la industria basada en las Leyes locales de Protección de Datos.

Adicionalmente, gracias a la alianza con Nimbo, la iniciativa permite a los médicos a través de un periodo de prueba, practicar en vivo el uso de dichas plataformas, con el objetivo de generar cercanía con la tecnología e identificar el mejor uso que pueden hacer de la misma de acuerdo con su práctica médica. El objetivo es que el manual ayude a los médicos a considerar los puntos relevantes al momento de elegir empresas que brinden servicios digitales de atención en línea, asegurando así la continuidad del acceso a la salud por parte de los pacientes de una manera simple y eficiente.

De acuerdo con un estudio realizado, **un 70% de los latinoamericanos afirman que ellos o algún miembro de su familia han retrasado o cancelado sus servicios de atención médica debido al COVID-19¹**. De las personas encuestadas, **el 77% en Colombia**, reconocen que han postergado su salud durante la pandemia, cancelando o retrasando sus atenciones desde marzo a octubre de 2020.

Cuidado Digital brinda las herramientas para el aumento en la productividad, ya que con la plataforma podrán incluir en su práctica diaria aspectos de mejora administrativa y clínica a través de la digitalización de horarios, finanzas e historial del paciente, lo cual se traduce en **una mejor atención a pacientes que no pueden salir de casa, viven en zonas lejanas o de difícil acceso**.

www.cuidadodigital.co

En Johnson & Johnson Medical Devices utilizamos nuestro alcance, escala y experiencia para reinventar la manera en que se brinda la atención de salud.

¹Encuesta de atención médica realizada por Ipsos Argentina S.A por encargo de Johnson & Johnson Medical Devices Companies. Acerca de la encuesta: esta encuesta se llevó a cabo de manera online entre hombres y mujeres mayores de 18 años en adelante, residentes en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, de niveles socioeconómicos altos, medio y bajo superiores, conectados a Internet. Esta encuesta online no se basa en una muestra de probabilidad y por tanto, no se puede calcular ninguna estimación del error teórico del muestreo. Se aplicaron factores de ponderación.

Con ensayos clínicos, pruebas COVID y programas de apoyo, el Hospital Universidad del Norte sigue haciendo frente a la pandemia¹



El Hospital Universidad del Norte fue una de las entidades elegidas para las pruebas de las vacunas de Janssen en Colombia.

Con acciones concretas desde la ciencia, la Universidad del Norte continúa aportando sus conocimientos y servicios para hacer frente a la pandemia. Es por eso por lo que el Hospital Universidad del Norte (HUN) ha venido realizando ensayos clínicos para nuevas vacunas contra la COVID-19, como el de Janssen, de la compañía farmacéutica de Johnson & Johnson, cuyo uso fue aprobado este año por la Food and Drug Administration (FDA) del Gobierno de los Estados Unidos. Este primer semestre se han anunciado dos nuevos estudios con farmacéuticas internacionales, que iniciarán en junio con nuevos grupos de voluntarios.

“En esta ocasión, las moléculas estudiadas son de aplicación de dos dosis. Con ambos estudios se hará seguimiento por un año, en donde se mirará su evolución, efectividad y seguridad para que puedan ser autorizadas para su aplicación. Estamos preparándonos como centro y a cada participante, en el momento del reclutamiento, se le informará cuál es el patrocinador”, explica el Dr. Hugo Macareno, director científico del Hospital Universidad del Norte (HUN).

El Hospital seguirá atendiendo a los pacientes del estudio de la vacuna de única dosis de la firma Janssen, cuyo proceso inició a mediados de octubre de 2020 y continuará hasta completar dos años en el seguimiento de los voluntarios.

Para los ensayos clínicos del HUN, los voluntarios seleccionados son divididos en dos grupos: uno al que se le aplica la vacuna experimental y otro al que se le inyecta el placebo. Ninguno de los participantes conoce la sustancia que recibe y debe ofrecer información de manera constante al

¹ Con información de Prensa del Hospital Universidad del Norte.

Centro de Investigación, con el fin de avanzar en el desarrollo del respectivo estudio.

Pruebas cuantitativas de anticuerpos COVID-19

Desde mediados de mayo, el Hospital y el Centro Médico Uninorte también vienen realizando pruebas cuantitativas de anticuerpos COVID-19, que miden la respuesta de la defensa que una persona crea en el organismo cuando ha entrado en contacto con el virus. De acuerdo con el Dr. Macareno, esta prueba permite cuantificar “el número exacto de la cantidad de anticuerpos realizados” y sirve tanto en los casos que han tenido infección natural como en aquellos pacientes que han adquirido la vacuna.

“Con una simple toma de sangre, se manda el análisis hacia el equipo que realiza la cuantificación. Esta prueba es diferente a las pruebas rápidas, que solo daban una posibilidad cualitativa y no cuantitativa de la capacidad de anticuerpos. Esto es mucho más exacto, con menos márgenes de error para buscar las respuestas que hacen falta a cada uno de los interrogantes de las infecciones”, expresa el galeno.

De manera expedita, cada paciente obtiene los resultados, pues, una vez la prueba se monta en el equipo, el reporte demora alrededor de 30 a 60 minutos para emitirse. Con esta ya son tres pruebas que se ofrecen para hacerle frente a la COVID-19.

Programa de control metabólico y peso saludable del Centro Médico Uninorte

El Centro Médico Uninorte desarrolla, desde mediados de 2020, su nuevo programa de Control Metabólico y Peso Saludable, con el



El Hospital Universidad del Norte presta el servicio de vacunación contra Covid19 en Barranquilla.

que busca crear hábitos saludables sostenibles, así como prevenir la obesidad y otras enfermedades cardiometabólicas en nuestra comunidad.

La interacción con el programa puede empezar con cualquiera de los profesionales del Centro, pues están capacitados para realizar la captación inicial del paciente. Con cita previa, la persona recibe la valoración del Dr. Eder Hernández, líder del programa, quien ordena una batería de laboratorios con los que revisa en detalle el funcionamiento del organismo. Hechos los exámenes, el médico internista evalúa las necesidades y requerimientos del paciente en diversos campos como nutrición, psicología o fisioterapia, dependiendo del diagnóstico.

“Cualquier persona puede vincularse al programa porque nuestro mayor impulso para desarrollarlo es cuidar los diferentes estilos de vida, los cuales se vieron afectados también por la pandemia. La alimentación es un tema delicado”, puntualizó María Auxiliadora Hemer, directora del Centro Médico.

Clínica del Norte, 10 años siendo Gente para la Vida¹



La Clínica del Norte se encuentra certificada en Buenas Prácticas Clínicas por el INVIMA, lo que la valida como un centro para realizar investigaciones con medicamentos en seres humanos.

El 11 de mayo del 2021 la Clínica del Norte celebró su 10.º aniversario con orgullo, reconociendo el valor más profundo de sus héroes. Más allá de los desafíos y obstáculos que han enfrentado, se han convertido en una gran familia.

Cumplir años significa, para la Clínica del Norte, traer muchos recuerdos que llenan su corazón de inmensa alegría. Y es así como comienza su historia...

En el año 2011, la Clínica abre sus puertas a la comunidad prestando servicios de salud en el norte del Valle de Aburrá y aportando a la estabilidad económica de la población a

través de la generación de empleo. Inicia con servicios ambulatorios y hospitalarios, 70 camas de hospitalización, 17 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuatro quirófanos, un servicio de urgencias y un piso exclusivo para consulta externa.

En el año 2013 expande su oferta de servicios con la apertura de 46 camas de hospitalización, ampliando así su oferta a 116 camas. En el año 2014 se crea la unidad de cuidados especiales con diez camas.

En el año 2015, comprometidos con la calidad de los procesos y la atención médica especializada, la Clínica del Norte pone al servicio de la comunidad una zona especializada para la atención urgente de patologías cardio-cerebro-vasculares, que cuenta con acompañamiento permanente de personal médico y paramédico durante las 24 horas del día, con seis cubículos completamente dotados y sistema de monitoreo clínico constante para el manejo inicial de los pacientes urgentes con enfermedades cardíacas, neurológicas y vasculares en general.

En el año 2019, la Clínica habilita la unidad intrahospitalaria de hemodiálisis,

¹ Con información de la Oficina de Comunicaciones de la Clínica del Norte.

asegurando mayor oportunidad y agilidad en el proceso de atención a los pacientes que requieren este tipo de terapia.

En el 2020, comienza una nueva realidad: un nuevo virus empezó a propagarse desde Asia al resto del mundo, convirtiéndose en una pandemia que, en apenas unas semanas, revela no solo la fragilidad física de las personas, sino también la de nuestros sistemas sociales y económicos. Un año en el que aprendimos a valorar lo cotidiano, entendimos que la vida y la muerte pueden estar más cerca de lo que creemos, un año en el que salimos menos, en el que un ser microscópico cambió nuestro atuendo y escondió nuestra sonrisa.

En el año 2021, la Fundación Clínica del Norte transforma su filosofía, con una nueva misión, visión y valores, apuntando hacia una cultura organizacional que permita el cumplimiento de los objetivos de la institución.

La Clínica del Norte se encuentra certificada en Buenas Prácticas Clínicas por el INVIMA, lo que la valida como un centro para realizar investigaciones con medicamentos en seres humanos. Es una institución de alto nivel de complejidad que presta servicios de salud de forma humana, integral y segura, comprometidos con el desarrollo del talento humano, trabajando día a día por la comunidad, con el deseo de ser cada vez mejores.

12.000 metros cuadrados de infraestructura construyen un hogar dotado de comodidad, seguridad y calidez. Escenarios donde la vida es lo más importante. Equipos, procesos seguros y un gran grupo de personas motivadas a ser cada vez mejores, integran lo que hoy es la Fundación Clínica del Norte, una institución

fundamentada en 4 pilares: la humanización, la seguridad del paciente, la excelencia y la innovación.

Por eso, hoy más que nunca, la Fundación Clínica del Norte continua incansablemente su trabajo con la comunidad y sus pacientes. Es así como celebran sus 10 años con el compromiso de seguir siendo gente para la vida, comprometidos hacia quienes más los necesitan, y orientados por sus valores: pasión, transparencia, compromiso y empatía.

Han sido un decenio de compromiso, aprendizaje y cuidado a sus pacientes, usuarios y colaboradores, comportándose como Gente para la Vida.

Celebramos la alianza con uno de los partner más poderosos del mundo.



Ahora somos Oracle Partner.

Estamos muy satisfechos de poder transferir a través de Xoma, los incontables beneficios de este acuerdo a todos nuestros clientes y a las instituciones colombianas que nos confían la administración de sus negocios en salud.



www.xomaonline.com

Clínica del Occidente abre la Primera Unidad Post-COVID en Colombia¹



Juan Manuel Anaya
coordinador de la Unidad Post-Covid

Clínica del Occidente abrió recientemente los servicios en su nueva **Unidad Post-COVID**, que consiste en la atención personalizada de aquellos pacientes que han padecido COVID-19, pero que, pese a la recuperación de la infección, presentan secuelas de la enfermedad, tales como dificultad respiratoria y tos, dolores articulares y fatiga, neuropatía, pérdida de la concentración, trastornos de memoria, pérdida del olfato y el gusto, así como depresión, entre otros.

Pese a la pandemia, las investigaciones en la Clínica del Occidente continúan. En asocio con el Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA) de la Universidad del Rosario, han sido atendidos más de 100 pacientes con síndrome post-COVID desde su reciente apertura.

“En esta unidad buscamos atender y estudiar las manifestaciones clínicas prolongadas de la COVID-19, o de aquellas que aparecen después de que los pacientes se han ‘recuperado’, a través de una consulta médica personalizada, pero con énfasis familiar”, destaca el doctor Juan Manuel Anaya, coordinador de la Unidad Post-COVID.

La COVID-19, producida por el virus SARS-CoV-2, fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. Provoca un síndrome respiratorio agudo que puede comportarse como un simple resfriado o como una enfermedad progresiva severa. Puede presentar, además, manifestaciones reumatológicas y neurológicas, entre otras, que no son evidentes a simple vista, y que pueden repercutir, a corto y largo plazo, en la conducta, productividad y cotidianidad de quien padeció esta enfermedad.

Ante estas circunstancias, nace la idea de crear una unidad exclusiva para pacientes con “COVID prolongado” o “post-COVID”, con afectaciones a largo plazo derivadas de la enfermedad por el virus. “Nos dimos cuenta de que un 60 por ciento de los pacientes que dábamos de alta por COVID-19 en la Clínica del Occidente volvían a consultar por permanencia de los síntomas o por la aparición de otros nuevos”, explica el Dr. Anaya.

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), las secuelas más comunes del síndrome post-COVID son: fatiga, dificultad para respirar, tos, dolor en las articulaciones y dolor de

¹ Con información de la Oficina de Comunicaciones de la Clínica del Occidente

pecho, así como problemas de olfato y del gusto. Mientras que las consecuencias que se presentan a largo plazo y con menor frecuencia son: dificultad para pensar y concentrarse (denominada niebla mental), depresión, dolor muscular, dolor de cabeza, fiebre intermitente y aumento en la frecuencia cardíaca.

Otras consecuencias a largo plazo pueden ser cardiovasculares, respiratorias, renales, dermatológicas, neurológicas y psiquiátricas (depresión, ansiedad, cambios de humor).

María Cristina Ramírez, de 31 años, es una de las pacientes que está en estudio en la nueva Unidad Post-COVID del país, y manifiesta que, aunque padeció COVID-19 en julio del 2020, en ocasiones siente ahogo al caminar, constantes dolores de cabeza y agotamiento físico.

Aunque cada paciente es un caso diferente, María Cristina, que en su momento fue una de las pacientes que participó de un ensayo clínico adelantado en la Clínica del Occidente, continúa siendo tratada en la institución.

Agrega el doctor Yhojan Rodríguez, médico epidemiólogo y miembro de la Unidad Post-COVID, que “el reto que tiene esta nueva unidad es atender a cada paciente individualmente, entendiendo que la COVID-19 es una enfermedad heterogénea, con diversos síntomas y que varía de un paciente a otro”.



La unidad Post-Covid de la Clínica del Occidente brinda asesoría a los familiares de los pacientes para enseñarles como enfrentar estas secuelas.

¿Cómo opera la Unidad Post-COVID?

En este momento la Unidad Post-COVID presta una atención interdisciplinaria, donde los pacientes, una vez atendidos, son dirigidos y vistos con otras especialidades en función de la presentación clínica. Adicionalmente, se les practican exámenes de laboratorio que incluyen anticuerpos contra el SARS-CoV-2 y autoanticuerpos. La unidad brinda asesoría a los familiares de los pacientes para enseñarles cómo enfrentar estas secuelas.

Es importante entender que este servicio lo cubren las EPS y ARL. Este será un servicio permanente, teniendo en cuenta que las personas seguirán contagiándose de SARS-CoV-2 y presentando COVID-19. De otra parte, se desconoce si las vacunas existentes podrán evitar el síndrome post-COVID en aquellas personas que, a pesar de ser vacunadas, sufran de la enfermedad. [H](#)

Tras la pandemia, España emprende reforma a su sistema de salud¹



En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia que ha emprendido España para contrarrestar el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la inversión y la actividad económica, impulsar la recuperación e iniciar una modernización de la economía española, se ha planteado una reforma a su sistema de salud, contemplada como una de las diez políticas palanca que determinan la evolución de ese país y que responde al plan continental denominado *Next Generation EU*.

La reforma al sistema sanitario está incluida en el llamado Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud, que reconoce que la crisis sanitaria desatada con la pandemia mundial por COVID-19 ha puesto a la ciencia en un lugar preeminente y ha revelado la insuficiencia de la inversión en ciencia e innovación en general y en particular

¹ Con información del Plan de Transformación, Recuperación y Resiliencia, Componente 18: Renovación y Ampliación de las Capacidades del Sistema Nacional de Salud, Publicado en www.lamoncloa.gob.es

en algunos sectores estratégicos determinantes, como en el sistema de salud.

Para el gobierno español, la atención de la pandemia evidenció la fortaleza del sistema público de salud de su país, pero también mostró los retos y dificultades específicos a los que se enfrenta a la hora de abordar situaciones que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación en cada territorio y con el resto de la nación. También ha mostrado la necesidad de corregir problemas estructurales que ya existían y de responder a los retos emergentes en salud, ya sean demográficos, sociales, tecnológicos o económicos.

Para dar respuesta a estos retos, la reforma plantea la renovación y reforzamiento de las capacidades del sistema de salud en varios ámbitos clave para responder a las necesidades del futuro. "Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. Un modelo que afiance la sanidad pública como un pilar esencial del Estado del Bienestar, pero que también sea punta de lanza del desarrollo social en España", explica el Componente 18 del plan.

Según el documento, la reforma a la salud española abarcará cinco aspectos estructurales y seis inversiones que pretenden renovar y ampliar las capacidades del sistema sanitario en un ámbito específico. Los aspectos estructurales son:

1. Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria

- 2.Reforma del sistema de salud pública
- 3.Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad
- 4.Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad
- 5.Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos.

Las seis inversiones representan un costo total de 1.069.000.000 euros. Son las siguientes:

1. Plan de inversión en equipos de alta tecnología
2. Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud
3. Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias
4. Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento
5. Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad.
6. *Data lake* sanitario.

Estas reformas e inversiones buscan “reforzar y fortalecer el Sistema Nacional de Salud español para que todas las personas tengan las máximas oportunidades de desarrollar y preservar su salud y que dispongan de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador e inteligente y con perspectiva de género, que cuide y promueva su salud a lo largo de toda la vida, en todas sus esferas”, como lo señala la política VI del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Para ello, la reforma centra sus objetivos específicos en:

- Preparar el Sistema para prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales como la actual derivada de la COVID-19. Incrementar

las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

- Proteger la salud de toda la ciudadanía con equidad y prestarle una atención integral con la máxima rapidez, calidad, seguridad y capacidad resolutoria, independientemente de sus recursos o del lugar de residencia, género, origen o edad, garantizando su accesibilidad al sistema sanitario.
- Mantener a las personas como centro del sistema, mejorando su participación y rediseñando la atención sanitaria para orientarla hacia la salud de las personas y de las comunidades, garantizando sistemas de información que permitan medir no solo actividad sino resultados finales en salud.
- Promover la salud y el bienestar de forma activa y prevenir la enfermedad y la dependencia a lo largo de toda la vida.
- Atraer y retener a los y las mejores profesionales, ofreciéndoles posibilidades de desarrollo individual y colectivo, de modo que consideren que el Sistema Nacional de Salud es el mejor lugar para desarrollar su carrera profesional.
- Avanzar hacia un Sistema Nacional de Salud generador de información y conocimiento, digitalizado, y en el que se potencie la investigación y la innovación sanitaria, constituyéndose en tractor del empleo, el crecimiento, la productividad y la innovación del tejido empresarial y la sociedad en su conjunto.
- Asegurar la financiación suficiente y sostenible para abordar los nuevos retos en salud propios de una sociedad moderna y desarrollada, y asegurar asimismo la eficiencia en el gasto, eliminando aquello que no aporta valor.
- Fortalecer y desarrollar la coordinación y la gobernanza multinivel en la gestión del Sistema Nacional de Salud y potenciar la cohesión territorial.
- Promover activamente estrategias para alcanzar la equidad de género en la salud, eliminando las desigualdades en salud injustas y evitables.

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España explica, en las siguientes líneas, que las reformas e inversiones propuestas nacen de un amplio consenso político y social:

El Parlamento español aprobó en julio de 2020 un Dictamen sobre cómo afrontar la reconstrucción económica y social tras la pandemia. Este Dictamen contiene un apartado destacado sobre cómo reforzar y mejorar el sistema sanitario y la salud pública en España, que fue apoyado por más del 70% de los diputados (255 votos de 350), incluido el principal partido de la oposición. Este apartado del Dictamen incluye más de 70 propuestas sobre cómo orientar la reforma sanitaria e incluye medidas como el impulso de la atención primaria y la salud pública, el refuerzo y mejora de los recursos humanos y profesionales, la transformación digital, la investigación, la política farmacéutica, las reservas estratégicas o la gobernanza del sistema. Las reformas e inversiones de este Componente están alineadas con este Informe del Parlamento y recogen muchas de sus recomendaciones.

La reforma incluyó también los avances que en años anteriores a la pandemia se habían logrado en espacios como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), del que forman parte el Ministerio de Sanidad y las Comunidades y Ciudades Autónomas. Por ejemplo, el CISNS aprobó en 2019 el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y acordó varias de las estrategias y planes de salud pública, además de las recomendaciones que surgieron en diversos debates sobre la necesidad de reforzar la cohesión, mejorar los procedimientos de acreditación y formación de profesionales e impulsar la digitalización.


Así mismo, en esta reforma se incluyeron las propuestas e iniciativas formuladas por agentes sociales, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y asociaciones de empresas en diferentes foros de participación y en el marco de la relación ordinaria que todas ellas tienen con el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

Por su parte, las Comunidades Autónomas, como responsables de las competencias de asistencia sanitaria, no solo han participado en el diseño de las reformas e inversiones, sino que tienen un papel esencial en la im-

plementación de muchas de ellas. Participan en las Estrategias, en los planes operativos, en la definición de criterios y acciones a desarrollar, en los acuerdos de distribución de fondos y en el seguimiento y evaluación de las medidas. Lo harán bilateralmente con el Ministerio de Sanidad y también multilateralmente a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y sus comisiones, comités y grupos de trabajo. El Consejo Interterritorial será el órgano clave en la aplicación de las medidas del Componente en la forma que se detalla en la explicación de cada reforma e inversión.

El gobierno español señala que esta reforma no solo busca fortalecer y renovar su sistema de salud, sino que además ayudará en el cumplimiento de los objetivos del conjunto de la Unión Europea de la Salud. Es por ello por lo que, puntualiza el documento, acciones como:

[...] la Estrategia española contra el cáncer están alineadas con la Estrategia Farmacéutica Europea y el Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer, respectivamente. La creación del Centro Estatal de Salud Pública permitirá reforzar la participación de España en las redes coordinadas por el ECDC, el impulso a la digitalización facilitará avanzar en la interoperabilidad de sistemas a nivel europeo y los proyectos de la Agencia Española del Medicamento permitirán reforzar aún más su colaboración con la EMA. De igual modo, las medidas de este componente para responder a amenazas sanitarias globales permitirán colaborar con la futura Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias (HERA).

Como se anotó, el gobierno español prevé que la inversión para la implementación de esta reforma al sistema de salud será de alrededor de 1.069.000.000 euros. 



eHealth Labs

INNOVACIÓN EN
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN
EN SALUD



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

¡TU ALIADO ESTRATÉGICO MIPRES!



PRESCRIPCIONES



AUDITORÍA



DIRECCIONAMIENTO



SUMINISTRO



FACTURA



Y MÁS



www.okorum.com

¿Cuál es el marco normativo para el registro y cobro de atenciones de extranjeros sin identificación?

*Fabiola Alba Muñoz y
**María Helena Patiño Farieta

Las instituciones hospitalarias tienen, por mandato constitucional y de Ley Estatutaria, el deber de atender a los usuarios que requieran servicios de urgencias¹, independiente de la existencia de convenios o acuerdos, tipo de afiliación o autorización para la atención. Superada la urgencia, se puede proceder a los trámites que sean necesarios para continuar con la efectiva garantía de la atención en salud que requiera el paciente. Esta condición constituye una garantía para los usuarios de nuestro sistema de salud.

Una situación en la que este derecho y deber se ha materializado es en la atención en salud de población extranjera fronteriza que acude al servicio de urgencias de las instituciones hospitalarias. Hay un marco

normativo que determina el procedimiento a seguir para efectos de la facturación cuando se trata de población extranjera *sin documentos de identidad y/o* sin algún documento que acredite su condición de extranjero, lo que impide la verificación de sus condiciones.

La normatividad vigente en materia de listados censales, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y formatos para pago de servicios por la Entidades responsables de pago, establece que la población que no está identificada debe ser atendida con los tipos “Adulto sin Identificar (AS)” y “Menor sin Identificar (MS)”.

En materia de listados censales, como instrumento para la identificación de las poblaciones que deben ser afiliadas al Régimen Subsidiado e insumo para la aplicación de novedades y liquidación de recursos de la UPC, es importante tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 9.º de la Resolución 4622 de 2016²:

[...] *Afiliados identificados con tipos de documento adulto sin*

*Jefe Jurídica ACHC

** Analista Jurídica ACHC

¹ “ARTÍCULO 14. PROHIBICIÓN DE LA NEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia”. Ley 1751 de 2015.

² Por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes Especial y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC.

identificar (AS) y menor sin identificar (MS). Los afiliados que se encuentran registrados con el tipo de documento (AS y MS), permanecerán en la BDUA con esta identificación hasta tanto se realicen las depuraciones con base en los listados censales que reporten las entidades obligadas a ello y se corrija con la identificación correspondiente (...). *Subrayado fuera de texto*

Así mismo, el párrafo 1 del artículo 3 de la Resolución 1838 de 2019³ establece que:

*(...) **parágrafo 1.** En los casos de la población no identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, se utilizarán los tipos y números de documento correspondiente a adulto y menor sin identificar según los parámetros dispuestos en el numeral 5 "ESPECIFICACIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN EXCEPCIONAL Y TEMPORAL DE LOS AFILIADOS (AS Y MS)" del Anexo técnico de la resolución 4622 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya [...].*

Por su parte, las Circulares 012⁴ y 029⁵ de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social señalan instrucciones para el envío de los datos de los RIPS de las atenciones realizadas a ciudadanos extranjeros por parte de las IPS, tanto al Ministerio como a las Direcciones de Salud Departamentales o Distritales, precisando lo siguiente respecto de la identificación de personas sin documento de identificación:

- "Cuando la persona de nacionalidad extranjera no posea un documento de identificación equivalente, se deben utilizar los siguientes tipos de identificación: AS 'Adulto sin identificar', MS 'Menor sin identificar'"⁶.
- Se debe incluir en el número de identificación el código de país según el estándar ISO 3166-1 a tres (3) caracteres, que se adjunta a la presente circular y forma parte de la misma, seguido del número de identificación presentado por el usuario de los servicios en salud, **o del consecutivo asignado por la IPS, cuando este no tiene ninguna identificación.** Se incluye en el Anexo No 1. la tabla de codificación de países.

Cuando el usuario no cuenta con documento de su país, la IPS debe generar por cada persona atendida, un consecutivo de seis (6) dígitos, iniciando con el 000001"⁷. *Negrilla y subrayado fuera del texto original*

³ Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales, se determinan los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información y se dictan otras disposiciones.

⁴ Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS, de las atenciones realizadas a ciudadanos extranjeros en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los departamentos ubicados en las fronteras con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú, Nicaragua y Venezuela.

⁵ Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS, de las atenciones realizadas a personas extranjeras en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

⁶ Circular 012 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

⁷ Circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se le ha asignado a los Departamentos y Distritos (no a los municipios) la ejecución de los recursos del Decreto 866 de 2017, para el pago de los servicios de urgencias prestadas dentro del territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos

Ahora bien, la Resolución 3047 de 2008⁸ contempla las casillas “Adulto sin identificación (AS)” y “Menor sin identificación (MS)” en los datos del usuario o paciente dentro de la información a diligenciar, en los formatos respectivos (Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 7), por parte de los prestadores de servicios de salud, para el envío y posterior pago por las entidades responsables. Esta disposición permite aseverar que en el *Manual único de glosas, devoluciones y respuestas* no se contempla la falta de identificación del usuario atendido como causal para la objeción de la cuenta presentada y posterior pago.

Preciso es recordar que las causales de devolución de facturas son taxativas⁹, por lo cual carece de fundamento el argumento o actuar de algunas Entidades Territoriales que, ante la falta de un documento de identificación o documento que acredite la condición de extranjero, la asuman como incumpli-

miento de la condición establecida en el numeral 4 del artículo 2.9.2.6.3 del Decreto 780 de 2016. Esta condición es que quien reciba la atención debe ser nacional de un país fronterizo. Carece de fundamento por lo antedicho y más aún si se tiene en cuenta que existen otros documentos dentro de las auditorías que acreditan la atención que la IPS brinda a una persona extranjera, tales como el soporte “Comprobante de recibido del usuario”, el cual se debe anexar a la factura presentada ante la Entidad Territorial.

Consecuentemente, el Ministerio de Salud y de la Protección Social, mediante oficio 2-2018-128267, ha conceptuado y reconocido que los migrantes acceden al país sin contar con los documentos exigidos para la estancia regular, teniendo derecho a la atención básica de urgencias, en virtud de las normas legales, pero, dada la situación de migración masiva, pueden ser beneficiarios de las intervenciones colectivas gestionadas desde las Entidades Territoriales y las acciones de gestión de la salud pública que cobijan a toda la población del territorio.

Es por lo anterior por lo que, en aras de garantizar estas atenciones, se le ha asignado a los Departamentos y Distritos (no a los municipios) la ejecución de los recursos del Decreto 866 de 2017, incorporado en el Decreto 780 de 2016, para el pago de los servicios de urgencias prestadas dentro del territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos.


⁸ Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

⁹ Conforme lo señala el artículo 20 de la Resolución 3047 de 2008.

Para el caso, la Entidad Territorial cuenta con recursos excedentes de la Subcuenta ECAT del FOSYGA, o quien haga sus veces, para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos¹⁰, los cuales deben ser ejecutados por los Departamentos y Distritos a través de los convenios o contratos que tengan suscritos con la red pública de la entidad territorial para la atención en salud de la población pobre no asegurada¹¹.

Conforme a lo anterior, se puede aseverar que no solo se están desconociendo las disposiciones normativas vigentes y la destinación de los recursos asignados para el efecto cuando no se reconoce y paga la atención inicial de urgencias a la población extranjera fronteriza sin documento de identidad, ya que las normas citadas, además de dar herramientas y recursos para esta situación, reconocen a dicha población como especial y prioritaria, ordenando su atención a las IPS y señalando la consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS a través de listados censales a cargo de los Municipios o Distritos donde se encuentran ubicados.

Esta situación ejemplifica muy bien la difícil operación a la que se ven enfrentadas, con frecuencia, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En efecto, por mandato legal deben atender, deben mantener sus puertas de urgencias abiertas a todos los usuarios, pero no se exige igual a quienes deben otorgar la contraprestación por tal exigencia. Incluso existiendo normatividad sobre el proceder y los recursos disponibles, no se da el equilibrio debido: el prestador queda inerme frente a quien cuenta con el recurso y opera a expensas del esfuerzo, consumo y gasto de quien hizo efectiva la atención.

Este resultado genera que se deba acudir a instancias del órgano de vigilancia y control o ante el órgano judicial para los pagos pertinentes, con las implicaciones de demora y desgaste que tales acciones representan. Sin embargo, dadas las obligaciones, por ejemplo, para el caso de las instituciones públicas, se hace preciso, lastimosamente, denunciar y adelantar las gestiones necesarias, so pena de ser víctima y a la vez sancionado. Desequilibrado e injusto es, sí, pero siempre será mejor hacer algo que no hacer nada. 

¹⁰ Artículo 2.9.2.6.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del sector salud.

¹¹ Artículo 2.9.2.6.6 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del sector salud.



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 agosto de 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:

• upb.bogota@upb.edu.co • (+57) 321 803 0005

Cinco competencias del ser en tiempos de crisis

Ximena Vivas Yarce

En la actualidad, y debido a la contingencia que se vive por la COVID-19, la capacidad del ser humano para sobrellevar una situación específica ha evolucionado. Esto se ha dado gracias a la gestión de las competencias del ser en tiempos de crisis.

A la hora de resolver un problema, la personalidad del ser humano se divide entre lo que un individuo muestra ante la sociedad con sus acciones, es decir, lo visible, y el conocimiento de su personalidad, es decir, lo invisible:

cuánto se conoce, qué piensa de sí misma, cómo se trata, cómo se ve, cómo identifica sus valores, y cómo se motiva para el cumplimiento de metas personales y profesionales. La gestión de las competencias del ser es lo invisible, y no se mide por el desempeño de las capacidades, de las habilidades y de la experiencia de una persona en el ámbito empresarial, sino más bien por los rasgos de su personalidad y en cómo sus fortalezas y debilidades influyen en el cumplimiento de objetivos y metas en una organización.



Tomado de <https://growlia.com/tecnicas-para-detectar-talento/>

¹ Profesional en psicología, inscrita al Colegio Colombiano de Psicólogos, Especialista en gerencia Integral. Más de seis años de experiencia en el gremio de la seguridad privada, encargada del estudio y análisis de las competencias del personal de seguridad para potencializar su rendimiento en situaciones de crisis en clínicas y hospitales.

Por esta razón, las empresas también pueden evolucionar al gestionar las competencias del ser para sus trabajadores. Según el psicólogo David McClelland, la

competencia en las organizaciones es lo que realmente causa un rendimiento superior o no en el trabajo, y tiene en cuenta diferentes aspectos: "identificación de la compañía,



autoconfianza, búsqueda de información, orientación al cliente, pensamiento conceptual, flexibilidad, liderazgo..." (Escobar Valencia, 2005). En este sentido, la relación entre el capital humano y el quehacer de un individuo se vuelve parte fundamental de una empresa porque influye en la adaptación a los cambios, que últimamente han surgido de manera interna y externa.

Aprender a gestionar las competencias del ser no sucede de manera inmediata. Se requiere la gestión integral del ser humano a través del entrenamiento, de la capacitación y del apoyo psicológico en el autoconocimiento de lo que se es como individuo para reconocer conscientemente cómo y por qué reacciona de determinado modo ante diferentes estímulos, para tener claros los puntos fuertes y débiles que lo caracterizan y para analizar cuáles influencias han afectado la forma en que percibe la vida y el mundo.

El propósito desde las organizaciones estaría enfocado, entonces, en afianzar los objetivos y las metas para el fortalecimiento de las competencias en el capital humano, para que la persona encuentre la forma de aportar valor a una empresa, lo que va a resultar en el crecimiento organizacional a largo plazo. Además, es necesario que el líder impulse y ayude a que sus trabajadores descubran para qué son buenos.

Desde *Expertos Seguridad* se desarrolló un **modelo de capacitación** estructurado sistemáticamente para los recursos humanos de manera interna y para los clientes. Esto con el fin de gestionar de manera integral a nuestros clientes internos y externos como seres humanos.

Se establecieron seis fases para desarrollar este modelo de capacitación, que son: 1) el diagnóstico, donde se identifican las necesi-

Desde Expertos Seguridad se desarrolló un modelo de capacitación estructurado sistemáticamente para los recursos humanos de manera interna y para los clientes.

dades de formación; 2) el plan, donde se proyectan las metas y las acciones de formación; 3) la ejecución, teniendo presente los puestos donde se va a realizar; 4) el seguimiento de resultados, con actividades de refuerzo y retroalimentación; 5) la medición, a través de indicadores para conocer el impacto de resultados; y 6) el mapa estratégico, donde se definen las acciones para la optimización de resultados.

Lo más complejo de este modelo de capacitación es la gestión de los resultados, es decir, las cuatro últimas fases. Son momentos para desarrollar estrategias y acciones que procuren un cambio positivo de manera individual y colectiva. Al integrar el desarrollo de competencias del ser de un trabajador en la parte productiva, es necesario realizar una evaluación y un acompañamiento permanente. Si bien necesita ese acompañamiento, este modelo de capacitación aporta positivamente a las empresas, y se debe integrar en los periodos de crisis especialmente.

En el análisis de los resultados es fundamental tener en cuenta la conducta, el comportamiento y las actitudes de los participantes, porque aquí se evidencia qué tanto conocimiento tiene de su personalidad, qué hace para su propio bienestar, qué hace para sentirse bien consigo mismo y cómo maneja las emociones. Un estudio realizado en marzo de 2020 por la Universidad Nacional de Córdoba en Argentina, y liderado por la investigadora Cecilia Johnson, asegura que los sentimientos más mencionados en los periodos de las cuarentenas son la incertidumbre, el miedo y la preocupación (Johnson & Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura, 2020).



(Freepik.com - Creative Commons)



Es básico crear estrategias sólidas para asegurar la salud mental de los trabajadores. Es por esto por lo que se presentan cinco competencias del ser en tiempos de crisis ante la contingencia actual, que pueden ser ejecutadas en todas las empresas.

1. Gestión de la incertidumbre: La incertidumbre es un estado de miedo y preocupación sobre el futuro y las consecuencias de la salud, la economía, la sociedad y la familia. Para resolverlo, se debe hacer un trabajo en o con la inteligencia emocional de cada individuo. En este trabajo se debe incluir una estructura motivacional para que el individuo tenga una conciencia general sobre la situación, una valoración y reconocimiento de las personas que están en el entorno más cercano, una identificación de los recursos que provee el medio ambiente y un análisis del sistema en diferentes aspectos que influyen en la calidad de vida.

Para gestionar la incertidumbre, es conveniente tener en cuenta estos

consejos: vivir el momento presente, buscar de manera activa los valores propios, entender que los pensamientos son solo pensamientos, pasar a la acción positiva y no quedarse solo con el pensamiento, y focalizarse en aquello que genera seguridad.

2. Gestión de la generosidad y la colaboración: Esta gestión podría definirse como un estado de pensamiento colectivo porque, cuando surgen problemas o emergencias sanitarias, se comprende que la única forma de salir adelante, especialmente ante una situación extraordinaria, es a través de la generosidad y la colaboración, del trabajo en equipo. "Hanson y Spross (2005) definen la colaboración como un proceso dinámico e interpersonal en el que dos o más individuos se comprometen a interactuar con autenticidad y constructivamente para resolver problemas, aprender los unos de los otros y lograr metas preestablecidas" (Pumar Méndez).

La situación actual ha tenido un impacto significativo en la capacidad de relacionarse. Sin embargo, se ha hecho visible que la crisis no discrimina entre edades, sexo, género, cantidad de bienes o estudios, si se es alto, bajo, moreno o blanco, entre otros, y lo que ha prevalecido ha sido la generosidad, la colaboración y el servicio para el bienestar de una comunidad.

3. Gestión de la comprensión por el otro y el autodominio: Es un estado de empatía, donde el ser humano

tiene la capacidad de observar, identificar y sentir las emociones del otro ante la situación actual a través de la comprensión y el entendimiento. Es necesario pensar en las prioridades del otro, tener paciencia, tener una escucha activa, mostrar interés por las emociones del otro, evitar ridiculizar al otro, y dar oportunidad para redimirse.

Aquí influye mucho el autodomínio, una cualidad que es innata e instintiva, pero que también puede ser aprendida o desarrollada de manera racional, pues consiste en pensar de manera analítica si lo que se va a decir o hacer construye o destruye al prójimo.

4. Gestión de la concentración y la adaptabilidad: Es un estado donde se acepta la nueva realidad a través de la inteligencia emocional, y se afrontan los nuevos objetivos planteados a corto, mediano y largo plazo. Es posible, por ejemplo, que un individuo deba adaptarse al teletrabajo, y se enfoque en la capacidad de gestión de la concentración ante la cantidad de estímulos que lo rodearán entonces, sean positivos o negativos.

Para una adecuada gestión de la concentración y la adaptabilidad es necesario tener paciencia y tener orden en todos los aspectos de la vida a través de la disciplina. Se deben establecer horarios estrictos para evitar combinar la vida laboral con la vida social y familiar.

5. Gestión del conocimiento y autoaprendizaje: Es un estado de adaptación relacionado con las nuevas tecnologías de la información: ya no hay un jefe o un docente que enseñe, sino que cada individuo desarrolla competencias digitales para agenciar en el menor tiempo posible las tareas asignadas y la investigación por medio del uso correcto de los dispositivos móviles, la búsqueda en

Para una adecuada gestión de la concentración y la adaptabilidad es necesario tener paciencia y tener orden en todos los aspectos de la vida a través de la disciplina.

navegadores, y el compartir archivos o documentos con el equipo de trabajo.

Finalmente, con la gestión de las competencias mencionadas y con el modelo de capacitación aquí planteado, se tienen bases medibles del desempeño de una persona en el ámbito empresarial con aspectos personales que no son visibles. Pueden así evaluarse habilidades como la perseverancia, la resiliencia, la empatía, la comunicación asertiva y efectiva, el pensamiento crítico y la solidaridad. Ello va a permitir la gestión del ser humano integral de manera individual y en una organización, y va a demostrar que el comportamiento, las actitudes, el desempeño, y las decisiones que una persona toma frente a los retos que se presentan, influye en su propia supervivencia y en la de la organización a la que pertenece.

Bibliografía

- Barrera B, M., & Calderari R, S. (s.f.). (2012) *Gestión por competencias: Una opción para hacer a las empresas más competitivas*. Universidad de la Sabana-
- Escobar Valencia, M. (2005). LAS COMPETENCIAS LABORALES: ¿La estrategia laboral para la competitividad de las organizaciones? *Scielo SCIELO ES LA BASE DE DATOS, NO LA REVISTA*. Obtenido de FALTA URL
- Johnson, C., Saleti L. Tumas N, & Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina.
- Pumar-Méndez M.J. Colaboración y liderazgo. Jornadas sobre rol avanzado de enfermería. 1ª ed. Pamplona: Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra; 2010:59-66.

Grupo Amarey, la excelencia y compromiso de un equipo humano que trabaja para preservar el milagro de la vida



El Grupo Amarey cuenta con un robusto Sistema de Gestión de la Calidad, que le permite integrar de modo óptimo sus procesos y servicios.

Un caso de éxito al servicio de la salud es el Grupo Amarey Nova Medical, un grupo empresarial 100% colombiano, con más de 35 años de trayectoria, que ha consolidado cada uno de sus procesos con calidad, eficacia, innovación y, sobre todo, inversión en el futuro.

Gracias a su gran trayectoria, hoy tiene el privilegio de representar, de manera exclusiva, a las marcas más importantes a nivel mundial, líderes en investigación y desarrollo de soluciones para el cuidado de los pacientes y sus familias. Cuenta con un modelo de excelencia en productos, perfección en el servicio y un estructurado programa de educación médica, que tiene como principal objetivo apoyar a las manos que salvan vidas.

La gestión

El Grupo Amarey cuenta con un equipo de más de 500 colaboradores ubicados en todo el territorio nacional, así como en Panamá y Costa Rica. Es gente apasionada que le pone el corazón a una única premisa: “Nuestro compromiso es el bienestar y la salud. Trabajamos para preservar el milagro de la vida”. Gracias a sus extraordinarios resultados, el grupo empresarial se ha consolidado como líder en el sector. Bajo sus tres pilares, Servicio, Educación y Reputación, que constituyen su razón de SER, ha integrado de la mejor manera los productos, procesos y servicios, siempre con el objetivo de generar valor.

El Grupo Amarey trabaja fuertemente en el cumplimiento de la normatividad colombiana a través de una cultura de ética empresarial, en la que se involucra a todos los públicos de la compañía con la adopción de buenas prácticas empresariales en materia de *compliance*, lavado de activos, financiación del terrorismo y anticorrupción.

Así mismo, cuenta con un robusto Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), que le permite integrar de modo óptimo sus procesos y servicios.

¹ Comunicaciones Grupo Amarey

Se trata de un modelo multiplicador que promueve la cultura de la calidad en la organización.

El grupo empresarial se ha destacado por apoyar a la población colombiana durante la pandemia por la COVID-19 a través de la gestión de inventario de hospitales, proyectos como las cabinas de intubación, y educación que salva vidas. Así apoya a los profesionales de la salud.

Actualmente, Amarey tiene grandes proyectos de expansión e internacionalización que permitirán apoyar nuevos mercados.

Los reconocimientos

Su apoyo incondicional a la educación y al desarrollo de la salud en Colombia ha llevado al Grupo Amarey a ser reconocido en múltiples oportunidades, no solo por las sociedades médicas y científicas y las instituciones de salud del país, en donde a través de su programa de educación continuada ha impactado positivamente a más de 6.500 profesionales de la salud, sino que ha logrado tres relevantes reconocimientos a lo largo de su historia.

El primero es el Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión 2014, otorgado por el Gobierno Nacional. El segundo es el Premio Iberoamericano de la Calidad categoría Plata - Excelencia en la Gestión 2019, otorgado por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ).

Y el más reciente le fue otorgado por Great Place To Work Colombia, que destaca al Grupo Amarey como "Un gran lugar para trabajar", evidenciando la importancia del liderazgo en tiempos de crisis, el mantenimiento de su seguridad y el cómo proporciona un buen ambiente laboral en momentos tan difíciles como los que vivimos actualmente a nivel mundial.



Amarey cuenta con la más moderna red de distribución de logística hospitalaria en el país.

Estos reconocimientos son el resultado del desarrollo de su pensamiento de excelencia empresarial, basado en aspectos como liderazgo, gestión de talento humano, conocimiento e innovación, gestión de clientes y mercados y responsabilidad social, entre otros, que ratifican la capacidad para entregar una oferta de valor claramente diferenciada y destacada en calidad. Esto demuestra que la inversión en el futuro y la sociedad es la clave de la proyección y el crecimiento.

Su acción social

De igual manera, Amarey tiene la fuerte convicción de que ser socialmente responsable significa considerar que hay un compromiso con la sociedad que supera cualquier negocio. Es por esto por lo que, en el año 2006, se establece la Fundación OCMAES como respuesta a las necesidades de educación del país y con el propósito de promover el desarrollo humano y profesional de jóvenes colombianos que tienen un alto potencial académico, pero se encuentran en circunstancias económicas y sociales difíciles.

Estas acciones de responsabilidad social son el reflejo del compromiso con la educación y la creación de proyectos de largo plazo como pieza clave para pensar en una sociedad equilibrada, con igualdad de oportunidades para todos. Es una contribución que se fundamenta en la certeza que la inversión en educación es un elemento fundamental para la transformación positiva del país.



El Grupo Amarey ha sido reconocido por Great Place To Work Colombia, como un gran lugar para trabajar en el país.

Innovación, la clave del liderazgo

El liderazgo a nivel nacional, y en cualquier sector de la economía, se debe, entre otras cosas, a la innovación y el desarrollo. Dentro de este marco, el grupo empresarial ha implementado diferentes estrategias que brindan soluciones integrales al sector salud para el cuidado intensivo adulto y neonatal, trasplante de órganos, cuidado avanzado de heridas, nutrición especializada y ortopedia, así como pruebas genéticas y genómicas para cáncer de seno y enfermedades huérfanas, equipos médicos de la más alta calidad, cirugía robótica y soporte técnico que facilita que el paciente reciba de manera oportuna los tratamientos adecuados con la más alta tecnología.

De igual manera, Amarey cuenta con la más moderna red de distribución de logística hospitalaria, modelo que es ejemplo en todo el país y que permite servicios de calidad, seguridad en los pacientes y disminución de costos al sistema de salud.

Trabajamos en innovación no solo con nuestros productos, sino con nuestros procesos, para hacer un mejor uso de los recursos. Nos entrenamos bajo la metodología Lean Six Sigma con el fin de fortalecer a nuestros equipos de trabajo por medio de una cultura de mejoramiento. Trabajamos en la personalización como parte fundamental del negocio a través de transformación digital, educación, BI y CRM, que nos permiten tener un conocimiento más detallado de cada cliente para ser más efectivos y brindar un mejor servicio.

Cifras y reconocimientos

- 1984: Año en el que nació la primera compañía del Grupo Amarey.
- 2006: Año de la creación de la Fundación OCMAES, ayudando a la educación del país.
- 2008: Amarey y Ucipharma se certifican en ISO 9001.
- 2011: Traemos el primer sistema daVinci a Colombia.
- 2014: Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión.
- 2019: Premio Iberoamericano de la Calidad categoría Plata - Excelencia en la Gestión
- 2021: Certificación "Un gran lugar para trabajar" por Great Place To Work Colombia
- 36 años de trayectoria
- 987 becas otorgadas a jóvenes a través de la fundación.

Contacto: servicioalcliente@grupoamarey.com

stryker

**Una profesión tan importante
necesita de equipos igual de
impresionantes.**

Neptune[®] 3

Sistema de gestión de residuos

- Gestiona fluidos en sitio quirúrgico.
- Optimiza el tiempo de rotación en el quirófano.
- Protege al personal del quirófano.
- Solamente requiere un cambio de colector.



INVIMA 2020DM-0021807

Primer año de Presupuestos Máximos: en deuda la transitoriedad de la metodología

- 18 de cada 100 pacientes del régimen contributivo que solicitan algún servicio de salud reciben alguna prescripción correspondiente a una tecnología NO PBS y, por el régimen subsidiado, tan solo 6 obtienen una prescripción NO PBS.

A un año de la implementación de los Presupuestos Máximos, el Observatorio Interinstitucional de Presupuestos Máximos dio a conocer resultados preliminares de la metodología. Se evidencia una diferencia significativa entre los medicamentos prescritos y el número de entregas, pues, de acuerdo con datos del Observatorio a corte del 26 febrero, el 74% de las prescripciones no cuenta con registro de fecha de la primera entrega del medicamento. Por otra parte, se encontró que, en un promedio general, los tiempos de entrega de EPS de ambos regímenes durante el 2020 aumentaron dos días, superando algunas veces los 40 días de demora.

Pacientes Colombia, organización que representa a más de 180 asociaciones de pacientes en el país, convocó a diferentes actores del sector salud al conversatorio “Presupuestos máximos: un año de la puesta en marcha”, espacio en el cual invitó a los panelistas a evaluar el impacto y la efectividad del mecanismo y en el cual se resaltó la necesidad de que este sea transitorio y se migre, posteriormente,

a un Plan Único de Beneficios, como lo establece la Ley Estatutaria 1751 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en sentencias como la C-313 de 2014 y la T-760 de 2008.

El evento contó con la participación de representantes y líderes de entidades gubernamentales y del sector público y privado, como la Viceministra de Protección Social, la ADRES, Pacientes Colombia, la Asociación de Clínicas y Hospitales – ACHC, AFIDRO, ACEMI, Gestarsalud, Cruz Verde, la Fundación Rasa y el Hospital Universitario Mayor Méderi.

En su intervención, María Andrea Godoy, Viceministra de Protección Social, manifestó que, aunque la implementación de la metodología coincidió con la pandemia, por lo cual se esperaba una afectación en el comportamiento de esta, el balance que da la cartera después del primer año es positivo, y resaltó que aún existen retos en relación con la observación y evaluación.

En cuanto a fuentes de financiación, aseguró que quedan cosas por mejorar, pero que se está en el camino

¹ Con información de Prensa de Pacientes Colombia.



de hacer incorporaciones en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de manera sostenible. Respecto a la transitoriedad de la medida, indicó que, igualmente, todavía falta camino por recorrer. Sin embargo, resaltó el uso de la herramienta MIPRES para lograr la trazabilidad de prescripción, suministro, auditoría y calidad de la información tanto para las tecnologías y servicios financiados en la UPC, como para aquellos que no lo son.


En el primer panel, denominado “Giro de recursos y acceso oportuno”, los representantes de ACEMI, ACHC y la ADRES coincidieron en que, aunque es una política pública que propicia una toma de decisiones con mayor precisión en el cálculo de los recursos, es necesario perfeccionarla, y que las fuentes de información siguen siendo insuficientes. También estuvieron de acuerdo en la importancia de avanzar hacia un Plan Único de Beneficios con financiación suficiente y que garantice los resultados en salud.

En el segundo panel, denominado “¿Para dónde van los Presupuestos Máximos?”, los participantes concluyeron que, independientemente de que este sea un mecanismo temporal, debe alcanzar indicadores de eficiencia y resultados en salud y debe haber una mejor coordinación entre los actores para que la intermediación no afecte el acceso. Los participantes advirtieron que la pandemia permitió visibilizar insuficiencias en la capacidad técnica y la infraestructura, si bien se destacan los avances en la

Los participantes advirtieron que la pandemia permitió visibilizar insuficiencias en la capacidad técnica y la infraestructura, si bien se destacan los avances en la entrega a domicilio y la telesalud

entrega a domicilio y la telesalud. Por último, alertaron sobre la unificación de los regímenes, que dependerá en gran medida de contar con los recursos suficientes; de lo contrario, será perjudicial.

Finalmente, Denis Silva, vocero de Pacientes Colombia, llamó la atención sobre la necesidad de dar por terminada la metodología de presupuestos máximos para así aplicar el mandato de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y las sentencias C-313 y T-760, que ordenan garantizar el derecho fundamental a la salud con un plan único de beneficios.

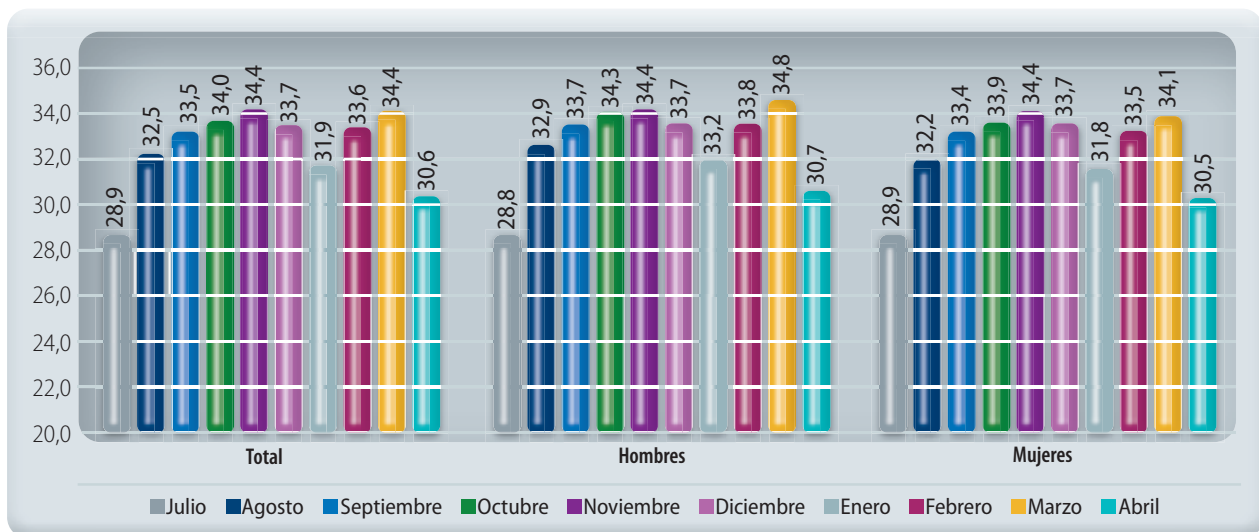
Silva también invitó al INVIMA a agilizar los trámites de registro de medicamentos, insumos y procedimientos para evitar desabastecimiento, enfatizando en que la metodología continúa generando una brecha de inequidad social reflejada, por ejemplo, en los tiempos de entrega a causa del vencimiento de las prescripciones del MIPRES. “La entrega de medicamentos debería ser más sencilla y tener menos trabas. Los ciudadanos no deberían tener estrato social para la salud. Todos deberíamos tener el mismo derecho y las mismas garantías.” 

La confianza del consumidor en Colombia, a la baja

El 57,1% de las personas jefes de hogar y sus cónyuges en las 23 ciudades y áreas metropolitanas de Colombia afirmaron en abril de 2021 que la situación económica de su hogar era peor en comparación con la vivida 12 meses atrás, y para el 29,4% era igual. Así lo revela la más reciente encuesta de confianza del consumidor realizada por el DANE.

Para los colombianos, el desacelere de la economía, el aumento del desempleo y la incertidumbre sobre la reactivación lleva a que el 47,1% prevea que la situación económica del hogar será igual dentro de 12 meses, mientras que el 25,1% considera que estará peor, pues el 62,0% confirmó que su situación económica actual es peor con respecto a la vivida en el mismo mes de 2020, y para el 20,3% era mucho peor.

Indicador de Confianza del Consumidor (ICC)
Resultados para el periodo entre julio de 2020 y abril de 2021



Fuente: DANE - Encuesta Pulso Social.

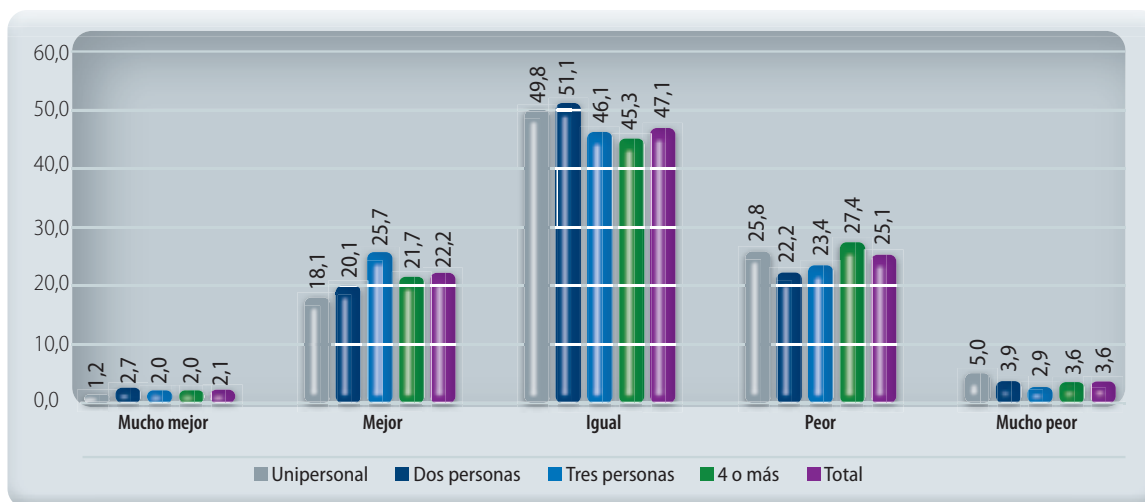
Entre los aspectos que más se han afectado con las dificultades económicas de los hogares colombianos está la compra de elementos como ropa, zapatos y hasta alimentos. Al respecto, el 78,4% de las cabezas de hogar entrevistadas sostuvieron que en abril de 2021 no tenía mayores

posibilidades de comprar estos bienes en comparación con la situación económica de hace un año, el 18,7% tenía las mismas posibilidades, y el 2,9% sí tenía mayores posibilidades de realizar estas compras. Así mismo, el 88,6% dijo que tenía menores posibilidades de que él o ella, o alguno

de los integrantes del hogar, realizara compras de muebles, televisor, lavadora, u otros aparatos electrónicos; el 11,0% confirmó que tenía iguales

posibilidades que un año atrás, y el 0,4% sostuvo que tenía mayores posibilidades de hacer este tipo de compras.

Percepción sobre cómo será la situación económica dentro de 12 meses comparada con la actual a abril de 2021



Fuente: DANE - EPS

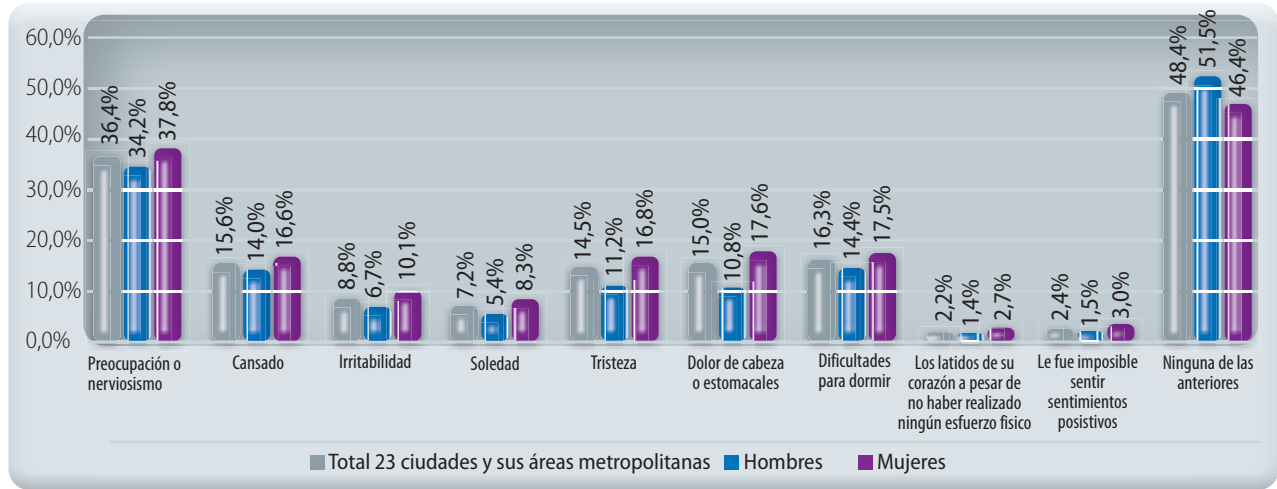
En cuanto a la posibilidad de gastar en bienes suntuosos o actividades de diversión, el 97,1% aseguró que no están planeando comprar un automóvil nuevo o usado en los próximos dos años; el 92,3% no está planeando comprar, construir o remodelar una vivienda en ese mismo rango de tiempo; y, respecto de la posibilidad de poder financiar vacaciones, solo el 6,4% de las personas que conforman la jefatura del hogar señaló que alguno de los miembros del hogar tendrán dinero disponible en los próximos 12 meses para salir de vacaciones.

Además, el 78,5% de las cabezas de hogar y sus cónyuges entrevistados manifestaron que no tenía posibilidades de ahorrar parte de sus ingresos, y el 15,5% señaló que no tenía ingresos en la actualidad.

Respecto a la percepción de seguridad en el país, el 34,0% de las personas declaró que se sentían inseguras al caminar solas de noche en su barrio, y el 29,7% confirmó que nunca salía sola de noche. De igual manera, el 45,3% dijo que se sentía seguro caminando solo de día en su barrio, mientras que el 41,5% se sentía inseguro.

La encuesta también indagó por el estado de ánimo de las personas, identificando que el 36,4% de las personas consultadas señaló que siente preocupación o nerviosismo, el 16,3% presenta dificultades para dormir, y el 15,6% ha sentido cansancio. Para sentirse mejor, el 56,9% habla con la familia o amigos, y el 36,1% se enfoca en una actividad pendiente por realizar.

Sentimientos experimentados por la crisis según sexo

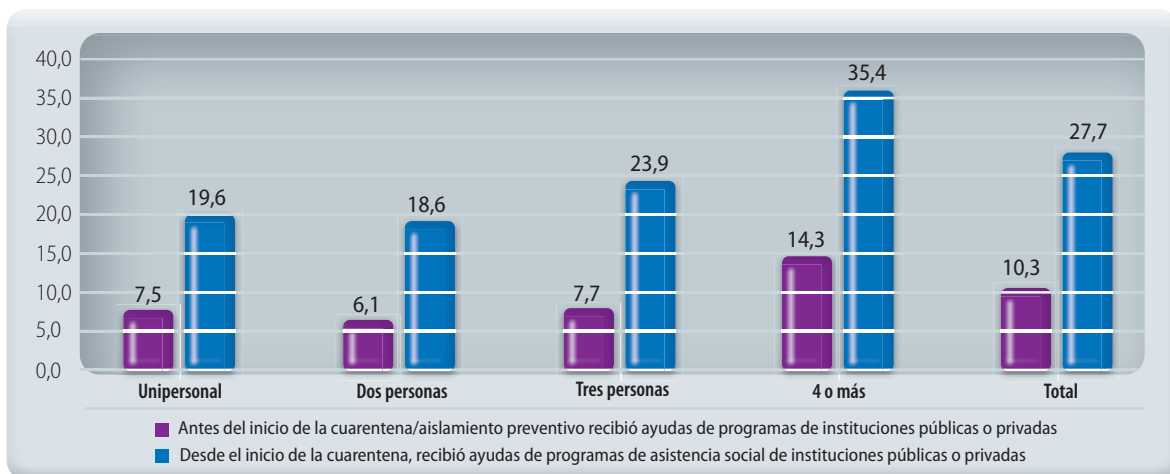


Fuente: DANE - EPS

De otro lado, el 89,8% de las cabezas de hogar y sus cónyuges, en las 23 ciudades y áreas metropolitanas que incluyó la encuesta, sostuvo que los niños del hogar continuaron de manera virtual las actividades educativas o de aprendizaje desde que cerraron las escuelas o colegios. El 77,0% dijo que, desde que cerraron las escuelas o colegios, los niños del hogar utilizaron aplicaciones móviles de aprendizaje, y el 68,4% dijo que sus niños hacían tareas asignadas por los profesores.

Sobre ser beneficiados con alguna ayuda estatal, el 27,7% de las personas encuestadas confirmó que su hogar recibía ayudas de asistencia social de instituciones públicas y privadas desde el inicio de la cuarentena o aislamiento preventivo, y el 10,3% las recibía antes del inicio de esa medida de prevención.

Porcentaje de personas que ha recibido ayudas estatales, según tamaño del hogar (julio 2020-abril 2021)



Fuente: DANE - EPS

Finalmente, la encuesta de confianza del consumidor indagó sobre la intención de aplicarse la vacuna contra el COVID-19 ante lo que el 75,3% de los encuestados estaban interesados y, del restante 24,7% que dijo no querer

aplicarse la vacuna, el 58,8% cree que la vacuna puede ser insegura debido a los potenciales efectos adversos, y el 21,8% no cree que la vacuna pueda ser lo suficientemente efectiva. [11]

¿Ya conoces las nuevas funciones de Ateneo?

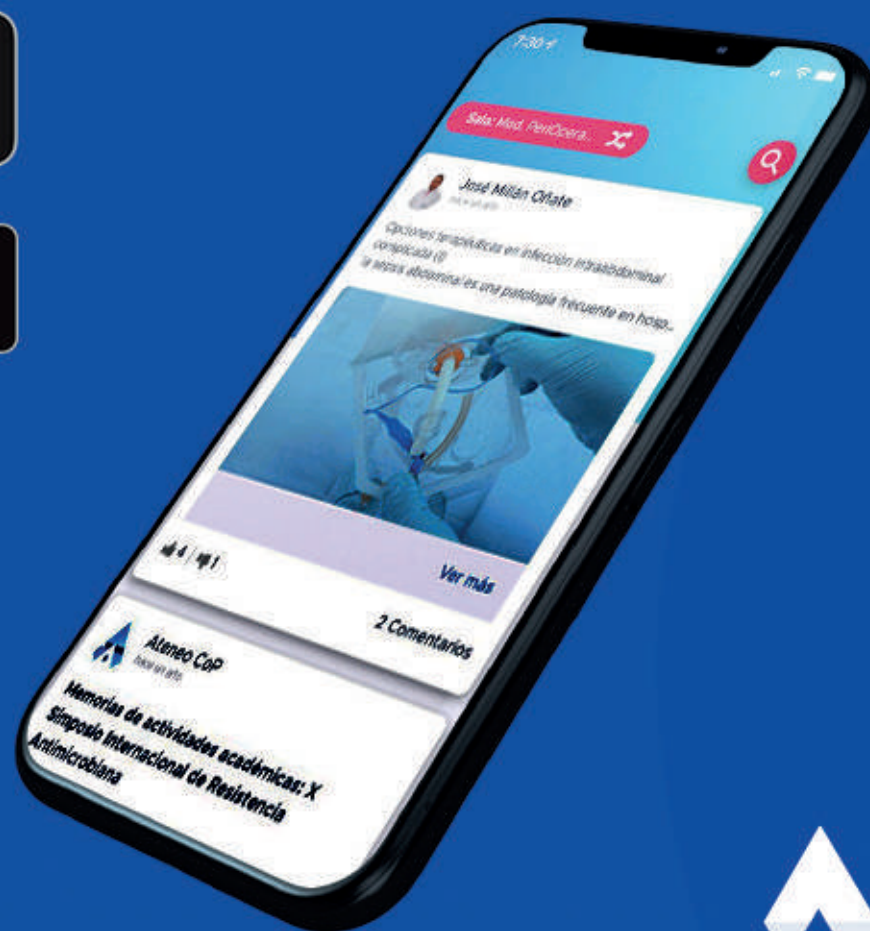
No te las pierdas, descarga ya **Ateneo Cop**, actualízate y comparte con tus colegas.



Consíguelo en el
App Store



DISPONIBLE EN
Google Play



Material exclusivo para el cuerpo médico.

D.R. © 2021 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc., Kenilworth, N.J., E.U.A.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total. MSD Calle 127A # 53 A - 45,
Complejo empresarial Colpatría, Torre 3 - piso 8, Bogotá, D.C., Colombia. **CO-CAR-00073**



GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución nro. 437 (5 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 3 de abril de 2021 por el fabricante PFIZER Inc y BioNTech.

Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 280.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 entregadas por el fabricante Pfizer Inc y BioNTech, en 240 empaques secundarios, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.

***Resolución nro. 475 (13 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 12 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc y BioNTech.

De esta manera, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 551.070 dosis de la

vacuna contra el COVID-19, entregadas en 471 empaques secundarios, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.

****Resolución nro. 462 (12 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 11 de abril de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co. Ltd.

Así, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 500.000 dosis de la vacuna CoronaVac, para aplicar la segunda dosis a las personas que recibieron la primera dosis producto de la distribución realizada mediante las Resoluciones 302 de 2021 y no la recibieron con la asignación realizada en la Resolución 413 de 2021.

***Resolución nro. 461 (9 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 9 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc y BioNTech.



Con la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 270.270 dosis de la vacuna contra la COVID-19 para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.

***** Circular Conjunta Externa (19 de abril de 2021)**

Medidas para disminuir el riesgo de nuevos contagios por COVID-19.

Ante la situación en el país por el incremento observado en el número de casos, así como el riesgo por un nuevo ascenso general de los casos por COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Interior emiten recomendaciones desde el lunes 19 de abril hasta el lunes 3 de mayo de 2021 con el fin de mantener y reforzar las medidas sanitarias para disminuir el riesgo en el contagio, atendiendo al porcentaje de ocupación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en las diferentes regiones.

***** Resolución nro. 507 (19 de abril de 2021)**

Por la cual se establecen los requisitos para la importación, adquisición y aplicación de vacunas contra el SARS-CoV-2 por personas jurídicas de derecho privado o personas jurídicas con participación pública que se rijan por el derecho privado.

La presente resolución establece los siguientes requisitos para la importación de vacunas contra la COVID-19 por personas de derecho privado: solicitar la modificación sanitaria de uso de emergencia ante el INVIMA, para ser incluidos como importadores, diferentes al titular de la autorización; garantizar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento establecido por el fabricante

para la conservación de las vacunas; dar cumplimiento a los numerales 12.2 y 12.5 del artículo 12 del Decreto 1787 de 2020, referente a la trazabilidad y disposición final de los biológicos; asumir los costos de los biológicos y su importación; dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1787 de 2020, con respecto a las etiquetas e insertos; asumir directamente las condiciones negociadas para la importación de las vacunas contra la COVID-19.

El régimen de responsabilidad especial, establecido en el artículo 5 de la Ley 2064 de 2020, no aplica para la importación de las vacunas por parte de personas jurídicas de derecho privado o de personas jurídicas con participación pública que se rijan por el derecho privado.

***** Resolución nro. 497 (19 de abril de 2021)**

Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud.

A través de la presente resolución, se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y de las entidades responsables de la operación. Así mismo, se desarrollan disposiciones del Sistema General de Gestión de Riesgos y sobre la operación territorial, como ejes fundamentales y transversales en el desarrollo de los estándares dispuestos, y se adopta el Manual de Criterios y Estándares para la autorización, habilitación y permanencia de estas entidades.

**** Resolución nro. 496 (19 de abril de 2021)**

Por la cual se define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud a apropiarse por las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) para la vigencia 2021.



Así, se fija en un 70% el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recudo de cotizaciones en salud a apropiarse por las EPS y demás EOC durante la vigencia 2021 para financiar las actividades relacionadas con la gestión de cobro de cotizaciones y el manejo de la información sobre el pago de aportes y los servicios financieros asociados al recaudo. Las demás EPS y EOC que se encuentran en proceso de liquidación, y por el periodo que se extienda, podrán apropiarse del 20% de los rendimientos financieros.

*****Resolución nro. 506 (19 de abril de 2021)**

Por la cual se adopta el Anexo Técnico “Campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud” y se establecen disposiciones para la generación de la facturación electrónica de venta en el sector salud.

De esta manera, se unifica en un solo cuerpo normativo las disposiciones previstas por la DIAN y las observaciones recibidas por los agentes del sector salud, quienes solicitaban ajustar especificaciones de las descripciones de los campos de datos aplicables a la programación del lenguaje UBL del Anexo Técnico. El Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución deberá ser adoptado por los facturadores electrónicos del sector salud a más tardar el 31 de julio de 2021.

Cuando se presenten inconsistencias en los campos de datos del sector salud adicionales en el formato XML, estas no serán causal de devolución, glosa o de no pago. La presente resolución rige a partir de su publicación, adiciona en lo pertinente la Resolución 42 de 2020 modificada por la Resolución 012 de 2021 expedidas por la DIAN y deroga la Resolución 084 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud.

*****Resolución 508 (19 de abril de 2021)**

Por la cual se modifica la Resolución 166 de 2021. Modifica el proceso de pago vacuna contra el SARS-CoV-2.

La presente resolución modifica el proceso que realizan las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción, el Fondo Nacional de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales distritales o municipales, estas últimas con respecto a la población no afiliada, ante el Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres para obtener el pago que les corresponda, teniendo en cuenta que se eliminó el pago por anticipo y se determinó que se realizará por vacuna aplicada.

Así, se adopta el Anexo Técnico 1 “Metodología para determinar los valores a reconocer - Definición del valor para el reconocimiento del agendamiento y aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) y la gestión de verificación, apoyo y validación que deba adelantarse por vacuna aplicada contra la COVID-19”.

A los prestadores se les reconocerán los costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna en función de las dosis aplicadas durante el mes, previa validación de las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales y distritales.

***** Decreto 404 de (16 de abril de 2021)**

Por el cual se modifica el artículo 24 del Decreto 109 de 2021 - Pago costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna SARS-CoV-2.

Con la presente resolución, se ajusta el mecanismo de reconocimiento y pago de los

costos asociados al agendamiento y a la aplicación de la vacuna para SARS-CoV-2 con el fin de garantizar el flujo de los recursos hacia los prestadores, eliminando el pago por anticipo y determinando que el pago se realizará por vacuna aplicada.

Por lo tanto, el pago al prestador se realizará en función de las dosis aplicadas durante el mes, previa validación de las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales y distritales. Las entidades responsables realizarán la validación de la facturación de los prestadores de servicios, para lo cual solo tendrán en cuenta la información registrada en el sistema de información PAIWEB (en las versiones disponibles). Para el efecto, deberá verificarse si la aplicación fue en la estrategia intramural, extramural o rural dispersa, de conformidad con los valores que para tal efecto determine el Ministerio de Salud. Así mismo, establecerá el procedimiento que se debe seguir para la validación, facturación y pago de los costos asociados al agendamiento y la aplicación de la vacuna.

****Decreto nro. 415 (19 de abril de 2021)**

Por el cual se crea una instancia de coordinación y asesoría para recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social la autorización de actividades de interés nacional en el marco la pandemia contra la COVID -19.

La instancia de coordinación y asesoría sesionará con mínimo seis (6) de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple. Estará integrada por: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la

presidirá; el Ministro del Interior o su delegado; el Ministerio de Relaciones Exteriores o su delegado; el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; el Ministro de Comercio, Industria y Turismo o su delegado; el Ministro de Transporte o su delegado; el Ministro de Cultura o su delegado; el Ministro del Deporte o su delegado; el Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República o su delegado. La secretaría técnica de la comisión será ejercida por el servidor o servidores que designe el Ministro de Salud.

****Resolución nro. 543 (25 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas de la empresa AstraZeneca contra la COVID-19 —entregadas al Estado colombiano el 25 de abril de 2021— por intermedio del mecanismo COVAX.

Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 912.000 dosis de la vacuna de la empresa farmacéutica AstraZeneca para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.

****Resolución nro. 517 (21 de abril de 2021)**

Por el cual se realiza la distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 21 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc y BioNTech.

La presente resolución tiene por objeto asignar a los departamentos y distritos del territorio nacional 549.900 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc y BioNTech para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.

****Resolución nro. 551 (27 de abril de 2021)**

Por la cual se habilita de manera permanente el cargue de los registros de información del talento humano, el personal de apoyo logístico y administrativo de los



prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS, y los estudiantes de pregrado y posgrados de programas técnicos y tecnológicos de ciencias de la salud en práctica clínica, en un prestador de servicios de salud, objeto del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

De esta manera, se habilita de manera permanente el cargue de los registros de información, conforme a lo establecido en el Anexo Técnico 2 que forma parte integral del presente acto administrativo. Si las entidades responsables de reportar la información aún tienen personal que, de acuerdo con su criterio, pertenecen a la etapa 1, podrán hacerlo, pero el registrado quedará cargado como etapa 2. Así mismo, podrán insertar, actualizar y eliminar los registros de acuerdo con las necesidades de información del personal señalado.

****Resolución nro. 524 (30 abril de 2021)**

Por la cual se modifican los numerales 4.1 y 4.2 del artículo 4 de la Resolución 144 de 2021, expedida por la ADRES.

A través de la presente resolución, se abre un nuevo periodo de presentación de la información de las solicitudes de reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS-CoV-2 (COVID-19) realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020 y entre el 17 de mayo y el 18 de junio de 2021, para lo cual la ADRES dispondrá la plataforma destinada para el efecto. Lo anterior, teniendo en cuenta la demora en el reporte de la información por parte de los prestadores a las EPS y EOC. Por lo tanto, las EPS o EOC a las que la ADRES, resultado de las validaciones aplicadas a la información presentada, solicite información adicional o ajustes a la misma, deberán presentarla en los períodos que para el efecto establezca esta entidad mediante circular.

***Resolución nro. 572 (1 de mayo de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra el COVID - 19 entregadas al Estado

colombiano el día 1 de mayo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 1.030.722 dosis de la vacuna CoronaVac del fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., para continuar con el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

***Resolución nro. 555 (27 de abril de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 27 de abril de 2021 por el Fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Con la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 969.278 dosis de la vacuna CoronaVac, del fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., para continuar con el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

****Circular 28 (29 de abril de 2021)**

Mediante la cual se emiten “Instrucciones para mitigar el riesgo de desabastecimiento de medicamentos y suministros que den continuidad a la prestación de los servicios de salud y a la atención de las personas y del talento humano, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19”.

Se establece que le corresponde a los Prestadores de Servicios de Salud adoptar las medidas que sean necesarias para dar cumplimiento a la suspensión de los procedimientos electivos no urgentes o no prioritarios de los diferentes servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico

y complementación terapéutica, que requieran el uso de oxígeno medicinal y medicamentos para sedación, analgesia y relajación neuromuscular, cuando la secretaría de salud departamental o distrital así lo determine, y de acuerdo con el comportamiento de la pandemia, e implementar estrategias para optimizar el uso de oxígeno medicinal, como la evaluación continua del requerimiento mínimo de oxígeno suplementario para mantener una oxigenación adecuada. Igualmente, le corresponde a los Prestadores de Servicios de Salud establecer medidas para optimizar el uso de medicamentos, como la adecuación en unidades de sedantes, anestésicos y cualquier otro medicamento que esté escaseando, con el fin de promover el uso eficiente de las unidades de dispensación, evitando desperdicios y canalizando la mayor cantidad de medicamentos para su uso en los servicios que se requiera, entre otras medidas.

*****Decreto 466 (08 de mayo de 2021)**

Por el cual se modifica el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por el Decreto 0404 de 2021 y se dictan otras disposiciones – Modifica el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

A través de la presente resolución, se modifica el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, en el sentido de incluir poblaciones y comorbilidades que tienen mayor riesgo frente al virus. La etapa 1 no tiene modificaciones, mientras que en la etapa 2 se adiciona personal de otras líneas de atención en salud, en etapa 3 se incluyen nuevas comorbilidades y población de 50 a 59 años, en la etapa 4 se incluye la población de 40 a 49 años y todos los grupos de socorro, y en la etapa 5, la población de 16 a 39 años sin comorbilidades.

*****Resolución nro. 587 (7 de mayo de 2021)**

Por medio de la cual se modifica los artículos 3, 5, 7 y el 9 de la Resolución 618 de 2020. Medios de prueba del Acuerdo de Punto Final contributivo.

Mediante la presente resolución, se adicionan medios de prueba a tener en cuenta para la acreditación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo a presentar en el proceso de saneamiento de servicios y tecnologías de salud, en consideración a la modificación del párrafo del artículo 5 y el numeral 10.8 del artículo 10 del Decreto 521 de 2020, se establece el incluir los medios de prueba bajo los cuales se verificará el cumplimiento de las condiciones establecidas en literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 que obedezcan a exclusiones de salud suministradas en el cumplimiento a fallos de tutelas, y se ajustan los medios de prueba relacionados con servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas/raras.

****Resolución nro. 586 (7 de mayo de 2021)**

Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

De esta manera, la presente resolución establece disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPS y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS en los componentes de medicamentos, alimentos y servicios complementarios de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

****Resolución nro. 584 (6 de mayo de 2021)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado



colombiano el 5 de mayo de 2021 por el fabricante PFIZER Inc y BioNTech.

Con la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 391.950 dosis de la vacuna SARS-COV-2 del laboratorio fabricante Pfizer Inc y BioNTech, en 355 empaques secundarios, para continuar con el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

****Resolución nro. 588 (7 de mayo de 2021)**

Por la cual se implementan modelos piloto para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 a personas que pertenecen a los regímenes de excepción y otras poblaciones especiales que hacen parte de la etapa 3 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404 y 466 de 2021.

A través de la presente resolución, se inicia la implementación de modelos piloto para la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 en la siguiente población: agentes educativos, madres y padres comunitarios vinculados a los servicios de primera infancia, identificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); docentes, directivos docentes, personal de apoyo logístico y administrativo de los establecimientos de educación inicial, preescolar, básica primaria, básica secundaria y educación media; personal activo, el que sea llamado para la reserva activa o el que está en proceso de formación, personal de apoyo logístico y administrativo de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares de Colombia; personal activo, el que sea llamado para la reserva activa o el que este en proceso de formación, personal de apoyo logístico y administrativo de las escuelas de formación de la Policía Nacional de Colombia; personal de la Fiscalía General de la Nación y personal de apoyo logístico y administrativo.

*****Circular nro. 29 (7 de mayo de 2021)**

Intensificación de las acciones de prevención, vigilancia y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en

Salud (IAAS) en el marco de la estrategia de vigilancia en salud pública de dichas infecciones.

Se define que las IPS deberán reforzar sus acciones para mitigar el riesgo de errores en el proceso de la atención en salud y, por ende, para prevenir y reducir las IAAS, en el marco de la seguridad del paciente. Conforme a ello, deberán fortalecer sus acciones teniendo en cuenta las medidas establecidas en la presente Circular.

*****Resolución nro. 594 (11 de mayo de 2021)**

Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y demás Entidades Obligadas a Compensar para la vigencia 2021.

Mediante la presente resolución, la ADRES liquidará y determinará el monto pendiente por reconocer de los meses restantes de la vigencia, considerando la asignación realizada mediante la Resolución 043 de 2021 y la liquidación realizada por la ADRES en razón a los traslados de afiliados presentados durante los primeros cuatro meses de la vigencia 2021.

****Resolución nro. 593 (11 de mayo de 2021)**

Por la cual se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) para la vigencia 2021.

La metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar para la vigencia 2021 se encuentra contenida en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución.

*****Decreto 465 (8 de mayo de 2021)**

Por el cual se establece una medida transitoria para garantizar la disponibilidad y suministro de oxígeno medicinal en el marco de la emergencia sanitaria causada por la pandemia de la COVID-19.

Los establecimientos fabricantes de oxígeno, ubicados en el territorio nacional, que cuenten con autorización vigente otorgada por el INVIMA para la producción de oxígeno medicinal, destinarán y priorizarán su capacidad de producción de oxígeno a la elaboración y suministro del medicamento, con el fin de cubrir la demanda que se presente en el país, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19. Los titulares y fabricantes deberán garantizar todas las condiciones de calidad y seguridad del oxígeno medicinal producido y responderán por las posibles afectaciones que se presenten en la salud individual o colectiva de la población como consecuencia de su uso.

******Resolución nro. 599 (21 de mayo de 2021)**

Por la cual se establecen tanto los responsables de la generación de la información, como los responsables del reporte de la información de la población perteneciente a las etapas 2, 3 y 4 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404 y 466 de 2021, y se dictan otras disposiciones.

Con la presente resolución, las entidades responsables de reportar la información de las poblaciones priorizadas que pertenecen a las etapas 2, 3 y 4 de que trata la presente resolución, deben hacer un primer cargue antes del 30 de junio de 2021 y posteriormente podrán actualizar la información reportada, durante los diez (10) primeros días hábiles de

cada mes, hasta finalizar la vacunación contra la COVID-19 a nivel nacional.

****Resolución nro. 601 (12 de mayo de 2021)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 12 de mayo de 2021 por el Fabricante Pfizer Inc y BioNTech.

Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 391.950 dosis de la vacuna contra el SARS-COV-2, en 335 empaques secundarios, para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.

****Resolución nro. 600 (12 de mayo de 2021)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID -19 entregadas al Estado colombiano el 9 de mayo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Con la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 682.488 dosis de la vacuna CoronaVac, entregadas por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.

*****Decreto 530 (21 de mayo de 2021)**

Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, en cuanto al giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC).

De esta manera, con ocasión de la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, se requiere anticipar recursos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC sobre cuentas radicadas por las EPS ante la ADRES, garantizando que dichos recursos lleguen directamente a los prestadores y proveedores para que estos atiendan sus obligaciones. Por lo tanto, es viable realizar



un giro previo sobre el valor de estas, mientras que la ADRES concluye el proceso de revisión y verificación.

Así, los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC prestados a 31 de diciembre de 2019, que con corte al 28 de febrero de 2021 hayan sido radicados por los diferentes mecanismos, no cuenten con resultado de auditoría integral a la fecha de aplicación de la medida adoptada por el presente artículo y que correspondan a EPS que actualmente operan el aseguramiento en salud, tendrán un giro previo equivalente al 60% del valor radicado, una vez se hayan deducido los giros previos realizados en 2020, que a 30 de abril de 2021 no se hayan legalizado contra los resultados de auditoría. Las EPS que hayan recibido giro previo en 2018 y 2019 podrán participar de la medida adoptada por el presente artículo una vez hayan legalizado en su totalidad el giro previo realizado en dichas vigenias.

Los recursos que resulten autorizados por este mecanismo serán girados directamente por la ADRES a los prestadores y proveedores que las entidades recobrantes determinen en los formatos establecidos para tal fin. Las EPS deberán programar para las IPS mínimo el 50% del monto autorizado.

*****Resolución nro. 738 (26 de mayo de 2021)**

Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020 y 222 de 2021.

Con esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social prorroga hasta el 31 de agosto de 2021 la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, la cual podrá finalizar antes de la fecha señalada cuando desaparezcan las causas que le dieron origen.

****Resolución nro. 723 (25 de mayo de 2021)**

Por la cual se realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado co-

lombiano el 23 de mayo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., y el 24 de mayo de 2021 por el mecanismo COVAX que corresponde a vacunas del fabricante Pfizer Inc y BioNTech.

De esta manera, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 1.000.000 de dosis de la vacuna CoronaVac del fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., y 546.390 dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 del laboratorio Pfizer Inc y BioNTech, en 467 empaques secundarios, para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.

****Resolución nro. 777 (2 de junio de 2021)**

Por medio de la cual se definen los criterios y condiciones para el desarrollo de las actividades económicas, sociales y del Estado, y se adopta el protocolo de bioseguridad para la ejecución de estas.

A la luz de lo dispuesto en el Decreto 580 de 2021, sobre la reactivación progresiva de las actividades económicas, sociales y del Estado, el Ministerio de Salud y Protección Social establece los criterios para esa apertura gradual con las condiciones que permitan el desarrollo de tales actividades. Se establecen normas de autocuidado y se actualiza el protocolo general de bioseguridad que debe ser adoptado en todo el territorio nacional.

El desarrollo de todas las actividades económicas, sociales y del Estado se realizarán por ciclos, de acuerdo con los siguientes criterios:

Ciclo 1. Inicia en el momento en que entra en vigor la presente resolución y se extiende hasta cuando el distrito o municipio alcanza una cobertura del 69% de la vacunación de la población priorizada en

la fase I (etapas 1, 2 y 3) del Plan Nacional de Vacunación.

En este ciclo se podrán realizar eventos de carácter público o privado, lo que incluye conciertos, eventos masivos deportivos, discotecas y lugares de baile, siempre que la ocupación de camas UCI del departamento al que pertenece el municipio sea inferior al 85%.

Ciclo 2. Inicia en el momento en que el distrito o municipio alcance una cobertura del 70% de la vacunación contra la COVID-19 de la población priorizada en la fase I (etapas 1, 2 y 3) del Plan Nacional de Vacunación.

Se podrán realizar eventos de carácter público o privado, lo que incluye conciertos, eventos masivos deportivos, discotecas y lugares de baile, siempre que se mantenga el distanciamiento físico de mínimo 1 metro y se respete un aforo máximo del 50% de la capacidad de la infraestructura en donde se realiza el evento.

Ciclo 3. Inicia cuando el municipio o distrito alcance un índice de resiliencia epidemiológica municipal de 0,75 y se extenderá hasta la vigencia de la presente resolución.

Se podrán realizar eventos de carácter público o privado, lo que incluye conciertos, eventos masivos deportivos, discotecas y lugares de baile, siempre que se mantenga el distanciamiento físico de mínimo 1 metro y se respete un aforo máximo del 75% de la capacidad de la infraestructura en donde se realiza el evento.

Así mismo, se adopta el protocolo de bioseguridad para el desarrollo de las activi-

dades económicas, sociales y del Estado, contenido en el Anexo Técnico que forma parte de la presente resolución.

***Decreto 601 (2 de junio de 2021)

Por el cual se desarrollan las competencias de vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación contra la COVID-19 y se reglamenta el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020.

Con el presente decreto, se determinan las **competencias de los diferentes actores del sistema frente a la vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación contra la COVID-19** y se reglamenta el funcionamiento del Consejo de Evaluación COVID-19 y su articulación con las demás entidades que ejercen la vigilancia sobre los eventos adversos posteriores a la vacunación contra la COVID-19. Se reglamenta el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020, que creó el Consejo de Evaluación COVID-19.

Se reproduce aquí un extracto de este Decreto 601 (negritas fuera de texto):

Evento adverso posterior a la vacunación. Es cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable, no intencionada, que ocurra posterior a la vacunación/inmunización **y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.** Se clasifican en eventos leves y graves. [...]

El evento **es leve cuando aparece por lo general a las 24 o 48 horas de la aplicación de la vacuna, no pone en riesgo la vida del vacunado,** se resuelve sin necesidad de tratamiento y no produce consecuencias a largo plazo o discapacidad. El evento **es grave cuando:**

- Causa la muerte de la persona vacunada.
- Ponga en peligro inminente la vida de la persona vacunada.

- Sea necesario hospitalizar al vacunado o prolongar su estancia.
- Causa discapacidad o incapacidad persistente o significativa.
- Hay sospecha de que produjo o generó una anomalía congénita o muerte fetal.
- Hay sospecha de que produjo un aborto.

Cuando los prestadores de servicios de salud consideren que existe un evento adverso leve posterior a la vacunación, **deben notificarlo al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, mediante el sistema VigiFlow.**

Cuando los prestadores de servicios de salud consideren que hay un **evento adverso grave posterior a la vacunación, deben notificarlo a la secretaría de salud departamental o distrital** o a la entidad que haga sus veces.

La entidad territorial departamental, distrital o municipal identificará estos casos en SIVIGILA y realizará la investigación de la calidad del servicio, de los aspectos del plan de vacunación, de la calidad de la vacuna y sus componentes y de la información clínica y epidemiológica. Cuando recolecte esta información, debe someter el caso para su clasificación final al **Comité de Expertos Territorial, quien debe realizar la clasificación final del caso.** Para el efecto, deben conformar un comité de expertos territorial *Ad Hoc* para la evaluación de los eventos adversos graves posteriores a la vacunación contra el COVID-19.

El Consejo de Evaluación COVID-19 funcionará al interior del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud como un órgano autónomo e independiente técnicamente de la administración del Instituto, pero con el apoyo de un grupo científico dedicado por este para el cumplimiento de su misión. También se crea dentro del Ministerio de Salud y Protección Social el **Comité de Expertos Nacional Ad Hoc.**

2. MINISTERIO DEL TRABAJO

***Decreto 376 (9 de abril de 2021)

Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1833 de 2016, a efectos de implementar medidas para realizar el pago de las cotizaciones al Sistema General de Pensiones por los periodos correspondientes a abril y mayo de 2020, de los que fueron exonerados los empleadores y trabajadores independientes a través del Decreto Legislativo 558 de 2020 y en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia C-258 de 2020 de la Honorable Corte Constitucional.

El Ministerio de Trabajo adopta e implementa los mecanismos necesarios para que, en un plazo no superior a 36 meses, contados a partir del 1 de junio de 2021, los empleadores del sector público y privado y los trabajadores dependientes e independientes aporten los montos faltantes de las cotizaciones al Sistema General de Pensiones correspondientes a los periodos de abril y mayo de 2020, cuyos pagos se hicieron parcialmente en virtud de lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto Legislativo 558 de 2020, declarado inexecutable por la Corte Constitucional.

A partir de la publicación del presente decreto, los empleadores estarán facultados para descontar del salario y/o la liquidación de prestaciones sociales de los trabajadores, el valor correspondiente al 25% de cotización en pensiones de la que trata este artículo. En todo caso, los empleadores no deberán solicitar autorización del trabajador para descontar el porcentaje a cargo del trabajador, y deberán informarle de tal descuento de su salario y/o liquidación de prestaciones sociales.

El pago total de los aportes faltantes a las cotizaciones de los meses de abril y mayo de 2020 podrá hacerse en diferentes meses, sin que en ningún caso se supere el plazo de 36 meses establecido en el presente artículo. En todo caso, no se aceptarán pagos parciales para ninguno de los dos periodos. El pago de los aportes faltantes a la cotización que no se haya efectuado antes del 1 de junio de 2024, generará un interés moratorio de que trata el artículo 23 de la Ley 100 de 1993, a partir de esa fecha.

Los empleadores del sector privado y los trabajadores dependientes e independientes que hicieron uso del pago parcial a la cotización, podrán deducir en el impuesto sobre la renta y complementarios del año gravable 2020 los salarios, prestaciones sociales, aportes a seguridad social y aportes parafiscales que hayan sido efectivamente pagados.

3. MINISTERIO DEL INTERIOR

***Decreto 580 (31 de mayo de 2021)

Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus de la COVID-19 y del mantenimiento del orden público. Se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura.

Previo el análisis de la situación sanitaria y del impacto económico derivado por la pandemia por COVID-19, el Gobierno nacional, mediante el presente decreto, regula la fase de Aislamiento Selectivo, Distanciamiento Individual Responsable y Reactivación Económica Segura que regirá en la República de Colombia en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus de la COVID-19.

Solo los alcaldes en los municipios y distritos con ocupación de Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) superior al 85%, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y con la debida autorización del Ministerio del Interior, podrán restringir algunas actividades, áreas, y zonas para el control y manejo de la pandemia ocasionada por el coronavirus de la COVID-19.

En ningún municipio del territorio nacional con ocupación de Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) superior al 85% se podrán habilitar los siguientes espacios o actividades presenciales:

- Eventos de carácter público o privado que impliquen aglomeración de personas, de conformidad con las disposiciones y protocolos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Discotecas y lugares de baile.

Los hoteles, los establecimientos de la industria gastronómica y parques no serán incluidos en los casos en que se implemente la medida de pico y cédula.

4. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

***Circular 01 (23 de marzo de 2021)

Reiteración Circular nro. 01 de 21 de enero de 2020 sobre inembargabilidad de los recursos del SGSSS y sus excepciones y responsabilidad fiscal por pago de intereses de mora o sanciones, emitida por la Contraloría General de la República.

La Contraloría rescata conceptos esenciales de la operación y el rol de los agentes del Sistema de Salud, recordando las obligaciones de las EPS de pagar por los servicios que prestan las IPS a sus afiliados, previniéndolas para que cumplan con los términos de pago establecidos en la Ley, a fin de evitar la causación de intereses; y reitera la condición de las IPS y la necesidad de que estas cuenten con los recursos necesarios para cumplir con sus obligaciones.



De la medida cautelar, precisa que:

[...] es procedente en razón de una deuda generada dentro de la prestación del servicio de salud, sea verificado previamente por la autoridad judicial la presentación por el solicitante de la constancia de radicación de la factura o cuenta ante la E.P.S., e igualmente determinar el estado de la misma, es decir, si fue negada o glosada teniendo en cuenta la causal y que haya surtido todo el procedimiento en los términos establecidos.

[...] respetuosamente se le solicita a los Jueces de la República compulsar copias de manera motivada a la Contraloría Delegada para Responsabilidad Fiscal, Intervención Judicial y Cobro Coactivo de la Contraloría General de la República, para que de ser procedente se inicie el proceso de responsabilidad fiscal contra la E.P.S., cuando observen que en los procesos a cargo donde se reconozca y pague deudas por concepto del servicio de salud, exista actuar negligente que ocasione el pago exagerado o injustificado de intereses, que en su momento pudieron reducirse o evitarse.

[También se precisa que como] las E.P.S. tienen la facultad para glosar o negar una cuenta o factura, lo cual las pone en una posición dominante frente a las I.P.S., debe observarse que no abusen de la mencionada facultad y estén evadiendo el pago de servicios de salud; de tal manera que al momento de evaluar si se libra mandamiento de pago así como también de decretar medidas cautelares, es correcto comprobar que las facturas o cuentas hayan sido tramitadas en tiempo, aplicando la respectiva verificación de auditoría médica y revisión por pares, dependiendo el caso [...]

[Y dispone que] es necesario que el operador jurídico valore en detalle los argumentos expuestos por las E. P. S. e I. P. S. y las evidencias presentadas por las partes que, busquen de manera inequívoca demostrar que los recursos no desembolsados por las primeras, han sido retenidos y no cumplieron con la oportunidad de giro necesario hacia los prestadores de los

servicios de salud, a fin de garantizar la continuidad de los servicios, que es en últimas lo que protege la Constitución y las Leyes.

5. LEGISLATIVO

***Ley 2088 de 2021 (12 de mayo de 2021)

Por la cual se regula el trabajo en casa y se dictan otras disposiciones.

La presente Ley tiene por objeto regular la habilitación de trabajo en casa como una forma de prestación del servicio en situaciones ocasionales, excepcionales o especiales, que se presenten en el marco de una relación laboral, legal y reglamentaria con el Estado o con el sector privado, sin que conlleve variación de las condiciones laborales establecidas o pactadas al inicio de la relación laboral.

Durante el tiempo que dure el trabajo en casa se mantendrán vigentes las normas previstas en el Código Sustantivo del Trabajo y en los reglamentos aplicables a los servidores públicos, relativos al horario y la jornada laboral. Estarán excluidos del cumplimiento de estas disposiciones y de la remuneración del trabajo suplementario los trabajadores de dirección, de confianza o de manejo, así como los niveles directivo y asesor, en el sector público.

La habilitación de trabajo en casa originada por circunstancias excepcionales, ocasionales o especiales se extenderá hasta por un término de tres meses prorrogables por un término igual por una única vez. Sin embargo, si persisten las circunstancias ocasionales, excepcionales o especiales que impidieron que el trabajador pudiera realizar sus funciones en su lugar de trabajo, se extenderá la habilitación de trabajo en casa hasta que desaparezcan dichas condiciones. ■

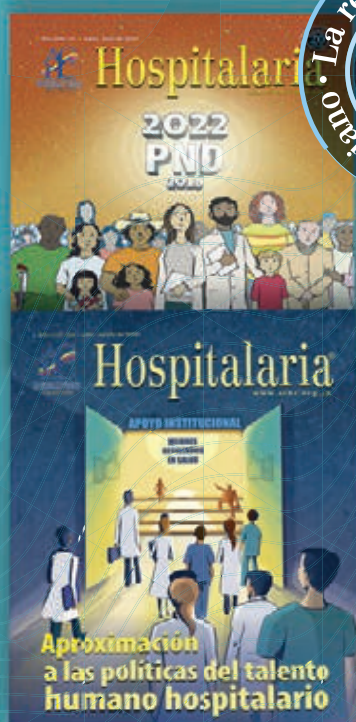


Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

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:

