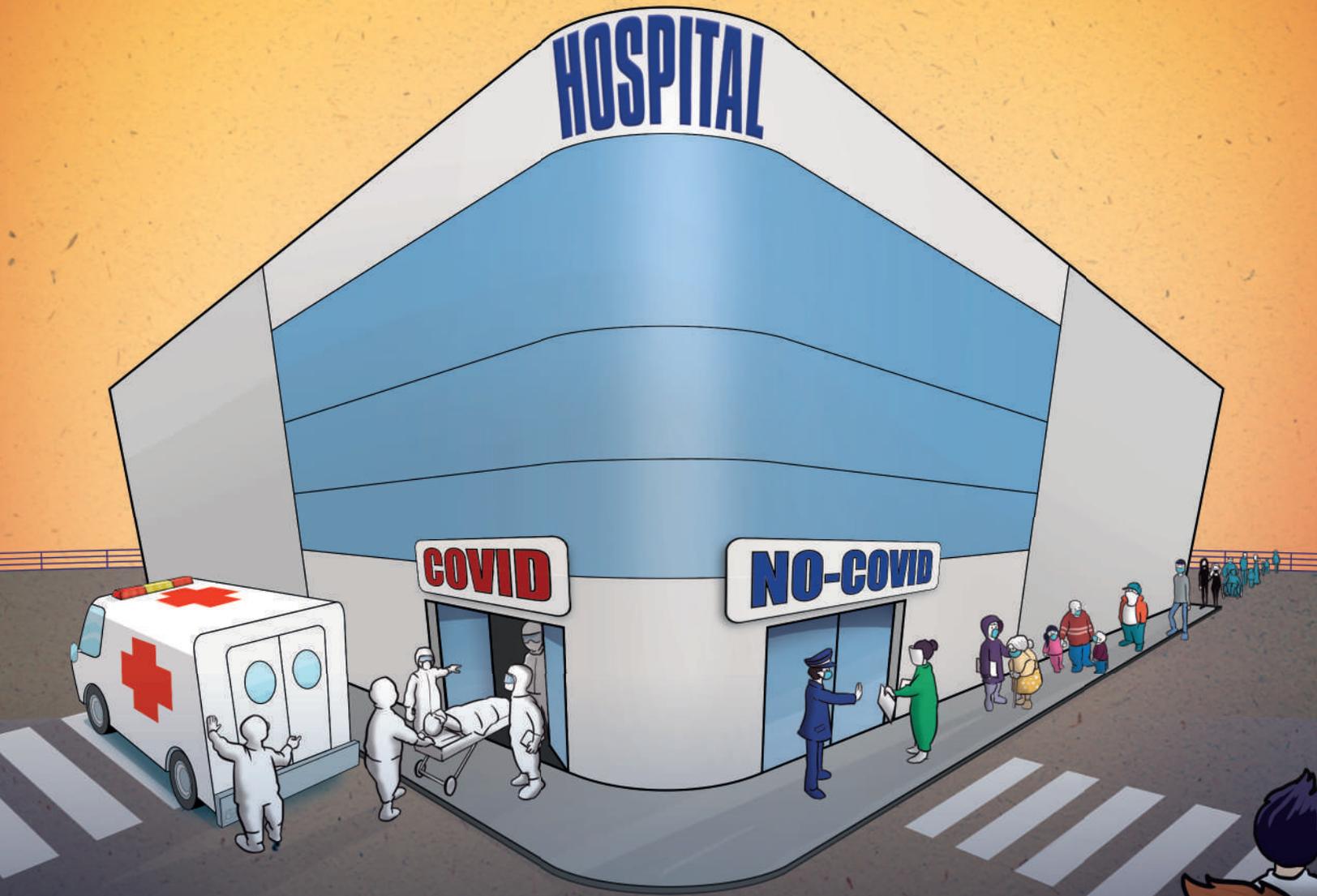




Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas  
ISSN 2745-0740

# Hospitalaria®

[www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)



**Complicaciones y represa  
de otras atenciones de salud:  
el daño colateral de la pandemia**



# Automatización de cuentas médicas

## Garantizamos:

**48 hrs**  
Radicación Digital

Radicación digital en las 48 horas siguientes al cierre del servicio de facturas y soportes.

**97%**  
Aceptación

Garantizamos el 97% de aceptación en primera radicación.

**24 hrs**  
Máximo

24 horas máximo para respuesta a glosas y devoluciones después de la recepción de las mismas.

## Automatizando los procesos de:



Pre-facturación



Auditoría  
administrativa  
y concurrente



Facturación



Generación  
de RIPS



Armado de  
cuentas médicas



Radicación  
digital



Mediante tecnologías de impacto como inteligencia artificial, big data, machine learning, OCR y RPA automatizamos los procesos para acortar los ciclos de conversión del flujo de caja.

Partimos de las plataformas existentes en la institución.



**AGENDA**

*un piloto sin costo*



## EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

## COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

## COMITÉ EDITORIAL

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

## JUNTA DIRECTIVA 2021 - 2023

### PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

### VICEPRESIDENTES

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

### MIEMBROS PRINCIPALES

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

### 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 ERASMO MEZ - 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 Nº 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

La salud en 2021: los avances y pendientes

## 4 De portada

Complicaciones y represa de otras atenciones de salud: el daño colateral de la pandemia

## 32 Investigación

46.º informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2021

## 64 Agenda gremial

- ACHC pidió a Minsalud revisar plan de saneamiento y recuperación de EPS Coomeva y garantizar equilibrio a las IPS
- Del 12 al 15 de julio de 2022 Feria Internacional de la Salud, Meditech

## 68 Notas de actualidad

- Clínica Montserrat: la historia de un modelo de atención en salud mental en Colombia
- Clínica Imbanaco, 45 años al servicio de la comunidad
- Hospitales y clínicas colombianos en *el ranking* de los mejores de Latinoamérica en 2021

## 74 Internacional

Los desafíos de los sistemas de protección social en América Latina y el Caribe

## 79 Nos preguntan

Principal reglamentación en materia de salud en el 2021

## 118 De nuestros Patrocinadores

SYAC: 30 años de trabajo, dedicación e innovación en tecnología para el sector salud

## 121 De los usuarios

Pacientes con cáncer advierten que siguen teniendo barreras de acceso a los servicios de salud

## 123 Cifras del país

Indicadores de salud 2021 para Colombia: OCDE

## 127 Glosario

# La salud en 2021: los avances y pendientes

**T**ermina 2021 y cada uno de los actores y poderes que interviene en el sector salud hace su balance. A continuación, algunos elementos que es válido mencionar en ese ejercicio.

El sector hospitalario fue gran protagonista de la atención en los peores momentos de la pandemia, y superó con éxito, aunque con gran dificultad, el segundo y especialmente el tercer pico de la pandemia. Salvó vidas, atenuó dolores, preservó a sus pacientes y a su talento humano y logró operar al máximo histórico de su capacidad, sin colapsar, sin cerrar puertas, sin dejar de atender; y todo esto en medio de las enormes tensiones sociales, de recursos y de tecnología e insumos que tuvo que afrontar. Lo anterior en épocas de picos fue notable, pero también lo es el proceso ordenado de reactivación de todos los servicios, hecho que le da forma a la manera de operar de aquí en adelante, que tendrá que ser bimodal: combinación de atención COVID-19 y No-COVID armónica, segura y completa.

Lograr esa actuación en picos y en valles ha sido posible gracias a la implementación de medidas, inicialmente, de emergencia, y ahora de operación corriente: expansiones internas y externas, reforzamiento de las plantas de personal, modalidades complementarias de atención, extensión de horarios y dedicaciones, guardia alta con los elementos de protección personal y medidas de cuidado de pacientes, acompañantes y visitantes, separaciones de áreas, triages reforzados.

También se destaca que algunos nuevos recursos y modalidades de actuación llegaron y se quedaron: ampliación de oferta e infraestructura, guías apropiadas y, especialmente, una total apertura para trabajar en red, para aceptar lineamientos y para disponer todo el aparataje institucional hacia el trabajo en equipo, que siempre se había anhelado. Un balance satisfactorio desde lo hospitalario y asistencial que no ha estado exento de pérdidas humanas y materiales, de dificultades, de situaciones que, en su oportunidad, se creyeron como crisis irreversibles.

Mención aparte se debe hacer del Plan Nacional de Vacunación, política que indudablemente puede considerarse exitosa gracias a la intervención decidida de un sector prestador que suplió el fallido proceso de agendamiento inicial y fue capaz de soportar la demanda abierta de la población en las diferentes fases adelantadas.

Termina el año y en enhorabuena por el reconocimiento del Gobierno Nacional al sector hospitalario mediante la Medalla al Mérito Sanitario Jorge Bejarano, en categoría Oro, que confirió a la ACHC. Merecido, oportuno y justo reconocimiento al esfuerzo, dedicación y abnegación con que los hospitales y clínicas de Colombia han respondido en esta emergencia.

El poder ejecutivo tiene su balance que es, en general, autoindulgente, con mucho espacio para la propaganda. Sin embargo, sí hay asuntos que destacar y el primero de ellos es el relacionado con el inicio del desmonte de la política de presupuestos máximos o techos. Este asunto, que fue catalogado por el gremio como una normalización de lo anormal, va orientándose a lo que se debió haber hecho desde hace mucho tiempo: empoderar a los ciudadanos a través de un plan de beneficios más robusto. Un paso adecuado que recoge nuestra petición para componer el desvarío del Plan de Desarrollo. Veremos la reglamentación y las pruebas del primer semestre 2022. Allí se sabrá el real alcance.

De recursos nuevos gestionados en pandemia, este año se extendió el pago por disponibilidad, se usaron las Canastas COVID-19 por 3 meses y se pagaron atenciones a población migrante, conceptos que sumaron más de \$3,3 billones de pesos y que llegaron, en su mayoría, a la red de prestadores, aunque siempre hay porcentajes importantes que se destinan a integraciones verticales y a instituciones vinculadas a las EPS, hecho que le resta a la trazabilidad e impacto de esos dineros. Sin embargo, se reconoce el esfuerzo del Gobierno central por atender las peticiones y propuestas del sector prestador. En Plan Nacional de Vacunación, lentamente se ha ido solucionando el retraso en los pagos. También se debe mencionar el apoyo a la red pública con dotaciones y recursos para proyectos de infraestructura.

Los asuntos que no cursan bien están encabezados por el Acuerdo de Punto Final, piedra angular de la política sanitaria de la actual administración. El balance de ejecución es de un casi 70% en régimen subsidiado y, según la Contraloría General de la República, un insuficiente 15% en régimen contributivo. Tal y como indicamos desde el principio del Gobierno, este diseño que pasa por un saneamiento a las EPS no iba a garantizar que se pudiera obtener alivio real en el lado de los más afectados por la deuda, que son las IPS.

A hoy, en régimen contributivo, las enormes cifras que muestra el Gobierno corresponden a legalizaciones de pagos efectuados previamente o aclaraciones de cuentas, es decir, dineros que se movilaron en vigencias pasadas y, por lo tanto, no fueron recursos frescos, como soñaba todo el país. Muchas de las cuentas que históricamente reclamaron

esos otros agentes o no aparecieron, o se llevaron al litigio judicial, o eran de cuantías mínimas respecto a lo histórica y públicamente denunciado.

Gran frustración va quedando del Acuerdo de Punto Final (APF) Contributivo, hecho que amerita una mirada muy profunda por las entidades que hacen vigilancia y control, no tanto al papel del Gobierno, que tuvo la apertura y dispuso los mecanismos de saneamiento, sino para los que basaron su “disfunción histórica” en unas quejas que, al tratar de ser suplidas, no se pudieron soportar adecuadamente. De esta frustración quedan entonces planes alternativos a implementar por el Gobierno y, en ese orden, se destaca la política de “descalce” o liberación de las reservas técnicas. Nunca hubo un momento más oportuno ni una indicación más exacta para dar ese paso. El gran pendiente del APF puede ser suplido por este movimiento, destinándolo al pago de carteras antiguas con el sector prestador.

Siguiendo con los pendientes, el sector hospitalario espera del Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, una señal tajante respecto del circuito de financiación, que inicia con el incremento de Unidad de Pago por Capacitación (UPC), sigue con el paso a los contratos y o tarifas de prestación de servicios, y pasa hasta la remuneración del talento humano en salud. Ya se dio el mensaje de un incremento de salario mínimo de 10,07%. El sector prestador, que es el gran empleador del sistema de salud, espera entonces que la UPC tenga el espacio suficiente para contemplar ese incremento y que el Gobierno imparta la instrucción de ese traslado obligatorio hacia la prestación de servicios de salud.

En momentos de reinicio de actividades, de reapertura de servicios represados y luego de los esfuerzos heroicos ya reseñados, lo mínimo que espera el sector es que haya paz en las relaciones entre agentes y no se deje al azar de la extracción de rentas el momento que viene. Ojo ministerios de Salud y de Hacienda: esta decisión es fundamental. Hoy, más que nunca, es necesario un pacto social y de estabilidad económica al interior del sector salud.

Hay otros pendientes reglamentarios del ejecutivo: el Plan Decenal de Salud Pública, el nuevo Decreto 4747 y la política hospitalaria, entre otros, muchos de ellos solicitados desde este gremio y que se antojan tardíos para ser expedidos de afán y en el último semestre de Gobierno. Sin embargo, se avanzará en las discusiones y se aportarán elementos para enriquecer lo hasta ahora conocido en esos textos.

Y no sobra repetirlo en este espacio: el asunto de la cartera sigue vivo y creciendo. Así algunos funcionarios y autoridades no quieran ver las cifras completas, es evidente que este problema de flujo de recursos tiene que ser abordado con soluciones de raíz, es decir, desde la titularidad del recurso, la tenencia de este y los usos legítimos que se le pueden dar. Funcionarios que creen que la cartera se está arreglando, desconocen o no entienden la magnitud macroeconómica de un asunto que se ha visto crecer y que se ha mostrado refractario a las intervenciones de choque o de emergencia que ha tenido.

Respecto al poder legislativo, tantas veces reconocido positivamente desde estas páginas, se debe decir que ha sido intensamente afectado por la pandemia y las usanzas que esta impuso. Quedó pendiente la indispensable reforma estructural al sistema de salud, las nuevas leyes para modular las inversiones y garantizar la soberanía sanitaria y también las leyes que avanzaban la lucha contra la integración vertical y la creación del fondo de salvamento para las IPS, dañadas por las liquidaciones de tantas EPS. Balance modesto del legislativo. Mucha falta hace la sesión plena, presencial, el control político, intenso y responsable, las audiencias y foros. Todo esto se ha visto menguado. Ojalá pronto se restablezca la actuación del Congreso de la República. Mucha falta hace para el equilibrio del sistema.

Y en cuanto a la vigilancia y control, se siguen observando las consecuencias del mal envejecimiento de los problemas sectoriales, frase certera acuñada por el presidente Duque. Hoy, cuando la autoridad de IVC interviene, muy a su pesar y del nuestro, se irrigan consecuencias a toda la cadena, pues, a pesar de ser el tratamiento adecuado, por ser prescrito tardíamente no deja de tener daños colaterales que, infortunadamente, son inevitables. Las liquidaciones, las intervenciones no dudamos son necesarias, pero que diferente sería el panorama actual si esto se hubiera hecho en los primeros signos de daño. Esa lección tiene vigencia, y los signos que hoy se ven son muchos (prácticas indebidas, carteras vencidas, no cumplimiento de indicadores permanencia, etc.). También se echa de menos la existencia de más herramientas de mitigación, como un fondo de salvamento pero dotado de recursos, una ley de quiebras o un respaldo real y exigible a los propietarios de las entidades que incumplen y dañan al sector. Todo estos son mensajes para repensar la estructura sectorial. La invitación a esta autoridad es a la discusión serena y con doble aceptación, esto es, reconocimiento de avances y también reconocimiento de problemas, y con doble óptica: la oficial formal y la institucional real. De esa matriz tiene que salir una mejor forma de operar.

En fin, retomando las frases iniciales, los balances en este sector siempre serán provisionales, y en época de pandemia todavía más efímeros. Pero es necesario hacerlos para no perder de vista el camino, lo avanzado y lo que aún falta. 

# Complicaciones y represa de otras atenciones de salud: el daño colateral de la pandemia



Colombia, al igual que los demás países del mundo en la guerra contra el COVID-19, enfiló todas las baterías de su sistema de salud para enfrentar la pandemia. Automáticamente, esto desató un gran daño colateral con la disminución de recursos y personal para atender las demás enfermedades, cierre de servicios no urgentes, represa de atenciones y diagnósticos, interrupción de tratamientos y controles, desabastecimiento de medicamentos esenciales y empeoramiento de cuadros clínicos de pacientes por las descompensaciones sufridas. Una vez empezaron a levantarse las restricciones, los pacientes retomaron sus consultas, exámenes, cirugías y urgencias por estas enfermedades, disparando la demanda de servicios en los últimos meses de manera dramática.

A la par que el SARS-CoV-2 colonizaba espacios en Colombia y llegaba a casi todos los rincones del país, las demás enfermedades propias del perfil epidemiológi-

co nacional siguieron su curso, agudizando y agravando su impacto en la población confinada, impactando la morbilidad y mortalidad de estas patologías en el país.

Según evidencian diversos estudios sobre las pandemias que ha sufrido la humanidad, su atención siempre ha aparejado un daño colateral: A lo largo de la historia, las pandemias han tenido un gran impacto para la humanidad. Las medidas utilizadas para combatirlas causan daño colateral. En la pandemia por COVID-19, las acciones generadas para disminuir la exposición, el número de contagios y la tasa de letalidad conllevan un enfoque en la reducción de la mortalidad, sin embargo, el colapso del sistema de salud puede provocar un número aún mayor de muertos. A su vez, tanto el personal médico como los pacientes se ven afectados por la desaceleración económica y el 'efecto de la negatividad'. (Abdo-Francis *et al.*, 2020)

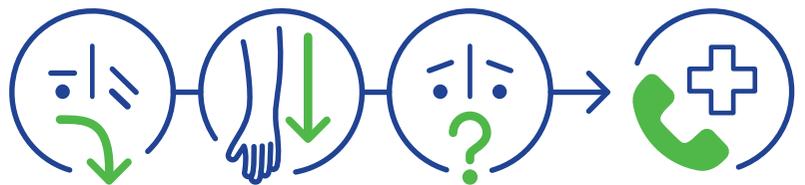
Para procurar la continuidad en la atención en salud a los colombianos, desde el Gobierno nacional, los agentes del sistema de salud y la academia se promovieron estrategias de atención como la teleasistencia o telemedicina, la consulta telefónica, la visita domiciliaria y la entrega de medicamentos a domicilio. También se reforzaron las campañas de autocuidado para las enfermedades más comunes entre los colombianos y las campañas de hábitos de vida saludable.

# Unos minutos pueden salvar la vida



Conoce los síntomas de un ACV

Gana un #TiempoPrecioso



Rostro caído

Debilidad en el brazo

Dificultad para hablar

Es momento de llamar

ACV: Ataque Cerebrovascular

  
World Stroke  
Organization

  
Actúa  
Con  
Velocidad  
[www.actuaconvelocidad.com](http://www.actuaconvelocidad.com)

Sin embargo, pasado el primer año de la pandemia, la no prestación de servicios de salud a pacientes con enfermedades diferentes al COVID-19 empezó a pasar factura a los pacientes, al sistema de salud y al país mismo con las complicaciones y agravamiento de dichas enfermedades, además de las afectaciones que ello produjo en la salud mental de los pacientes y del personal de salud encargado de su atención.

Y si bien están pendientes de realizarse, consolidarse o publicarse estudios sobre el impacto de la suspensión o aplazamiento de las atenciones a las enfermedades No-COVID por causa de la pandemia en la carga de enfermedad en Colombia, ya se conocen algunos indicios.

Por ejemplo: la letalidad del SARS-CoV-2 en Colombia y el hecho mismo de ser un virus pandémico desconocido, del cual se ignoraba la historia natural de la enfermedad, y el partir desde cero para su investigación, tratamiento y control, provocó el aumento de la mortalidad en el país, al punto de ser la primera causa de mortalidad en 2020 y 2021, desplazando de ese sitio ocupado por décadas a las enfermedades del sistema circulatorio, especialmente las isquémicas del corazón.

Además, desde un principio se preveía que las personas con enfermedades de base podrían ser más susceptibles al contagio y la muerte por el nuevo virus que amenazaba a toda la población mundial. De ahí que, inicialmente, las personas con comorbilidades se identificaron como más vulnerables y, por lo tanto, sujetos de mayores restricciones; y como las comorbilidades afectan en su mayoría a las personas de más edad, se configuró ese grupo como el principal dentro del confinamiento preventivo obligatorio, siendo los últimos en poder retomar su libre movilidad y desplazamiento fuera de casa.

Esto incidió en la renuencia de pacientes mayores y con comorbilidades a asistir a consultas y/procedimientos clasificados como no urgentes, y se prevé que una cifra importante de ellos se agravó o murieron en casa por causa de esas enfermedades no atendidas durante la pandemia.

La repesa de atenciones de salud No-COVID no es un fenómeno exclusivo de Colombia. Es una realidad consecuencia de la pandemia en todo el orbe. Por ejemplo: en el estudio “Admisión de pacientes con STEMI desde el brote de la pandemia COVID-19: una encuesta de la Sociedad Europea de Cardiología”, encuesta realizada en junio de 2020 en cerca de cien países, se reveló que el 78,8% de hospitales detectaron una reducción del número de pacientes con infarto del miocardio en esos últimos meses. Al parecer, muchos de ellos fallecieron en sus casas y no aparecen registrados.

El estudio también encontró que el 60% de los pacientes con infartos llegaron a los hospitales más tarde de lo habitual. Más de la mitad de los encuestados afirmaron que eso provocó una reducción de las posibilidades de tratar efectivamente a los enfermos.

Asimismo, en nuestro país, según encuesta del Colegio Colombiano de Hemodinamia, durante el confinamiento los hospitales del país recibieron la mitad de pacientes con infartos de los que atendían antes de la pandemia, no porque estos disminuyeran, sino porque los pacientes no iban a urgencias por miedo a contraer COVID-19 y probablemente también murieron en casa por infarto.

En España, los resultados de la tercera fase del “Estudio del Impacto de la COVID-19 en las personas con enfermedad crónica” (2021) de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, evidenció que el 42,8% de los pacientes crónicos manifestaron experimentar un empeoramiento de su salud o la aparición de síntomas nuevos desde el inicio de la pandemia. El 57,1% de los encuestados están muy insatisfechos con la atención sanitaria recibida durante 2021. Los resultados de las dos primeras fases del estudio ya habían mostrado la complicada situación

que atravesaron los pacientes por causa de los retrasos y cancelaciones de consultas y terapias.

Los pacientes crónicos se sintieron olvidados durante el confinamiento y la mitad de los consultados consideran que su estado de salud es peor que antes de la pandemia. También estiman que empeoró su calidad de vida por la incertidumbre, los problemas con la asistencia médica y la obtención de medicamentos que disminuyó la adherencia terapéutica, y el retraso en los diagnósticos que complica la evolución de la enfermedad. Por todo esto, los pacientes crónicos reclamaron el retorno a la presencialidad y la asistencia de profesionales.

En Colombia, el sistema de salud presentó fallas que perjudicaron a los pacientes con enfermedades crónicas. Y si bien la tecnología ayudó a mejorar el acceso a la consulta, hay que reconocer que no se está haciendo un verdadero seguimiento a la salud de los enfermos crónicos ni los controles respectivos, por

lo que es muy probable que la carga de la enfermedad en el país se haya acumulado a lo largo del tiempo de pandemia.

El caso es que todavía siguen existiendo trabas a las atenciones de enfermedades No-COVID y la situación de estos pacientes sigue siendo crítica. Actualmente, en servicios de urgencias se aprecia, por ejemplo, el aumento de casos de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, apendicitis o peritonitis complicadas. También pacientes que desarrollaron tumores malignos y ahora están más complicados por un diagnóstico tardío.

La solución a la repesa de atenciones No-COVID durante la pandemia es de largo plazo, porque retrasar la atención médica por miedo al contagio tiene un impacto negativo sobre el sistema hospitalario. Por acceder a atención médica tardía, los pacientes suelen necesitar más días hospitalizados antes de las cirugías para estabilizarlos y también más tiempo en el posoperatorio, porque su salud ha estado más comprometida. Así, aumentan los tiempos de hospitalización pre y postoperatoria, lo mismo que las estancias hospitalarias.

## Pandemia afectó prestación de servicios para Enfermedades No Transmisibles

La irrupción de la pandemia por COVID-19 impactó gravemente a nivel mundial la prestación de servicios de prevención y tratamiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), concluyó encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en 155 países en mayo de 2020.

La principal constatación verificó que los servicios de salud fueron interrumpidos total o parcialmente: más de la mitad (53%) de los países encuestados interrumpieron parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49%, los servicios de tratamiento de la diabetes y complicaciones conexas; el 42%, los servicios de tratamiento del cáncer, y el 31%, los de emergencias cardiovasculares (OMS, 2020).

Los servicios de rehabilitación fueron interrumpidos en casi dos tercios (63%) de los países, pese a ser claves para una recuperación saludable en pacientes gravemente enfermos de COVID-19.

El director de la OMS, Tedros Ghebreyesus, advirtió en ese entonces: "Muchas personas que necesitan tratamiento contra enfermedades como el cáncer, cardiovasculares y diabetes no han recibido los servicios sanitarios y los medicamentos que necesitan desde que comenzó la pandemia. Es fundamental que los países encuentren formas innovadoras de garantizar que los servicios esenciales contra las ENT continúen, incluso mientras luchan contra la COVID-19".

El aplazamiento de programas públicos de detección (por ejemplo, de cáncer de mama y cuello uterino)

también fue generalizado en más del 50% de los países. Esto fue acorde a las recomendaciones iniciales de la OMS de reducir al mínimo la atención no urgente en centros de salud, mientras se luchaba contra la pandemia.

En el 94% de los países encuestados, el personal de ministerios de salud que trabajaba en ENT fue parcial o totalmente reasignado para apoyar la respuesta a la COVID-19. Sin embargo, las razones más comunes para interrumpir o reducir servicios fueron la cancelación de tratamientos planificados, la disminución del transporte público disponible y la falta de personal, debido a que éste fue reasignado para apoyar los servicios de respuesta a la COVID-19. En uno de cada cinco países (20%) que notificaron interrupciones de los servicios, una de las principales razones de dichas interrupciones fue la escasez de medicamentos, pruebas diagnósticas y otras tecnologías.

Y entre las conclusiones alentadoras de la encuesta se observó que en la mayoría de los países se establecieron estrategias alternativas para posibilitar que las personas más vulnerables siguieran recibiendo tratamiento contra ENT. Entre países de todo el mundo que notificaron interrupciones de estos servicios, el 58% utilizaron la telemedicina (asesoramiento por teléfono o por medios electrónicos) para sustituir las consultas presenciales. En países de ingresos bajos dicho porcentaje es solo del 42%. También se recurrió ampliamente al *triage* para determinar las prioridades en dos tercios de los países que informaron al respecto. Y se conoció que más del 70% de los países reunieron datos sobre el número de pacientes de COVID-19 que también tenían una ENT.

## COVID-19 desplazó a enfermedades cardiovasculares como primera causa de mortalidad en 2020 y 2021

La irrupción de la pandemia por COVID-19 en 2020 y su evolución en Colombia ese año y en 2021, convirtieron al SARS-CoV-2 en la primera causa de mortalidad en el país en ambos años, desplazando de ese primer lugar a las enfermedades del sistema circulatorio (isquémicas del corazón y cerebrovasculares), el cual ocuparon en las últimas décadas desde los años 90.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2015 hubo 56,4 millones de muertes, de las cuales 15 millones fueron causadas por enfermedades isquémicas del corazón y accidentes cerebrovasculares.

Ya en 2020, la principal causa de muerte en Colombia fue el coronavirus: del total de 296.800 fallecimientos en el país, 50.071 defunciones corresponden a víctimas de COVID-19, es decir el 16,9% del total, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La cifra total de muertes de 2020 aumentó en 24,6% respecto de 2019, cuando fallecieron 238.192 personas. “Sabe-

mos que casi la totalidad de ese incremento está asociado a la pandemia por la enfermedad de COVID-19”, afirmó Juan Daniel Oviedo, director del DANE.

La tasa de mortalidad por coronavirus en 2020 fue de 99,4 defunciones por cada 100.000 habitantes y los fallecimientos por sospecha representaron la tercera causa de muerte con 13.281.

En el informe “Seguimiento a la mortalidad y exceso de mortalidad en Colombia”, el DANE informa que las muertes relacionadas con COVID-19 ascendieron a 121.754 al sumar 103.362 confirmadas y 18.392 sospechosas en 15 meses de la pandemia (marzo de 2020 a junio 13 de 2021).

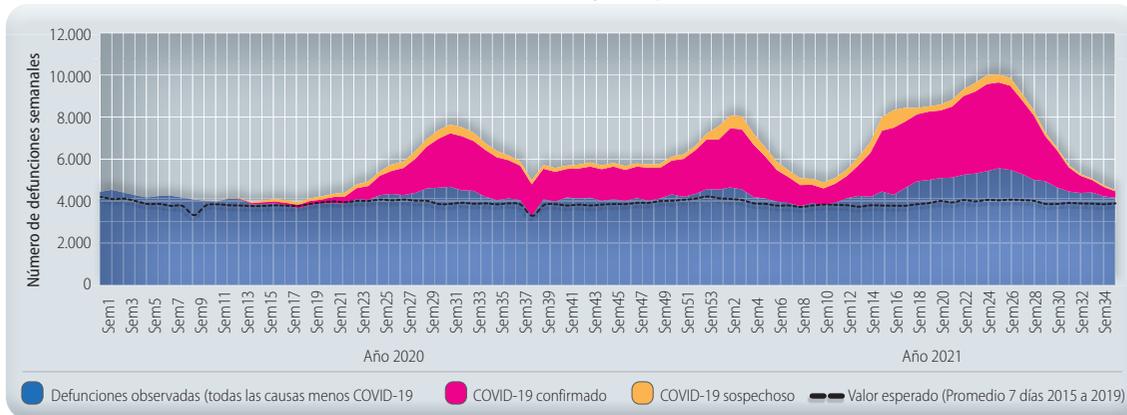
El indicador “Exceso de mortalidad” compara las muertes ocurridas durante un período con el promedio de los cinco años inmediatamente

anteriores, para definir los fallecimientos esperados entre rangos de crecimiento aceptables, por encima de los cuales serían “excesos”.

Al considerar todas las causas de muerte entre enero de 2020 y junio de 2021, el exceso

de mortalidad presentó un aumento del 47,9% frente al valor esperado, una de las mayores alzas de los últimos tiempos. Estas cifras de exceso de mortalidad de 2020 y 2021, años pandémicos, se confrontan con las defunciones de los últimos cinco años de relativa estabilidad (2015-2019).

**Exceso de mortalidad de 2020 y 2021 por todas las causas**



Fuente: DANE.



*Soluciones tecnológicas para sus procesos  
Clínicos y hospitalarios*



**Safe Label System**  
Crea etiquetas con códigos de barras para identificar medicamentos en carros de anestias.



**MoonBeam 3**  
Sistema de Desinfección UV para Ambientes y Superficies



Soluciones efectivas para desinfección y remoción de partículas en el aire.

- Sistema de purificación de agua para laboratorio
- Tratamiento y desinfección de agua
- Cabinas de Flujo laminar
- Monitoreo
- Equipos generales de laboratorio
- Detección de endotoxinas bacterianas LAL
- Cultivo Celular
- Concentradores de proteínas
- Mobiliario, armarios y sistemas de extracción
- Biomonitoreo
- Equipos para manejo de líquidos
- Contador de colonias

[www.paf.com.co](http://www.paf.com.co)

Síguenos en:  
PAF - Purificación y Análisis de Fluidos



Para mayor información: Escríbenos a • [mercadeo@paf.com.co](mailto:mercadeo@paf.com.co)  
• [cotizaciones@paf.com.co](mailto:cotizaciones@paf.com.co) • [servicioalcliente@paf.com.co](mailto:servicioalcliente@paf.com.co) o  
comunicate al celular y WhatsApp ☎ 310 239 3763

El exceso de mortalidad coincide con los picos de pandemia de 2021, y en 2020 agosto tuvo el mayor crecimiento con 1035 muertes diarias en promedio, frente a 545 en el mismo mes en cinco años atrás.

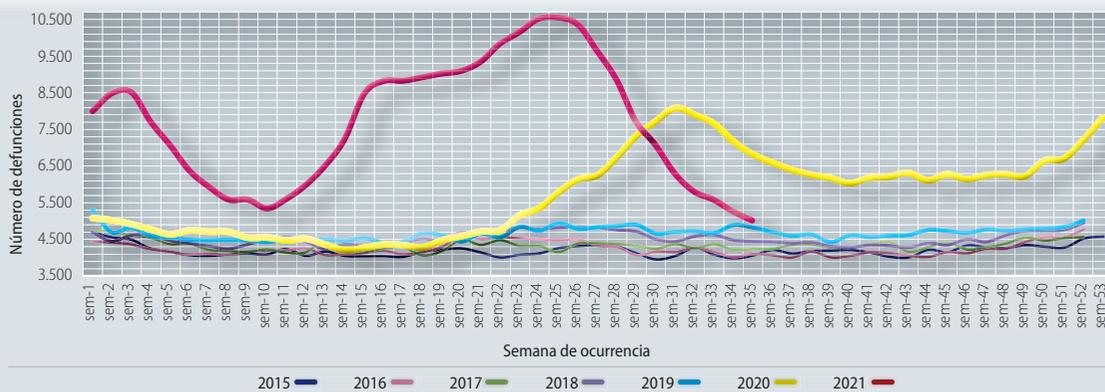
Según cifras del DANE, desde que llegó la pandemia, en 44 semanas analizadas del año 2020 (del 2 de marzo al 31 de diciembre) se reportaron 261.193 muertes en el país por todas las causas. De estas, se confirmaron 51.743 fallecimientos por COVID-19 y 8.501 muertes sospechosas.

Desde el 2 de marzo (primer día en que el DANE registra una muerte sospechosa por COVID-19) y el 16 de marzo (cuando se confirma la primera muerte por COVID-19), se

han confirmado 118.799 muertes y hay 20.110 muertes más sospechosas, para un total de 138.900 defunciones relacionadas con COVID-19 desde el primer día de la pandemia.

En cuanto a la tasa de mortalidad en el país, en 2020 la tasa de mortalidad por COVID-19 confirmado fue de 117,4 defunciones por cada 100.000 habitantes. En solo 27 semanas de 2021 se superó por amplios márgenes esa tasa de mortalidad de todo el 2020: fueron 156,3 defunciones por cada 100.000 habitantes entre el 1.º de enero y 11 de julio (frente a 119 de 2020).

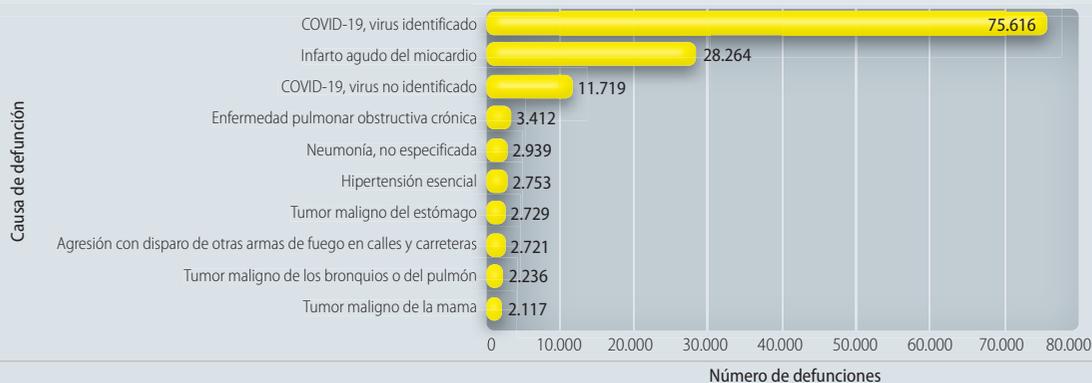
Exceso de mortalidad por todas las causas



En 2021 pr, las defunciones por todas las causas a nivel nacional muestran un nuevo repunte desde la semana 16 y hasta la semana 25, periodo después del cual se inicia un descenso progresivo en las defunciones hasta llegar a 5.000 fallecimientos por todas las causas en la semana 35, cifra cercana a la reportada la misma semana del año 2019.

Fuente: DANE.

Diez primeras causas de defunción en Colombia (Causas CIE-10 a 4 dígitos) Total nacional



En lo corrido del año 2021, en el país han fallecido 75.616 personas por COVID-19 confirmado y 28.264 por infarto agudo al miocardio. El 55,6% de las defunciones en el país, ocurren por las 10 causas que muestra el gráfico.

Fuente: DANE.

## Aumentaron complicaciones y disminuyeron procedimientos cardiológicos

En la etapa inicial durante el primer y segundo pico de la pandemia por COVID-19, cuando el Gobierno nacional decretó el confinamiento para disminuir los contagios y preparar el sistema de salud para el aumento de la demanda, se disminuyeron de manera importante las demás atenciones de los pacientes, tanto en consulta como en servicios de urgencias, debido al temor a la infección, las cuarentenas y las restricciones en general.

Fernán Mendoza Beltrán, presidente de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, indicó que, ante esta situación, desde esa especialidad, se cuestionaban qué estaba pasando con sus pacientes: “Nos preguntábamos siempre dónde estaban los infartos, las fallas cardíacas descompensadas, las crisis hipertensivas... Posiblemente esos pacientes se quedaron en casa, muchos pudieron haber fallecido en casa o complicarse en casa, durante esa etapa inicial. Actualmente, estamos viendo el retorno de esos pacientes que no fueron atendidos de manera oportuna, tanto a consulta como a los servicios de urgencias”.

El especialista agregó que en dicha etapa se observó disminución de consultas en los servicios de urgencias: “Un grupo de pacientes con dolor torácico consultó de manera tardía por infarto agudo de miocardio, lo que generó

complicaciones mecánicas que hace tiempo no se presentaban, como la ruptura de pared libre del ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral aguda y ruptura del septum interventricular. Y otros pacientes ingresaron con crisis hipertensivas por diferentes causas: no adherencia a medicamentos, falta de citas y de suministros oportunos para el tratamiento, cambios en el estilo de vida, sedentarismo y alteración emocional”.

“[...] En registros del Ministerio de Salud y del DANE, vimos el impacto del COVID-19 como causa de mortalidad de los colombianos, que siempre estuvo liderada hasta 2019 y parte de 2020 en el primer semestre, por las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria y enfermedades hipertensivas). En parte de 2020 y parte de 2021, la principal causa fue la mortalidad asociada al virus; también reportaron en estadísticas los factores de riesgo más importantes correlacionados con esa mortalidad”.

Y aunque en Colombia no se ha hecho un estudio nacional, varias instituciones sí adelantaron estudios particulares donde documentaron la caída importante en procedimientos, indicó el doctor Mendoza, también jefe del Departamento de Cardiología Clínica y Medicina Interna, y del servicio de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante de la Fundación Clínica Shaio:



▼  
**Fernán Mendoza Beltrán,**  
presidente de la Sociedad Colombiana de  
Cardiología y Cirugía Cardiovascular



### **Ante el aumento de la demanda, las instituciones adelantan un proceso de reactivación de todos los servicios, con ampliación de horarios de atención y priorización de los pacientes más delicados de acuerdo con la severidad del cuadro clínico.**

“Por ejemplo, en esta clínica disminuyeron los procedimientos de cateterismo, cirugía cardiovascular e implantes de dispositivos”.

En encuestas de instituciones y sociedades científicas se reportó una disminución importante de cateterismos cardíacos, intervenciones por enfermedad coronaria y procedimientos estructurales de hemodinamia como implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI), intervenciones percutáneas sobre la válvula mitral borde a borde (MitraClip) y el cierre de la auriculilla izquierda. También disminuyó el implante de dispositivos de electrofisiología como marcapasos, cardiodesfibriladores con y sin resincronizadores, las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, los trasplantes de corazón, la implantación de dispositivos de asistencia ventricular de larga duración (*Heart Mate III*) y muchos otros procedimientos de cirugía cardiovascular, detalló Mendoza Beltrán.

El especialista agregó que, en diferentes estudios y registros mundiales, se reportó que todas estas situaciones llevaron a un aumento de la mortalidad cardiovascular mayor al 5%, con aumento del paro cardíaco extrahospitalario y la mortalidad extrahospitalaria.

En 2021, a medida que avanzaba el proceso de vacunación y se inmunizaron los pacientes más vulnerables como aquellos de más edad con comorbilidades, y disminuyeron las restricciones, los pacientes empezaron a retomar sus consultas, indicó Beltrán:

“¿Qué hemos visto en esas consultas? Algunas EPS que fueron más diligentes en brindar acceso a la medicación a sus afiliados o llevarles los medicamentos a domicilio, los mantuvieron controlados; otros pacientes en ese encierro entraron en problemas emocionales y mentales; y muchos pacientes que alteraron la dieta, hicieron poco ejercicio y suspendieron la medicación, tienen descompensación de los factores de riesgo que llevan a problemas coronarios. Entonces por consulta externa vemos hipertensos no controlados, niveles de azúcar no controlados, lípidos descontrolados. Y en consulta de urgencias aumentaron esos pacientes por dos razones: porque la atención de procedimientos ambulatorios está tan congestionada, que al paciente le demoran las órdenes y la atención, entonces le es más fácil ingresar por urgencias; y el paciente que sí está mal, que también entra por urgencias”.

Ante el aumento de la demanda, las instituciones adelantan un proceso de reactivación de todos los servicios, con ampliación de horarios de atención y priorización de los pacientes más delicados de acuerdo con la severidad del cuadro clínico. Agregó el doctor Mendoza Beltrán: “No será fácil. Nos demoraremos todo el año próximo atendiendo esa población, poniéndonos al día, con el objetivo de brindar la atención que necesitan. Muchas instituciones activaron procesos de telesalud, pero ahora muchos pacientes, a pesar de tener esa facilidad, quieren volver a la presencialidad”.

Para atender la gran demanda de atenciones represadas en pandemia, Mendoza propone: “El reto es grande. Primero, hay que trabajar en conjunto con el gobierno. La Asociación participa en Mesas de Trabajo con el grupo de Enfermedades No Transmisibles (ENT) del Ministerio de Salud, donde consideran los principales factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus

y alteración de los lípidos. Desde esa Mesa se produjo el documento *Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas. Lineamientos técnicos y operativos*, que se socializa desde octubre pasado. Establecer las rutas de atención sería una estrategia muy importante si los diferentes agentes del sistema de salud se involucran para implementarlas. Esto es un aporte como médicos de la sociedad científica, trabajando junto con el Gobierno, porque es una política de salud pública”.

Agregó que, al reforzar esa ruta integral de atención, se prioriza la prevención: “Debe reforzarse la prevención para los próximos años, para cuidar a las personas que mantuvieron sus autocuidados y que los sigan manteniendo de manera estricta, y así disminuir el impacto de estas enfermedades en el país”. Y lo segundo es el compromiso individual: “Como especialistas en cada sitio donde trabajemos, debemos dar una atención importante con la priorización de los pacientes más complejos, como aquellos con enfermedad coronaria, obstrucción de arterias, en falla cardíaca y los hipertensos”.

## Se teme gran ola de pacientes de cáncer no diagnosticados en pandemia

El gran temor de la oncología en todo el mundo es la llegada de una gran ola de pacientes con diagnósticos tardíos de cáncer y en estadios avanzados de la enfermedad, con pocas o nulas opciones de tratamiento y control, debido al represamiento de las actividades de detección y diagnóstico durante el confinamiento de la pandemia por COVID-19.

Así lo explicó Lina María Trujillo Sánchez, subdirectora general de atención médica y docente en el Instituto Nacional de Cancerología ESE, al señalar que, al suspenderse las actividades de Promoción y Prevención en materia de tamización y diagnóstico durante la pandemia, se generó un represamiento de pacientes no diagnosticados de cáncer, que apenas en los últimos meses empezaron a hacerse los exámenes o pruebas.

Según datos de SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social), en 2020 bajó en un 90% la toma de citologías, en 84% la realización de mamografías, en 83% las colonoscopias y en un 59% los mielogramas. Esto hace

que la gente, al no ser tamizada, al no tener posibilidad de acceso a diagnóstico oportuno, genere un represamiento de pacientes no diagnosticados. Reiteró Trujillo Sánchez: “¡Ese es el susto de la oncología del mundo! El represamiento del paciente no diagnosticado, porque en algún momento llegará al servicio, y entre menos rápido sea su diagnóstico, más tardío es el estadio de evolución de la enfermedad y peor será su pronóstico. ¡Es un susto mundial de qué nos va a llegar y cómo nos va a llegar! Entre más tarde se diagnostique y se hagan actividades de detección, más aumenta la posibilidad de que los pacientes lleguen en estadios muy avanzados, donde la posibilidad de lograr una adecuada supervivencia a la enfermedad es menor y lo que aporta el tratamiento es también menor”.

En el Instituto Nacional de Cancerología en 2019 se atendieron 32.000 pacientes y en 2020 fueron 21.000 pacientes. En 2019 se prestaron 152.000 atenciones (entre consultas, cirugías, control de consulta, biopsias, exámenes), mientras en 2020 fueron 79.944 atenciones. En 2019 se hicieron 6.632 cirugías y en 2020 fueron 3.419 intervenciones. Esta disminución, aclaró Trujillo Sánchez, obedeció a que no hay nuevos pacientes diagnosticados. Indicó la directiva:



“Apenas se están reactivando los servicios de Promoción y Prevención. En el Instituto atendemos al paciente ya diagnosticado en sus redes de Atención Primaria, y esperamos que empiece a haber mayor diagnóstico y por ende mayor demanda. Algunas enfermedades generan preocupación mayor, porque sus actividades de Promoción y Prevención no son tan practicadas, como cáncer de próstata y todos los cánceres de vías digestivas. Las mujeres tenemos más rutina para exámenes de tamización, así que se espera que los diagnósticos de cáncer de cuello

### Barreras para atención del cáncer en pandemia

La subdirectora de atención médica del INC señaló que lo que impactó negativamente la atención en oncología fue el confinamiento, porque se generaron barreras que impidieron a los pacientes acceder a sus sitios de tratamiento: “La oncología requiere una serie de tecnologías y de experticia del personal de salud que no existe en todos los municipios, así que los pacientes tienen que desplazarse a donde sí los hay; la población que atiende el Instituto es un poco más vulnerable por su condición socioeconómica y su sitio de residencia. Por ello, ante el confinamiento la posibilidad de que asistiera fue menor y el número total de pacientes atendidos y de actividades en relación a los pacientes atendidos disminuyó, porque no pudieron acceder a sus consultas o tratamientos”.

Señaló que las actividades programadas siguieron su curso normal, porque en el confinamiento se permitía la asistencia a servicios médicos, el paciente tenía orden con lugar y fecha. Pero surgieron otros problemas o barreras para acceder al servicio. Por ejemplo, los pasajes en bus duplicaron su precio: si al inicio de la pandemia podía costar \$25.000, al disminuirse el aforo de los buses a la mitad los tiquetes aumentaron al doble y el paciente tenía que pagar \$50.000 por un trayecto.

Además, un paciente no viaja solo, sino con un acompañante. Entonces todo el costo se duplicó y se configuró un problema para el acceso al servicio, dijo la directiva:

uterino y mama se reactiven rápido y las pacientes empiecen a llegar a los centros oncológicos”.

Para enfrentar adecuadamente esta problemática, la recomendación desde el Instituto Nacional de Cancerología (INC) a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), y en general a la red de atención en salud, es a apoyar la búsqueda de diagnósticos.

“Por esa razón no solo el INC, sino muchos centros de atención de enfermedades crónicas potenciamos nuestras actividades en telemedicina y teleorientación para dar apoyo a los pacientes que no se podían desplazar por falta de recursos, y así enfrentar esa gran barrera para acceder al servicio”.

Otra dificultad era encontrar un albergue, indicó Trujillo Sánchez: “Con la pandemia, las familias ya no recibían a nadie externo. Es frecuente que un paciente que vive fuera de Bogotá se queda donde un familiar, pero con la pandemia eso desaparece. Y si bien el INC apoya a los pacientes con albergues, estos no tenían capacidad para recibirlos a todos, aparte de que el aforo de albergues también disminuyó”.

Estos problemas de transporte y hospedaje fueron comunes para pacientes que llegaban a Bogotá y a ciudades capitales de departamentos a buscar atención oncológica durante la pandemia para mantener continuidad de su tratamiento, aunque la pandemia dificultara más la atención.

Y si bien se hizo un gran despliegue nacional para que las personas no salieran de su casa si no era por algo realmente vital durante el

confinamiento, a los pacientes de cáncer sí se les insistió que no perdieran sus controles o seguimientos, dijo Trujillo Sánchez: “Tuvimos que adaptar el servicio y ofrecer atención de telemedicina y domiciliaria. Activamos consultas que pudieran hacerse por teleorientación, como aplazar o adelantar actividades, renovar fórmulas de medicamentos que no requerían presencialidad y permitían continuidad del manejo; y ofrecimos tele-experticia a hospitales de otros sitios, que nos llamaban a preguntar sobre el manejo del paciente oncológico”.

La directiva fue enfática en afirmar que los servicios oncológicos tienen que seguirse prestando en todo tiempo: “Si bien han tenido que reorganizarse en relación con la atención del COVID-19, no significa que suspendamos nuestra actividad, pues

los pacientes oncológicos también pueden tener COVID-19 y debemos estar preparados para atenderlos. Es un llamado a que toda la red que realiza diagnóstico y tamización lo siga haciendo, a reactivar estos servicios rápidamente para que los pacientes accedan a diagnósticos oportunos, y a promover el acceso a estos servicios. También hay que mantener abierta la oferta de servicios en sitios que prestan atención oncológica. Y hay que seguir haciendo prevención y control de infecciones por SARS-CoV-2 porque la pandemia no se ha acabado. Tenemos que seguir tamizando e incentivar la vacunación de pacientes. El Instituto tiene un punto de vacunación y sería ideal que otros hospitales y sitios de atención lo tuvieran, porque a los pacientes oncológicos muchas veces les generan barreras en sitios masivos”.

## Aumento de más de 30% de problemas neurológicos en la pandemia

En un grupo de 1000 pacientes de neurología, el 70% de ellos de Medellín y el resto de otras zonas del país, se detectó que los trastornos del sueño, los dolores de cabeza y los síntomas cognitivos asociados a la demencia se incrementaron en más de un 30% durante el confinamiento.

El estudio de la neuróloga clínica Isabel Cristina Restrepo Duque, que consultó a 1.000 pacientes, hombres y mujeres mayores de edad, de distintos estratos socioeconómicos, evidenció que, **a raíz del aumento**

**de estos problemas, las consultas neurológicas se incrementaron más de 35%. Sin embargo, es preocupante que,** durante la pandemia, entre 60 y 70% de los pacientes dejaron de asistir a sus controles y 50% tuvieron dificultades para reclamar sus medicamentos.

Las consultas por insomnio entre abril y octubre de 2020 se incrementaron un 30%, en especial de pacientes que, previo a la llegada del COVID-19, ya tenían dificultades para conciliar el sueño.



▼  
Isabel Cristina Restrepo Duque  
neuróloga clínica

Los casos de dolor de cabeza como la migraña y la cefalea tensional aumentaron más de 50%. En pacientes con diagnóstico de migraña se observó que entre 10 y 15% pasaron de un patrón episódico (menos de 14 días al mes de dolor), a uno crónico (más de 15 al mes).

Al parecer, la migraña y el insomnio son las enfermedades neurológicas que mostraron mayor incidencia en pandemia. Más del 50% de pacientes con migraña aumentaron el consumo de analgésicos, generando sobrecarga de medicamentos que pone en riesgo la función renal y hepática.

Sobre incremento de síntomas de enfermedades neurológicas preexistentes, los pacientes con migraña aumentaron su frecuencia de crisis en un 70%, los síntomas de insomnio entre 30 y 40% y los cognitivos relacionados con demencia un 50%.

Entre los neurólogos se generó una alerta por la falta de asistencia a las citas neurológicas que lleva al incumplimiento de los tratamientos y a la falta de seguimiento de estas enfermedades. Entre un 60 y 70% de los pacien-

tes no asistió a los controles o los aplazó por decisión propia o por cancelación de la consulta; y a esto se suma a la dificultad para reclamar sus medicamentos.

Y otro estudio de la neuróloga Restrepo, que encuestó a 800 pacientes en el país, observó que el estrés y la ansiedad (40%), el teletrabajo y la exposición a pantallas (25%), los cambios en rutinas del sueño, el desorden en los horarios de alimentación (20%) y el incremento del consumo de café (15%) son los factores que empeoraron los casos de migraña durante la pandemia.

Dichos factores contribuyeron a que se agravara la severidad de esta enfermedad entre junio de 2020 y junio de 2021, entre un 40 y 50%. Se evidenció que el 46% de los pacientes referían sentirse peor de su enfermedad, un 54% reportó que tuvo que aumentar el consumo de analgésicos y 58% de ellos tuvieron que suspender el tratamiento por falta de acceso a este o a un especialista.

## Mortalidad materna aumentó casi el 50% en Colombia por causas asociadas al COVID-19



▼  
**Carlos Castañeda Orjuela**  
director del Observatorio Nacional de Salud

“En Colombia aumentó el indicador de mortalidad materna casi en un 50% a nivel nacional, como consecuencia tanto directa como indirecta del COVID-19”, afirmó Carlos Castañeda Orjuela, director del Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud (INS).

Agregó que el impacto fue más severo en poblaciones más pobres y vulnerables: “Este indicador de mortalidad materna aumentó con mayor intensidad en los sectores más vulnerables. En la población más pobre el

aumento fue mucho mayor, y eso se traduce en aumento de las brechas sociales: o sea, a las mujeres más pobres con menos educación les fue peor”.

Explicó que este aumento fue consecuencia tanto directa como indirecta del COVID-19, “porque hubo un 12% de muerte materna atribuible a COVID, y el resto del exceso de la mortalidad materna o aumento de la mortalidad materna, muy seguramente se debió a toda la afectación de la prestación de servicios, como madres que no recibieron sus controles prenatales, o de

menos tiempo o más prorrogados en el tiempo, lo cual pudo haber aumentado ese riesgo”.

Al analizar las desigualdades sociales, se evidenció que, en las poblaciones más vulnerables, respecto del acceso a los servicios de salud, se ampliaron las brechas y se encontraron municipios pobres en donde la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema, la sífilis gestacional y congénita aumentaron su ocurrencia y/o sus desigualdades.

También aumentaron los desenlaces de enfermedades crónicas y de Salud Mental, indicó el director del ONS: “Tenemos reporte de problemas relacionados con depresión y ansiedad, porque en la pandemia el encierro y la incertidumbre de lo que iba a pasar empeoró la situación. Y como los eventos de enfermedades crónicas no están incluidos en la notificación obligatoria al INS, no podemos saber con exactitud qué pasó. Sí hay reportes en otros países, y como muy seguramente ocurrió en nuestro país, de que la atención de esos eventos empeoró, porque la gente dejó de ir al médico a sus controles, los servicios de salud se volcaron a atender el COVID-19, entonces, en el mediano plazo, veremos las consecuencias de disminuir la intensidad del tratamiento de esas enfermedades. Puede haber un repunte en sus complicaciones y en mortalidad por esas causas”.

Advirtió que en aquellos departamentos donde previo a la pandemia los valores de prevalencia o la frecuencia de enfermedades crónicas en la población era mayor, esos departamentos tuvieron peores desenlaces en COVID-19: “Se ha discutido ampliamente cómo en los desenlaces en COVID-19, el hecho de requerir una Unidad de Cuidados Intensivos o de morir por COVID aumentaba el riesgo si se tenían condiciones de base como enfermedades crónicas, por ejemplo”.

Algunos reportes de otras fuentes indicaron aumento de la violencia de género, particularmente durante la pandemia, que sufrieron las mujeres muchas veces por parte de sus parejas.

Se observó que disminuyeron otros desenlaces como las enfermedades respiratorias, porque los métodos de control del COVID-19 (uso de máscaras, lavado de manos, distanciamiento social) también sirvieron para controlar la transmisión de estas enfermedades.

Castañeda Orjuela indicó, además, que la medida de la cuarentena, sobre todo la inicial, disminuyó las muertes violentas: “En abril y mayo de 2020 disminuyeron las muertes violentas tanto por violencia interpersonal como por lesiones en accidentes de tránsito; otros indicadores como la calidad del aire mejoraron. Eso tiene efectos directos e indirectos en mejora de la salud general”.

Respecto de la afectación de las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) durante la época de pandemia, se tienen reportes preliminares de la evidencia de otros países, donde claramente se afectaron las coberturas por medidas que limitan la movilidad de la gente o que concentraron los servicios de salud en la atención del COVID-19. Advirtió el director del ONS que, en el mediano plazo, se observarán las afectaciones de las coberturas en términos de salud pública.

Castañeda Orjuela reiteró que, en Colombia, al igual que en otros países, las medidas para atender la emergencia sanitaria del COVID-19, en medio del desconocimiento generalizado, llevaron a la interrupción de la prestación de servicios básicos de salud: “Eso muchas veces no se ve de manera inmediata. Por ejemplo: hay reportes en otros países de que la mortalidad por infarto agudo al miocardio fue mayor porque los pacientes llegaban más tarde. Seguramente eso pasó acá en el país también. Hubo un tiempo donde todo se concentró en COVID-19 y todos los demás servicios disminuyeron su prestación. Ahora, en un menor lapso de tiempo, se tiene que atender a los pacientes que no se atendieron y que tendrán desenlaces más severos”.

## Por pandemia, disminuyó 14,4% cobertura de vacunación infantil del PAI en 2020 frente a 2019

Por causa de la pandemia de COVID-19, 23 millones de niños en el mundo no recibieron en 2020 las vacunas infantiles básicas, que suministran los servicios de inmunización sistemática de los países, con aumento de 3,7 millones de niños no vacunados frente a 2019, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef publicados en julio pasado.

Las carreras de los países por conseguir vacunas para COVID-19 hicieron postergar o anular otras vacunaciones, dejando a los niños en peligro de contraer enfermedades devastadoras pero prevenibles, como sarampión, poliomielitis o meningitis. La aparición de brotes de estas enfermedades sería catastrófica para sistemas de salud que luchan contra la COVID-19, por lo que es más urgente que nunca invertir en vacunación infantil, afirman voceros de estas organizaciones.

A nivel mundial, la tasa de vacunación de tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP-3) descendió de alrededor del 86% en 2019 al 83% en 2020, lo que significa que 22,7 millones de niños no recibieron la vacuna, y para la primera dosis de sarampión, del 86 al 84%, lo que significa que 22,3 millones de niños no recibieron la vacuna.

En Colombia se estima una reducción general de 14,4% en la cobertura de vacunación infantil del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 2020: mientras en 2019 la cobertura fue del 76%, en 2020 apenas llegó a 61,6% a causa de las restricciones y limitaciones de la pandemia de COVID-19.

Al igual que en el resto del mundo, las medidas de confinamiento y la desviación de recursos y personal de salud para enfrentar la pandemia crearon barreras para que miles de niños en todo el país accedieran al servicio de vacunación y los dejó expuestos a sufrir graves enfermedades.

Así se evidenció en el estudio "Impacto de la pandemia de COVID-19 en la inmunización infantil de rutina en Colombia" de los investigadores José Moreno-Montoya, Silvia Marcela Ballesteros, Jaid Constanza Rojas Sotelo, Clara Lucia Bocanegra Cervera, Pedro Barrera-López y José A De la Hoz-Valle, publicado en Archives of Disease in Childhood de BMJ Journals en julio pasado (<https://adc.bmj.com/content/early/2021/07/20/archdischild-2021-321792.full>).

Los hallazgos demostraron que las mayores disminuciones en cobertura se observaron entre los niños menores de 12 meses que viven en zonas rurales. La mayor reducción en la proporción de vacunados se observó en niños menores de 12 meses de edad para la vacuna antineumocócica (segunda dosis): la cobertura en 2019 fue de 81,4% y en 2020 bajó a 62,2%, con una diferencia absoluta 2019-2020 de 19,2%.

En el caso de los niños de 12 a 23 meses, la proporción de vacunados contra la fiebre amarilla se redujo en un 16,4%, al pasar de del 78,3% en 2019 al 61,8% en 2020. Y entre los niños de 5 años, la mayor disminución se produjo en la vacuna antipoliomielítica por vía oral (segunda dosis), con una diferencia del 11,4% entre 2019 y 2020: 73,1% y 61,7% para 2019 y 2020, respectivamente.

Para la investigación, analizaron bases de datos del PAI del Ministerio de Salud, con los resultados del proceso de inmunización entre marzo y octubre de ambos años. Se estudiaron los grupos de edad de menores de 12 meses, los que están entre 12 y 23 meses, y los que

## Red Colombiana Contra el Ataque Cerebrovascular (RECAVAR)

# Unidos contra el Ataque Cerebro Vascular

Se estima que cada hora más de una persona sufre un ataque cerebrovascular (ACV) en Colombia. Esta patología, que mata 32.000 neuronas por segundo, representa la segunda causa de muerte en el país. Si el tratamiento no es oportuno el paciente podría fallecer o terminar con una discapacidad irreversible.

El manejo del ataque cerebrovascular en Colombia ha evolucionado lento, pero favorablemente. Cada día hay más centros con códigos ACV para la optimización del tiempo, un factor clave para prevenir la discapacidad y mortalidad del paciente. A su vez, han ido aumentando los pacientes que reciben el tratamiento trombolítico. Se estima que entre 13% y 30% de los casos de ataque cerebrovascular en etapa aguda del país están siendo tratados con las terapias de reperfusión.

“La Red Colombiana Contra el Ataque Cerebrovascular, RecaVar, fue fundada para enfrentar esta problemática desde el año 2015, ya que uno de los principales motivos de que este crecimiento se vea ralentizado es el desconocimiento social frente a cómo debe ser el manejo del ACV”, afirma el neurólogo y director ejecutivo de RecaVar, el doctor Germán Pérez. Esta ONG nace de la unión de varios miembros de diversas asociaciones médicas especializadas en el área de neurología.

Existiendo una infinidad de enfermedades neurológicas, un grupo de médicos decidió fundar una organización en torno al ataque cerebrovascular, dados los altos niveles de letalidad y desinformación.

“Nuestro objetivo es la pedagogía ciudadana. Desde hace seis años trabajamos para que las personas conozcan los factores de riesgo, los métodos de prevención y los tipos



de tratamiento para un ACV. Queremos construir redes de pacientes y médicos que aseguren la atención médica y el tratamiento oportuno” Germán Pérez.

neurólogo y Director Ejecutivo de RECAVAR

Una de las principales preocupaciones de la organización es el difícil acceso médico para tratar un ataque cerebrovascular en las zonas rurales, debido a la respuesta urgente que requieren los indicios de un ACV. Mecanismos como la telemedicina en las zonas más apartadas han aportado en el manejo de esta condición en el país

La organización, en alianza con otras iniciativas como Angels y la World Stroke Organization (WSO), busca concientizar a través de plataformas digitales, canales de comunicación, jornadas informativas y movimientos sociales, el mensaje de que una enfermedad como el ACV, que antes era complejo de manejar, hoy puede ser tratado velozmente.

## Identifica los síntomas a tiempo

Los síntomas del ACV requieren una respuesta urgente.



\*Acronimo autoria Dr. Luis Fernando Rea - Neurólogo

Los síntomas del ACV se presentan de manera súbita y repentina

**Se encontró que mientras en 2019 la cobertura alcanzada fue del 78,7% en menores de 12 meses, en 2020 fue de solo 61,1%. En niños de 12 a 23 meses la cobertura de vacunación pasó del 77,1% en 2019 al 61,8% en 2020. Y en infantes de 5 años, bajó del 73,6% en 2019 al 63,2% en 2020.**

tenían 5 años. En estas edades, los niños deberían haber recibido vacunas esenciales como las de tuberculosis, hepatitis B, pentavalente, rotavirus, influenza estacional, difteria, tos ferina y tétanos, entre otras.

Se encontró que mientras en 2019 la cobertura alcanzada fue del 78,7% en menores de 12 meses, en 2020 fue de solo 61,1%. En niños de 12 a 23 meses la cobertura de vacunación pasó del 77,1% en 2019 al 61,8% en 2020. Y en infantes de 5 años, bajó del 73,6% en 2019 al 63,2% en 2020.

Los investigadores indicaron que “la pandemia de COVID-19 y las restricciones asociadas han contribuido a retrasar la prestación de servicios médicos no vitales como la vacunación”. Y agregaron que “el análisis de riesgo-beneficio ha demostrado que las muertes evitadas al mantener las vacunas infantiles de rutina superan con creces el riesgo excesivo de muertes por COVID-19 asociado con las visitas a los sitios de vacunación, especialmente para los niños”.

El estudio concluyó que: “la reducción de las vacunas durante la pandemia de COVID-19 plantea un riesgo grave de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación. Colombia y otros países de ingresos medianos deben continuar monitoreando la cobertura del

programa de inmunización y los brotes de enfermedades a nivel nacional y subnacional, y emprender actividades de vacunación de actualización”.

También concluyeron que se necesitan más investigaciones para evaluar las implicaciones posteriores en la propagación de enfermedades prevenibles por vacunación y la posible reducción de oportunidades para la atención integral de bebés y niños pequeños.

En el Informe de País del PAI – Colombia 2020, de OMS/OPS, se destaca que existe un plan multianual de inmunización exhaustivo cubriendo 2020-2021. Pero dicho plan fue impactado por la pandemia.

Por su parte, la Federación Nacional de Departamentos (FND) y las Secretarías de Salud advirtieron en noviembre de 2020 que la pandemia afectó la cobertura de vacunación de otras enfermedades en Colombia, especialmente en niños menores de cinco años, debido a los temores de las personas de asistir a los centros de salud o realizar procedimientos presenciales.

Se calculaba que, a septiembre de 2020, el índice de cobertura y aplicación de inmunización de las 21 vacunas para 26 enfermedades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) era de 58%, cuando a septiembre de 2019 la cifra era cercana a 80%.

José Alejandro Mojica, infectólogo del PAI del Ministerio de Salud, indicó que, de mantenerse esa tendencia, el país pasaría de una cobertura de 95% registrada en los últimos cinco años, a un promedio de 74 o 75% en 2020 en todos los biológicos para menores de cinco años en Colombia.

# Experiencia en la prestación de los servicios de salud en Colombia

Así como en la pandemia las entidades hospitalarias y su personal de salud han sido la base fundamental para atender y mitigar el impacto en la salud de los colombianos, durante la reapertura son también las IPS quienes están respondiendo a los efectos colaterales que ha dejado el COVID-19 en el tratamiento de otras patologías en el país.

A continuación, presentamos las experiencias y recomendaciones de los directivos de cinco reconocidas entidades hospitalarias, ubicadas en diferentes ciudades del país, que han desarrollado y fortalecidos sus modelos de atención para garantizar la atención en salud de las enfermedades COVID-19 y No-COVID en Colombia.

## Hospital Pablo Tobón Uribe enfrenta aumento de demanda de servicios no atendidos en pandemia

A la par que se atendió una importante cifra global de 23.000 personas sospechosas o confirmadas de COVID-19 durante la pandemia y hasta diciembre de 2021, en el Hospital Pablo Tobón Uribe, al igual que en instituciones hospitalarias de alta complejidad del mundo, se restringieron servicios considerados no esenciales y no urgentes, y dichas enfermedades no atendidas registraron agravamientos y complicaciones que hoy disparan la demanda de atención en el hospital.

Andrés Aguirre Martínez, director del Hospital Pablo Tobón Uribe, indicó que, ante los picos de la pandemia, la Secretaría Departamental de Salud de Antioquia decretó alertas rojas hospitalarias que restringieron servicios considerados no esenciales, como cirugías electivas, consultas especializadas y procesos de apoyo diagnóstico no urgente.

Explicó el directivo: “Esto hizo que pacientes con cáncer y otras enfermedades, por el temor de consultar o por las restricciones de desplazamiento bajo las alertas rojas, no fueran evaluados de manera oportuna. Esto sucedió en todas partes del mundo: Colombia, Antioquia y Medellín no fueron la excepción, de tal forma que estas situaciones malignas progresaron a unos estados que hacen más complejo el manejo y la recuperación total del paciente.

Igual sucedió con los procesos de diagnóstico precoz, agregó Aguirre Martínez: “En enfermedades oncológicas, por ejemplo, una colonoscopia para detectar cáncer de colon o el tacto rectal para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata en hombres, todo esto se retrasó y está generando una carga adicional de enfermedad.



▼  
**Andrés Aguirre Martínez,**  
director del Hospital Pablo Tobón Uribe



### **Para afrontar estas situaciones, en el Hospital Pablo Tobón Uribe se están haciendo grandes esfuerzos, indicó su director: “Ampliamos la capacidad de los quirófanos, buscamos cómo hacer procesos más eficientes en ayudas diagnósticas, pero esto no es fácil porque muchas de estas atenciones requieren personal especializado.**

Los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, entre otras, también tuvieron dificultades en el control y muchas de estas situaciones están derivando hoy en una presión mayor de descompensación de su situación, que los lleva incluso a requerir cuidado intensivo.

También se observó —y será importante mirar estadísticamente si esto ocurrió en otra parte en el país—, agregó el directivo, que se presentaron fenómenos de enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria: “Es posible que la situación de estrés y deterioro de la salud mental influyeran en estas condiciones de los pacientes, pero se necesita un agregado estadístico para afirmar que esto realmente es un fenómeno derivado de esta condición de pandemia”.

Informó el director que, para el caso del Hospital Pablo Tobón Uribe, se observó un incremento de mortalidad superior al esperado en un 35%, lo cual hace concluir que definitivamente hubo un agravamiento de las condiciones de los pacientes derivados de estas restricciones. Afirmó el director: “Esta es la situación que estamos afrontando. A esto se sumaron períodos muy complejos de dificultad para la consecución de medicamentos sobredemandados en el mundo y Colombia no tiene una producción farmacéutica que le permita tener autonomía sanitaria. El país debe pensar una política de salud pública para evitar que estos fenómenos, que posiblemente seguirán presentándose, generen estas restricciones que

aumentan la tensión al personal de salud. Se buscan sustitutos, no siempre de la misma eficacia ni del mismo costo, muy posiblemente con costos mayores, lo cual dificulta la sostenibilidad del sistema de salud. Además, a todo esto, se le suma, en las épocas de lluvia en el país, situaciones estacionales de carácter respiratorio, especialmente en niños con el virus respiratorio sincitial, que presionó las Unidades de Cuidado Intensivo pediátrico”.

Para afrontar estas situaciones, en el Hospital Pablo Tobón Uribe se están haciendo grandes esfuerzos, indicó su director: “Ampliamos la capacidad de los quirófanos, buscamos cómo hacer procesos más eficientes en ayudas diagnósticas, pero esto no es fácil porque muchas de estas atenciones requieren personal especializado, y ya Colombia tenía escasez de personal de alta especialidad antes de la pandemia. Este es otro fenómeno de política pública, el país tiene que pensar en la formación de recursos humanos; el mundo entero enfrenta una crisis de vocación del personal de salud, derivado de las exigencias que implica esta profesión, como tener turno 24 horas del día, no salir a vacaciones en el momento en que se elige sino cuando las condiciones de continuidad del servicio lo permiten. El hospital ha hecho una serie de actividades con su grupo humano para aliviar y mitigar la presión de la demanda de atención, pero esto es una condición de política pública que una sola institución no puede resolver y que no se resolverá en el corto plazo, sino que requerirá de normas e incentivos para aliviar este tipo de situaciones”.

Aguirre Martínez propone: “Lo más importante es reconocer que estos no son fenómenos que puedan resolverse de la noche a la mañana, pero hay cosas que alivian: primero, que se le den las autorizaciones a los pacientes que requieren atención por parte de los aseguradores; segundo, que estos faciliten el

**stryker**

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

# Neptune<sup>®</sup> 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

pago de las cuentas y procesos administrativos, de tal forma que el personal asistencial no tenga que ocupar tiempo en diligenciar demasiados datos clínicos e información que no aporta valor, pero que sí desplaza su tiempo asistencial en actividades administrativas que no mejoran los pacientes. Para esto se requiere hacer los procesos de remisión de manera oportuna, es decir, que puedan identificar fácilmente a los pacientes y puedan ser priorizados de acuerdo con su condición para brindar una atención más rápida a aquellos que están más severamente enfermos”.

Agregó el directivo: “El sector salud debe entender que, aunque nadie quiere llegar a un hospital, los hospitales seguirán siendo fundamentales, como sucedió en la pandemia y aún después de la pandemia. Es imposible que, por una ilusión, aunque tengamos estilos de vida saludable y hagamos actividades preventivas,

finalmente por nuestra fragilidad vamos a tener la necesidad de llegar en algún momento a un hospital. Entonces, que se faciliten todos esos procesos administrativos de pagos asistenciales para que no perdamos tiempo en cosas que no debemos y podamos dedicarnos a la atención de los pacientes”.

Otro tema importante, agregó, “es consolidar procesos de atención domiciliaria” y concluyó: “El mundo entero está presionado por un aumento de la carga de enfermedad. Además, Colombia tiene cada vez una población de tercera edad mucho más numerosa, lo cual hace que la persona tenga una condición más frágil. En el mundo entero se observa que, a partir de los 60 o 65 años, la probabilidad de hospitalizarse se triplica. Por lo tanto, Colombia tendrá que pensar en cómo reforzar la infraestructura hospitalaria y cómo hacer un manejo eficiente de los actuales recursos de los que dispone, para atender esa población”.

## La mayor ocupación en el hospital Universitario San Ignacio se está dando por enfermedades No-COVID



Dr. Julio César Castellanos,  
director del Hospital Universitario  
San Ignacio, HUSI

Como la mayoría de las entidades hospitalarias en el país, el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá desde el inicio de la pandemia realizó adaptaciones y ajustes para responder a los retos que le impuso a los prestadores de salud la atención del COVID-19. En el último año, cuando se ha reactivado la atención de otras enfermedades, el hospital no ha modificado nada en la ocupación, porque ya en 2020 se había expandido a su máxima capacidad.

El Dr. Julio César Castellanos, director del Hospital Universitario San Ignacio, HUSI, señala que, para brindar atención en el último trimestre de 2021, en el que la mayor ocupación se ha dado por pacientes con patologías diferentes al COVID y la complejidad de los casos es mucho mayor de lo habitual que se tenía antes de pandemia, la entidad ha trabajado en mejorar la rotación de camas, la programación de salas de cirugía, ha contratado es-



## **Pacientes, que una vez se reabrieron las atenciones, se atendieron por consulta prioritaria, pero no se les hizo el seguimiento ni se tuvo en cuenta que se podían volver urgentes [...] han llegado con un estado de su enfermedad mucho más avanzados. Eso ha generado una mayor severidad en los cuadros clínicos que estamos viendo actualmente**

pecialistas adicionales para poder incrementar la capacidad de consulta y garantizar la atención quirúrgica, y puntualiza que esto ha sido fundamental para atender la demanda, porque ya hay un momento en que la capacidad no se puede incrementar más.

Para el doctor Castellanos la criticidad actual de otras enfermedades diferentes a COVID-19 se puede explicar así: En Colombia, a noviembre el exceso de mortalidad por causas distintas al COVID fue del 36%, lo que evidencia que se han tenido causas mucho más graves y una mayor mortalidad de la esperada. En segundo lugar, muchos pacientes fueron víctimas del exceso de la teleconsulta —aspectos como el dolor abdominal, los temas ginecológicos, osteomusculares, lumbares y otros, que necesitaban examen clínico, no se atendieron a tiempo—. Entonces esos pacientes están llegando tarde, con estados avanzados de la enfermedad”.

Explica: “La teleconsulta es muy buena en algunos casos para una primera consulta. Es como cualquier otra actividad terapéutica: bien hecha

oportunamente, con las guías bien adecuadas, es importante y nos ayuda a mejorar, hacer seguimiento de pacientes con adherencia al tratamiento, controles de tercera edad. Ayuda para algunos casos específicos. Lo importante es no considerarla como la panacea y empezar a manejar todos los pacientes a través de esta modalidad. Entonces, lo que hay que hacer es manejarla con cuidado, con las indicaciones estrictas y no manejar todo por esa modalidad, en especial lo que tenga que ver con dolor abdominal, temas ginecológicos y aquellos cuadros clínicos bizarros porque vamos a retardar la atención adecuada de estos pacientes”.

Y agrega, que: “Por otro lado, algunas EPS limitaron mucho la atención presencial y algunos pacientes por prudencia no salían o no pedían la cita [...] Pacientes, que una vez se reabrieron las atenciones, se atendieron por consulta prioritaria, pero no se les hizo el seguimiento ni se tuvo en cuenta que se podían volver urgentes [...] han llegado con un estado de su enfermedad mucho más avanzados. Eso ha generado una mayor severidad en los cuadros clínicos que estamos viendo actualmente. Esta mezcla de factores es lo que está haciendo que la carga de morbimortalidad siga creciendo en el país”.

De acuerdo con los seguimientos hechos por el Hospital Universitario San Ignacio, las patologías que están teniendo una mayor severidad y se han complicado son las cardiovasculares, cáncer de origen abdominales, sistema urinario, dificultades ginecológicas y algunos tumores. Y en casos como el cáncer de pulmón, la detección se ha mejorado, “lo que se atribuye a que durante la pandemia se tomaron muchas más imágenes de tórax y respiratorias, se lograron detectar cáncer pulmonar en estadios más tempranos” explica el doctor Castellanos.

Para seguir atendiendo la complejidad de las enfermedades No-COVID y responder a nuevos picos de la pandemia, el director del Hospital San Ignacio considera fundamental para las instituciones hospitalarias utilizar los procesos de atención diseñados, mantener las medidas de seguridad de manera que COVID-19 no limite la atención del resto de patologías, y apoyarse en la experiencia de lo que aprendido en estos dos últimos

años. Respecto a la población, insiste en que debe aplicarse sus esquemas completos de vacunación:

Aunque esperamos que el cuarto pico siga teniendo un comportamiento de bajo impacto, insistimos en la necesidad de mantener la vacunación. Tenemos que estar listos si aparece una sepa que haga gran resistencia y que no sea sensible a las vacunas, pero por ahora no hay nada que demuestre que sea peor y no funcione cuando la persona está vacunada.

Finalmente, el directivo considera que, para seguir atendiendo la pandemia y a la par las complicaciones

de las demás enfermedades, no se requieren emitir nuevas políticas de salud, sino cumplir con las disposiciones actuales. Señaló Julio César Castellanos: "lo único que hemos recomendado es aprovechar los ajustes de lo que aprendimos y que por emergencia se nos facilitó para hacer tareas de teleconsulta y de otras actividades, que se hicieron más sencillas por los decretos de emergencias. Solo se requiere que eso se modifique definitivamente en la habilitación y los hospitales y clínicas logren trabajar de manera más sencilla".

## Hospital Universitario del Valle atiende pacientes COVID y No-COVID con aumento de capacidad instalada



**Marisol Badiel Ocampo,**  
directora médico-científica del Hospital  
Universitario del Valle (HUV),

El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" en Cali afrontó con éxito la atención de los pacientes de COVID-19 durante la pandemia y el aumento de pacientes de enfermedades No-COVID en los últimos meses, gracias al compromiso incondicional del personal de salud y al crecimiento de su capacidad instalada desde abril de 2020, pasando de 58 camas UCI a 120 y aumentando 200 camas de hospitalización para todas las patologías.

Marisol Badiel Ocampo, directora médico-científica del Hospital Universitario del Valle (HUV), señala: "En el Hospital comenzamos a observar una descompensación de estos pacientes durante el manejo del primer pico en Colombia de la infección, y hacia julio, agosto y septiembre de este año comenzó a aumentar nuevamente por urgencias la consulta de los pacientes No-COVID, pero en condiciones generalmente peores, ya que se había retrasado su consulta por las recomendaciones naciona-

les de no visitar a nadie o no salir de casa, si no era indispensable".

Agrega que en estos últimos meses asistieron al HUV más pacientes crónicos y que "han venido en aumento hasta la fecha pacientes crónicos complicados, por enfermedades cardiovasculares primordialmente, hipertensos y diabéticos descontrolados, y pacientes con diagnósticos de cáncer de todo tipo, porque se retrasó la atención de la red de salud y sobre todo los diagnósticos oportunos. Muchos de esos pacientes crónicos requerían cirugías, porque acogimos la obligatoriedad de normas del Ministerio de cerrar servicios de cirugías electivas y solamente quedamos supereditados a las cirugías de emergencia. El tema de cáncer fue bastante sensible".

Una vez el Ministerio de Salud permite nuevamente la apertura de la cirugía electiva, en el HUV se implementaron estrategias para aumentar programas quirúrgicos durante 18 ho-



## 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



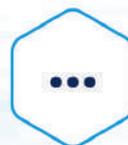
DIRECCIONAMIENTO



SUMINISTRO



FACTURA



Y MÁS



[www.okorum.com](http://www.okorum.com)



ras al día, incluidos programas electivos y de urgencias, y durante los fines de semana, sábados, domingos y festivos, para dar respuesta a pacientes que solicitaron o tenían autorizados sus procedimientos. Indica Badiel: Nos acogimos a las normas del Gobierno, pero una vez se liberan esas restricciones, comenzamos una gestión adecuada. Hasta hoy, después del tercer pico de la pandemia, estamos dando respuesta a lo que pudo haber quedado represado en los últimos seis meses y posterior al Paro Nacional, porque coincidió el Paro con el tercer pico de la infección.

Además del aumento de demanda de servicios por pacientes cardiovasculares, diabéticos y de cáncer, también aumentó la consulta psiquiátrica, indicó Badiel: "La enfermedad mental también aumentó de forma considerable, porque muchos pacientes cuyas condiciones requieren medicamentos, se descompensaron al no consultar y al no tener disponibilidad de sus fórmulas".

En otros grupos, como los pacientes pediátricos, por ejemplo, también se cancelaron muchas actividades quirúrgicas programadas, por lo que actualmente se procura dar atención para poner al día esa demanda. A las pacientes gineco-obstétricas se les siguió prestando atención normal en la parte obstétrica durante la pandemia, pero sí se afectaron los diagnósticos de cáncer porque cerraron agendas o se hicieron más lentas cuando el Gobierno ordenó el cierre de lo electivo y únicamente se autorizaban cirugías si la condición médica se convertía en urgencia vital.

Badiel explicó que el aumento de la mortalidad por enfermedades No-COVID no atendidas debidamente durante la pandemia se verá reflejada en el tiempo y que la morbilidad sí aumentó:

"Los pacientes empezaron a consultar en condiciones mucho más complejas, con mucho más deterioro que en tiempos sin pandemia. Naturalmente, en pacientes que ingresan en condiciones de más deterioro o más complejas para su atención, se aumenta la morbilidad; todavía no visualizamos eso, pero sí puede observarse que los pacientes tuvieron estancias más prolongadas, requirieron a veces cuidado intensivo cuando antes no. Entonces, esas condiciones afectaron la complejidad y la severidad de su enfermedad. Y la mortalidad puede o no afectarse, porque se hicieron las intervenciones adecuadas, pero fue necesario invertir más recursos en estos pacientes que en otras épocas".

Cuando disminuyen los casos de COVID-19 y vuelve un relacionamiento social casi normal en Colombia, el personal de salud siente la presión de atender pacientes más complicados, que demandan más cuidado, señaló la directiva: "Con nuestro personal hemos dado buena respuesta a los pacientes de enfermedades No-COVID. Por ello, optimizamos los tiempos y espacios de la consulta externa, Urgencias es un servicio que se mueve sí o sí en todo momento, y buena parte de los programas quirúrgicos se pusieron al día, manteniendo la estrategia de atender lo máximo posible sin afectar la calidad ni la seguridad de la atención del paciente, con programación en fines de semana, los sábados, domingos y festivos".

## Planes de contingencia en Hospital Universidad del Norte para atender represa de atenciones No-COVID

Como en casi todas las IPS del país, la atención de pacientes con patologías No-COVID se vio seriamente afectada durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Universidad del Norte en Barranquilla. Por

ello, desde la institución se adelanta la implementación de planes de contingencia para atender la reactivación de esta demanda de servicios.

Diego Castresana Díaz, director ejecutivo del hospital, indicó que la consulta externa de todas las especialidades llegó a disminuir hasta en un 90% en los puntos más altos de los picos de la pandemia, y que, luego de estos, aún no se ha recuperado del todo, llegando al 50-60% en los mejores meses.

Adicionalmente, agregó, "la liquidación de las EPS Comparta y Ambuq produjo un desequilibrio aún mayor en el estado de salud de los pacientes crónicos, los cuales demoraron muchas semanas en ser confirmados en sus nuevas EPS y esto llevó a que se descompensaran aún más en la evolución de sus patologías. Los pacientes más afectados fueron los de patologías crónicas como, principalmente, hipertensión arterial, diabetes, nefropatías varias e insuficiencia cardíaca congestiva".

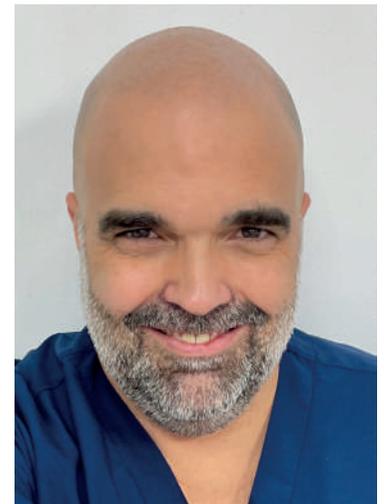
Para atender la repesa de atenciones de enfermedades crónicas y otras patologías No-COVID, la criticidad de estas enfermedades y un posible cuarto pico de pandemia por COVID-19, el Hospital Universidad del Norte adelanta conversaciones con diversas EPS para implementar planes de contingencia que permitan atender esta demanda de la mejor forma posible, haciendo énfasis en la limitación máxima de las complicaciones.

"Sin embargo, hemos encontrado algo de resistencia en algunas de estas organizaciones debido a que

no quieren incurrir en sobrecostos de prestación de servicios", aclaró Castresana Díaz, que además agregó: "Es comprensible que por las restricciones dadas por los picos de la pandemia se haya presentado cierto grado de repesa de servicios. Pero no es aceptable desde ningún punto de vista que algunas Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con el fin de disminuir costos de prestación de estos servicios, retengan autorizaciones o retrasen procesos administrativos con el fin de controlar dichos costos. Lo único cierto es que, más adelante, estos "ahorros" van a salir mucho más costoso"

Especificó el directivo que, para cubrir las atenciones No-COVID que estaban represadas por las medidas restrictivas en los servicios de salud durante el primer año de la pandemia, el Hospital Universidad del Norte ha realizado jornadas adicionales con pacientes de las principales EPS, con el fin de acelerar la atención de lo que estaba represado, especialmente en cirugía y en algunas especialidades médicas.

Además, el Hospital está ofreciendo nuevos servicios, relacionados especialmente con la atención de las complicaciones post-COVID, como es el caso del nuevo Programa de Rehabilitación Integral para este tipo de pacientes. Y también reforzó la atención en salud mental, aspecto de la salud de las personas que se ha visto particularmente afectado durante la pandemia, indicó Castresana Díaz.



▼  
**Dr. Diego Castresana,**  
Director del Hospital Universidad del Norte

## Con capacidad instalada para COVID-19, también se atiende lo No-COVID en Hospital General de Medellín



Mario Fernando Córdoba,  
gerente del Hospital General de Medellín

Luego de que en 2020 aumentara en un 600% su capacidad instalada para enfrentar el desafío de la pandemia y atender los pacientes de COVID-19, el Hospital General de Medellín (HGM) ha reabierto paulatinamente sus servicios para pacientes de enfermedades No-COVID cuya atención se represó durante la pandemia.

Así lo afirmó Mario Fernando Córdoba, gerente del HGM: “En la medida en que lo permitió la demanda de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y la demanda de pacientes de COVID-19, durante la pandemia continuamos en el Hospital General de Medellín con la atención a la maternidad y la atención de casos de urgencias vitales, politraumatizados, infarto agudo al miocardio, ACV (Ataque Cerebro Vascular). Nuestro servicio de urgencias estuvo abierto permanentemente, con las restricciones que nos indicaba la demanda de COVID-19”.

El directivo explicó, además: “Las patologías que quedaron desprovisadas frente a la atención inicial, cuando debimos enfrentar el COVID-19, fueron las habituales del hospital. Nosotros somos un hospital general que, además de nuestro núcleo esencial, que es la atención materno-infantil, atiende programas de cardiología, de oncología, cuidados paliativos,

los cuales quedaron definitivamente represados frente a la atención inicial del COVID-19”.

A medida que se superaban los picos y fases críticas de la pandemia, se fueron reactivando los demás servicios, indicó el gerente Córdoba: “Cuando se levantaron los mandatos de alerta roja, nosotros fuimos abriendo paulatinamente nuestros servicios de cardiología, de consulta externa, de cirugía ambulatoria, en la medida en que las alertas rojas fueron disminuyendo y pudimos atender esas patologías que se encontraban represadas a causa de la pandemia”.

Actualmente, en el Hospital General de Medellín se atiende la demanda de patologías de frecuente consulta por la comunidad, indicó el directivo: “Estamos atendiendo casos de hipertensión, los EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) descompensados, las personas con problemas circulatorios; son patologías que, por la emergencia sanitaria del COVID-19, quedaron un poco desprovisadas y que ya empezamos a atender en esta nueva normalidad”.

Córdoba reconoció y destacó el trabajo invaluable del personal de salud del HGM: “Para atender los pacientes tanto de COVID-19 como de enfermedades No-COVID, a nuestro

personal de salud le ha correspondido duplicarse, yo diría que multiplicarse en múltiples ocasiones, tanto por contagios directos como por el confinamiento a que se veían abocados por contagios de sus compañeros, teniendo que hacer cercos epidemiológicos. Entonces sí ha sido una situación dura, pero afortunadamente el Hospital General de Medellín y muchas instituciones logramos atender esa demanda y nuestro personal ha respondido con todo el sacrificio del mundo a la demanda de servicios”.

También se han reabierto los servicios de cirugía, indicó el gerente el HGM: “Igualmente, en el servicio de quirófanos hemos logrado reiniciar de manera paulatina los servicios, con nuestro personal atento a la demanda. Seguramente, y es un hecho inevitable, que la demanda hoy casi que está por encima de nuestra oferta, pero nuestro hospital sigue abierto con nuestro personal 100% al servicio de la comunidad y atendiendo en la medida de nuestras posibilidades todas aquellas patologías que se exacerbaron durante la pandemia y que ahora se presentan como crónicas”.

## Referencias

Abdo-Francis, J., Bosques Padilla, F. J., Gutiérrez Castellón, P.; Sobrino-Cossío, S. R. (2020). El daño colateral de la atención de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(6 - nov./dic.). [EPUB]. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2020000600799&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2020000600799&script=sci_arttext)

Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud. (2021) Prevención

**Actualmente, en el Hospital General de Medellín se atiende la demanda de patologías de frecuente consulta por la comunidad, indicó el directivo: "Estamos atendiendo casos de hipertensión, los EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) descompensados, las personas con problemas circulatorios".**

El directivo destacó, además: “Tenemos una capacidad de reacción lo suficientemente efectiva para atender la sobredemanda de atención de enfermedades No-COVID. De hecho, hemos desmontado algunas adecuaciones físicas que hicimos con motivo de la pandemia, lo cual nos permite un poco más de movilidad en cuanto hace referencia a la parte de atención física para aquellas patologías que están llegando en una demanda importante”.

y control de las enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/)

Organización Panamericana de la Salud. (2021). La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos de NMH. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-0>

Plataforma de organizaciones de Pacientes. Tercera fase del Estudio del Impacto de la COVID19 en las personas con enfermedad crónica. (2021) <https://www.plataformadepacientes.org/actualidad/los-pacientes-cronicos-tardan-una-media-de-48-dias-en-ser-atendidos-tras-empeorar-su> 

# 46.º informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2021

Dirigido por:

**Juan Carlos Giraldo Valencia<sup>1</sup>**

Director ACHC

Elaborado por:

**Juan Guillermo Cuadros Ruiz<sup>2</sup>**

Miembro del grupo de Investigación y Proyectos ACHC

## 1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) presenta su tradicional estudio de cartera hospitalaria, correspondiente a la situación de cuentas por cobrar de 205 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)<sup>3</sup> con corte a junio 30 de 2021.

Por octava vez consecutiva, se realiza el análisis respectivo en el marco de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)<sup>4</sup> a partir del 1 de enero del año 2017 y en donde se deben incluir los *deterioros de cartera morosa por edades*. Estos registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad.

El presente cambio se dio con la adopción por parte del sector prestador de la Circular Externa 016 de noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003 “Cuentas por cobrar-deudores”), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa 047 de 2007 y que manejaba la metodología contable tradicional bajo COLGAAP.<sup>5</sup> El pasar de COLGAAP a NIIF implica, entre muchos otros cambios, que antes se debían realizar *provisiones* tanto para los activos como pasivos de la empresa, específicamente la *provisión de cartera*,<sup>6</sup> definida como “el valor que la empresa, según análisis del comportamiento de su cartera, considera que no es posible recuperar (por incumplimiento de pago del deudor)”. Ahora, bajo NIIF, las provisiones constituyen pasivos y a los activos se les debe dar

<sup>1</sup> Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales por la CEPAL, especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP, magíster en administración de salud de la Universidad Javeriana y máster en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.

<sup>2</sup> Administrador de Empresas y MBA de la Universidad Nacional de Colombia.

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

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

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

<sup>6</sup> El valor provisionado disminuye el valor de la cartera y se reconoce como gasto, de modo que su contabilización será un crédito a la cuenta provisión de cartera y un débito a la cuenta de gastos. La importancia que tiene la provisión de cartera radica principalmente en que permite depurar lo que la empresa en realidad tiene. Permite determinar con exactitud qué es lo que le empresa efectivamente puede cobrar de sus deudas, y la parte que no se pueda cobrar se lleva como un gasto, lo cual afecta directamente los resultados del ejercicio, es decir, disminuye la utilidad en el valor que los clientes no pagan, que es el valor provisionado. Si no se hiciera la respectiva provisión de cartera, los estados financieros mostrarían unos valores irreales, puesto que mostraría unas cuentas por cobrar que, si bien son reales, jamás se podrán cobrar, por lo que se estaría presentando una información contable inexacta. Se estaría mostrando algo de lo que la empresa nunca podrá disponer. Tomado de: <http://www.grupoempresariales.com/blog/?p=1397>

el tratamiento de “deterioro del valor” (entre las que se encuentran las “cuentas por cobrar” que hacen parte del “activo corriente”). Es por este motivo que las provisiones deben ser deterioradas, presentando un efecto negativo en el monto total de la cartera absoluta por edades.

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

En esta oportunidad, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 205 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de doce billones seiscientos noventa y ocho mil millones de pesos (\$ 12,7 billones aproximadamente), variación positiva del 19,6% con respecto a la deuda reportada en el semestre de julio a diciembre de 2020.

Respecto del semestre anterior, se evidencia un alto crecimiento de la cartera absoluta total y en mora y a la vez una disminución relativa de la concentración frente a los semestres anteriores de la cartera morosa de más largo plazo, debido a la reactivación de los servicios de salud, después de la caída en la facturación<sup>7</sup> y los ingresos de las IPS durante lo corrido del año 2020, motivado por la pandemia mundial de COVID-19<sup>8</sup> y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno Nacional del aislamiento preventivo obligatorio<sup>9</sup> y el estado de emergencia, económico, social y ecológico,<sup>10</sup>

en donde los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales no prioritarios se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria.

Si se tuviese en cuenta la inclusión del *deterioro de cartera morosa por edades*, el valor de cuentas por cobrar a junio 30 de 2021 para los 205 hospitales y clínicas reportantes sería de más de \$10,2 billones de pesos. A continuación, se presenta la composición de cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo o no el deterioro bajo NIIF):

**Cuadro 1. Composición de cartera por edad (ambos escenarios) a diciembre 31 de 2020**  
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	4.857.087.516	38,3%	55,6%
De 31 a 60 días	775.897.959	6,1%	
De 61 a 90 días	547.505.121	4,3%	
Más de 91 días	6.517.770.911	51,3%	
<b>Total general</b>	<b>12.698.261.507</b>	<b>100%</b>	<b>7.065.276.033</b>

INCLUYENDO EL DETERIORO BAJO METODOLOGÍA NIIF

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	4.791.104.996	46,8%	46,0%
De 31 a 60 días	744.933.589	7,3%	
De 61 a 90 días	521.677.558	5,1%	
Más de 91 días	4.190.022.879	40,9%	
<b>Total general</b>	<b>10.247.739.022</b>	<b>100%</b>	<b>4.711.700.437</b>

Fuente: AHC. Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados.

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

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

<sup>9</sup> Decreto 457 de 2020.

<sup>10</sup> Decreto 417 de 2020.

Lo anterior indica que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus *cuentas por cobrar morosas* un valor por \$2,4 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 19,3% de la deuda total a junio de 2021 sin deterioros (\$12,7 billones aproximados). Es decir, en este periodo la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 205 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 44,4%
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 36,3%
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 19,3%
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0%

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

PENDIENTE DE PAGO por parte de la entidad responsable.

Siguiendo este criterio (ver Cuadro 1 - SIN INCLUIR EL *DETERIORO*), la deuda total a junio de 2021 es superior en más de \$2 billones frente a la reportada a diciembre de 2020, lo que indica una variación del 19,6% en el transcurso de un semestre, explicada, como ya se indicó, por la reactivación en la prestación de los servicios de salud, posterior al inicio de la pandemia mundial de COVID-19, en donde la mayoría de los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de telesalud, telemedicina o atención domiciliaria, presentando como consecuencia una caída en la facturación y los ingresos de las IPS durante el año 2020.

Según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del *Régimen Contributivo* (50,4%), seguidas por las EPS-S del *Régimen Subsidiado* (21,0%) y, en tercer lugar, el *Estado* (10,6%), que incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)<sup>11</sup> y la deuda del extinto Operador Fiduciario del FOSYGA. Estas tres categorías concentran el 82,0% de la deuda total registrada a junio de 2021.

Comparativamente y frente a los últimos diecinueve informes de cartera pasados (desde diciembre 2011 a junio

---

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

de 2021), se mantiene la participación dentro de la deuda de los principales actores, en donde las EPS del *Régimen Contributivo* y del *Subsidiado* más la categoría *Estado* representan más del 80,0% del total de la deuda (más de \$10,4 billones de pesos sin deterioro).

Las otras categorías de deudores (donde se incluyen IPS, planes complementarios y medicina prepagada, aseguradoras, empresas, particulares, administradoras de riesgos laborales y el magisterio) suman el 15,0% del total de la deuda reportada, frente al 14,8% del semestre anterior, y el 3,0% restante es deuda de la categoría “sin clasificar”.

## 2. METODOLOGÍA

Como ya se indicó, el análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria los registros de deuda depurados de 205 IPS, a partir de la expedición de la Circular Externa 016 de noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003 “Cuentas por cobrar-deudores”), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa 047 de 2007 por efecto de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Es importante aclarar que para los estudios anteriores al año 2017 se tuvieron en cuenta los formatos contemplados en la Circular Externa Única 047 de 2007 (archivo tipo de cuentas por cobrar) y la Circular Externa 049 de 2008, emanadas de la Supersalud. Dichos formatos fueron identificados como archivo de deudores tipo 059 para las IPS de naturaleza privada y tipo 064 y 114 para las públicas. Igualmente, se tuvieron en cuenta las Resoluciones 4362 de 2011<sup>12</sup> y su respectivo ajuste con la Resolución

1121 de 2013,<sup>13</sup> por las cuales se emite y se ajusta el nuevo Plan Único de Cuentas (PUC) para IPS de naturaleza privada, expedidas ambas por la Supersalud. De igual forma, se incluye la Resolución 421 de 2011<sup>14</sup> de la Contaduría General de la Nación que tiene en cuenta estas mismas modificaciones del PUC para las IPS de naturaleza pública, denominado Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública. Se tuvo en cuenta, igualmente, el Decreto 1095 de 2013, por el cual se reglamentó el inciso 2 del Artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, donde se estipula el procedimiento de aplicación de los giros directos entre los agentes del sistema. Para el efecto, se mantiene, como es tradicional, la clasificación de los once (11) tipos de deudores establecidos por la ACHC, los cuales se describen brevemente a continuación.

1. *Régimen Contributivo*: Comprende el registro de la deuda de las EPS activas que administran dicho régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación.
2. *Estado*: Categoría bajo la cual se consolida la deuda de las entidades territoriales de salud (ETS), representadas en las secretarías departamentales y locales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos, en lo que se refiere a la atención de la población pobre no afiliada y la atención de servicios No POS,<sup>15</sup> más la deuda de las antiguas cajas de previsión social del orden territorial que no se transformaron en Entidades Adaptadas de Salud (EAS), del extinto operador fiduciario del FOSYGA<sup>16</sup>,

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

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

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

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

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

de la nueva entidad ADRES<sup>17</sup> y de otras entidades del Estado.<sup>18</sup>

3. *Régimen Subsidiado*: Comprende el registro de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS-S) que administran este régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación, ya sean estas EPS, cajas de compensación familiar, empresas solidarias, mutuales o indígenas; e igualmente incluye la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que anteriormente se fusionaron y aún registran deuda.
4. *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*: Deuda de otras instituciones que se clasifican en IPS públicas y privadas en general, las que conforman Uniones Temporales y capitadoras, cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.
5. *Aseguradoras* por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y por cubrimiento de pólizas de salud y accidentes y empresas donde se registra el nombre, sin identificar el tipo de cubrimiento.
6. *Entidades de medicina prepagada y planes complementarios*.
7. *Empresas*: En aquellos casos que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares, o deudas de compañías o empresas propiamente dichas.

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

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

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

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

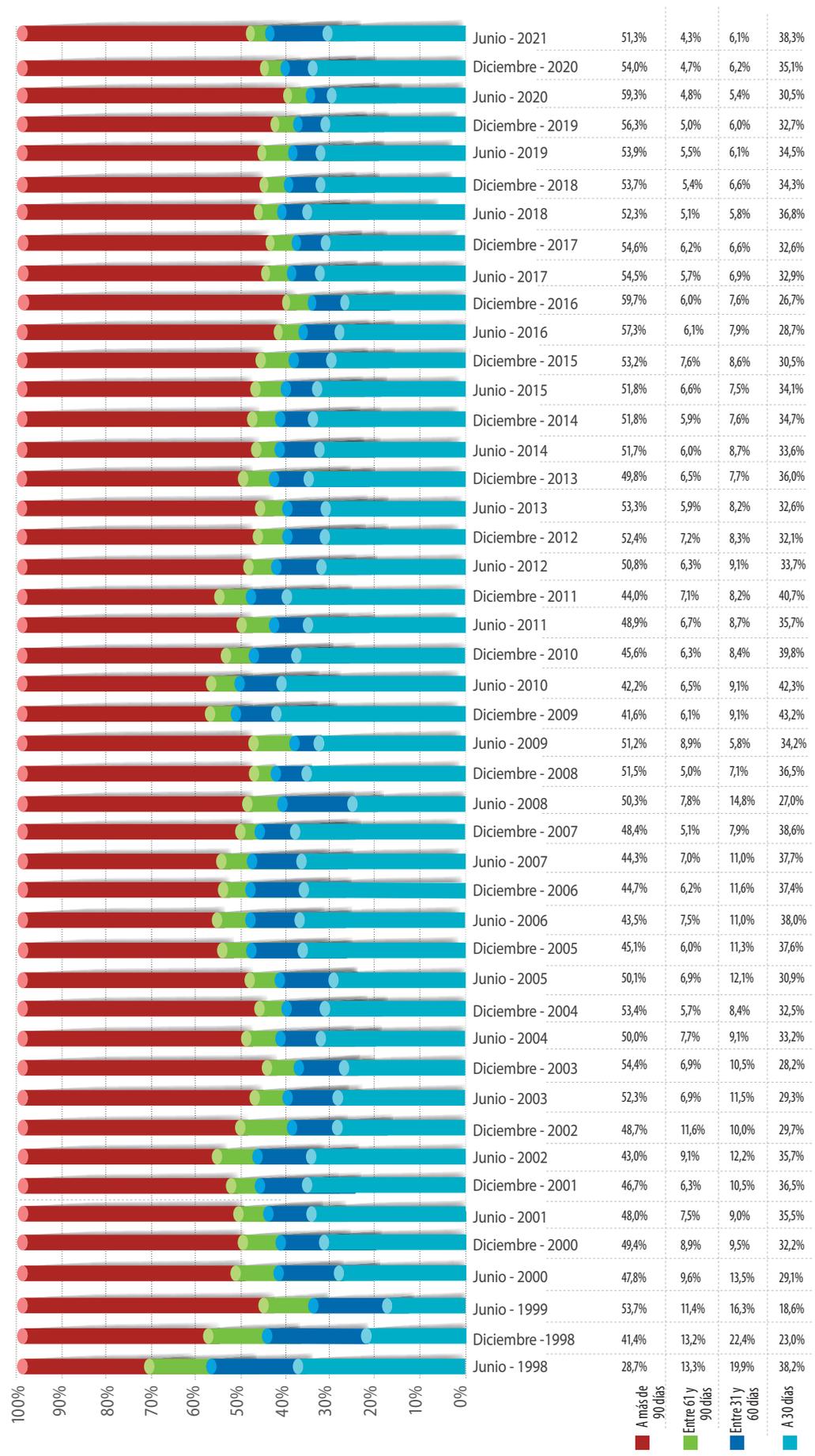
10. *Administradoras de riesgos profesionales o laborales*.

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

## 3. RESULTADOS

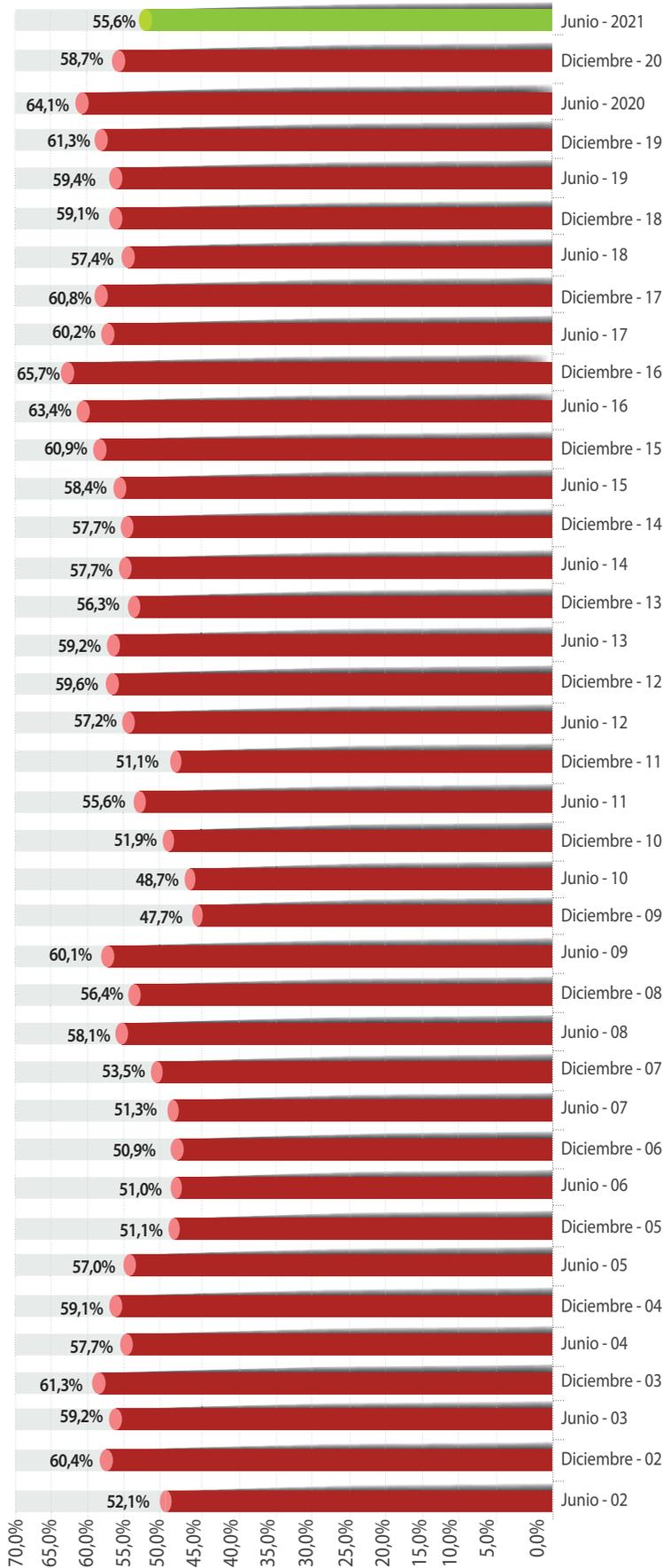
Observando la evolución de la cartera desde el año 1998 a la fecha (corte a junio de 2021), se puede evidenciar que las mayores concentraciones de cartera superior a 90 días se presentaron en junio - diciembre de 2003, diciembre de 2004, junio - diciembre de 2016, diciembre de 2019 y junio de 2020. En este punto se presenta una concentración menor en las cuentas por cobrar mayor a 90 días (51,3% frente al 54,0% a diciembre de 2020; ver Gráfico 1). Por su parte, se evidencia un incremento de 3,2 puntos porcentuales en la concentración de cartera a 30 días más corriente con respecto a diciembre de 2020, ubicándose en el 38,3%. La franja intermedia de cuentas por cobrar de 31 a 60 días y 61 a 90 presenta una disminución, ubicándose en 10,4% frente al 10,9% del semestre anterior.

**Gráfico 1. Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad. SIN INCLUIR EL DETERIORO**  
(Cortes semestrales del periodo junio 1998 – junio 2021)



Fuente: Informes semestrales de cartera ACHC.

**Gráfico 2. Comportamiento histórico de la composición de cartera en mora (mayor a 60 días). SIN INCLUIR EL DETERIORO**  
(Cortes semestrales del periodo diciembre 1998 – junio 2021)



Fuente: Informes semestrales de cartera ACHC.

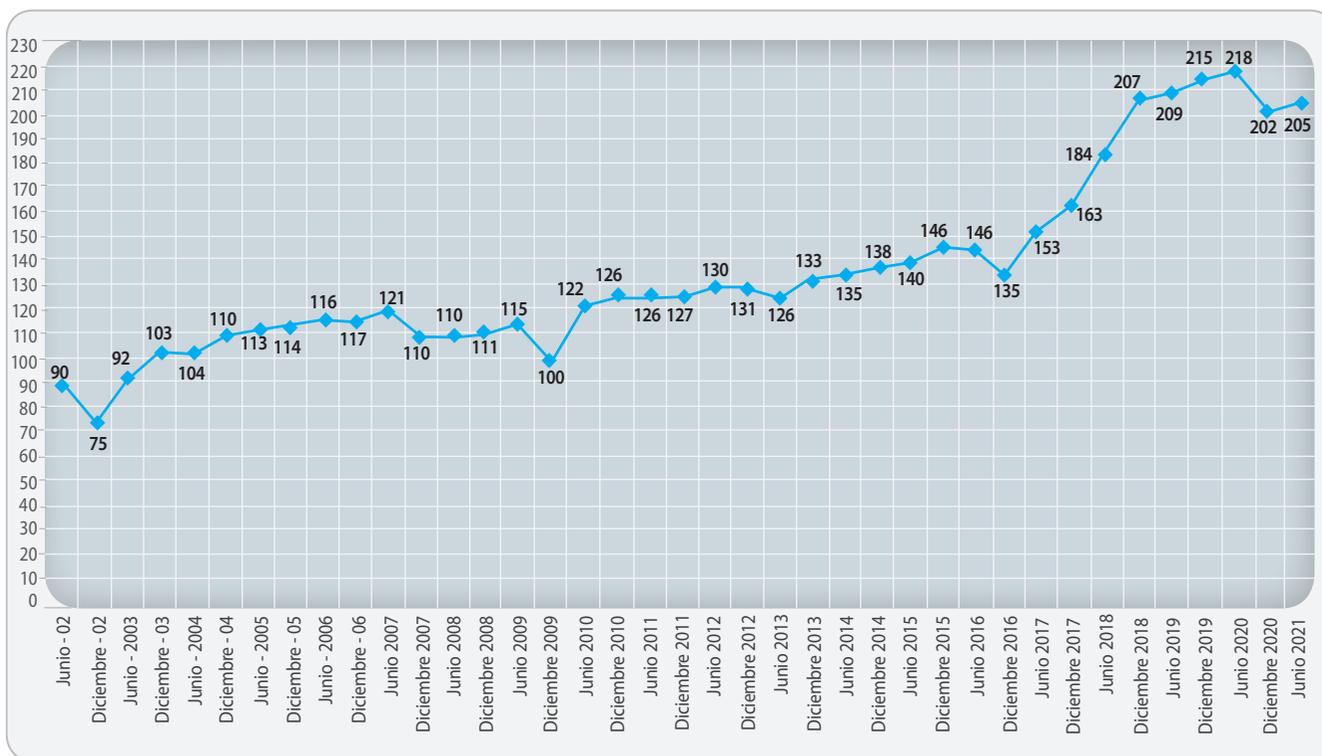
Por su parte, la cartera considerada en mora (mayor a 60 días) presenta una reducción a junio de 2021 de 3,1 puntos porcentuales bajo la implementación de la metodología NIIIF (55,6% vs 58,7% a diciembre de 2020) comparado con el semestre inmediatamente anterior (ver Gráfico 2).

### 3.1 Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 205 IPS que reportaron información en el actual corte, 107 son de naturaleza privada, 96 de naturaleza pública y 2 de carácter

mixto. A su vez, el 41,0% de las instituciones son de alta complejidad, el 23,9% de mediana y el 35,1% de baja (ver Cuadro 2).

**Gráfico 3. Comportamiento histórico del número de IPS afiliadas reportantes**  
(Cortes semestrales del período diciembre 1998 – junio 2021)



Fuente: Informes semestrales de cartera ACHC.

**Cuadro 2. IPS que reportaron informe de cartera según naturaleza jurídica y complejidad de atención a junio 30 de 2021**

Naturaleza jurídica	Complejidad	Número	Part. (%) por naturaleza jurídica
PRIVADA	ALTA	73	35,6%
	MEDIANA	25	12,2%
	BAJA	9	4,4%
<b>TOTAL PRIVADA</b>		<b>107</b>	<b>52,2%</b>
PÚBLICA	ALTA	9	4,4%
	MEDIANA	24	11,7%
	BAJA	63	30,7%
<b>TOTAL PÚBLICA</b>		<b>96</b>	<b>46,8%</b>
MIXTA	ALTA	2	1,0%
<b>Total general</b>		<b>205</b>	<b>100,0%</b>

Complejidad	Número	Part. (%) por complejidad
ALTA	84	41,0%
MEDIANA	49	23,9%
BAJA	72	35,1%
<b>Total general</b>	<b>205</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

### 3.2 Entidades deudoras

De acuerdo con la clasificación descrita en la metodología, el análisis de las entidades deudoras se realiza según tipo de deudor o negocio (Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entes Territoriales y EPS-S del Régimen Subsidiado), incluyendo luego un análisis de las principales entidades deudoras, y finalmente el panorama actual de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, venta, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial o programa de recuperación, frente al cruce de su respectiva población afiliada a la fecha de corte de este informe, e incluyendo el cambio de movilidad<sup>19</sup> (CM) entre regímenes a junio 30 de 2021.

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

Los anteriores análisis se realizan con base en la *deuda absoluta mayor a 60 días a junio 30 de 2021 (cartera considerada en mora)* y frente a los resultados del informe de cartera del período inmediatamente anterior.

#### 3.2.1 Cartera por tipo de deudor o negocio

La deuda considerada en mora (60 días y más)<sup>20</sup> se ubicó en el orden de los \$7,1 billones aproximados (ver

Cuadro 1 sin incluir el deterioro), representando el 55,6% del total de la deuda, o inferior al 58,7% del corte anterior bajo la implementación de la metodología NIIF a partir de 2017. Por su parte, el monto absoluto de cartera mayor a 60 días presentó un incremento de \$833.042 millones frente a diciembre de 2020. La deuda absoluta de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y los entes territoriales sigue estando representada en entidades como *Nueva EPS, Medimás EPS*, la vendida y luego intervenida para liquidar *Cafesalud EPS, Coomeva EPS*, el extinto *Operador fiduciario del FOSYGA* y la *ADRES, Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S (Savia Salud)*, *Saludvida EPS, EPS Sanitas*, luego *Saludcoop EPS OC* y finalmente *Coosalud*.

Cabe resaltar, como ya se indicó, que, dentro de la concentración de cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2021, situada en 55,6%, esta se compone de un 19,3% de cartera de más difícil cobro o *deteriorada* según lo indica la metodología NIIF.

Por tipo de deudor, las EPS del régimen contributivo mantienen la mayor participación en la deuda total (50,4%), siguiéndole en orden las EPS-S del régimen subsidiado (21,0%), el Estado (10,6%) y las demás previamente definidas y de naturaleza diversa (18,0%, incluyendo la categoría *Sin clasificar y otros conceptos*). Esto último representa una disminución en la participación frente a los informes anteriores de cartera.

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

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

Las EPS del régimen subsidiado disminuyeron su participación en 1,2 puntos porcentuales frente a diciembre de 2020 (21,0% frente al 22,2%). De otro lado, las EPS del régimen contributivo aumentaron su participación en 1,3 puntos porcentuales. Por su parte, la categoría *Estado* mantuvo su participación (10,6% frente al 10,6% a diciembre de 2020).

De otro lado, la deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado aumentó en más de \$1,5 billones de pesos con respecto a diciembre de 2020 y, si le sumamos la categoría Estado, la diferencia se incrementa a más \$1.7 billones de pesos.

En relación con la diferencia absoluta y la concentración de cartera mayor a 60 días, comparada con la situación del semestre anterior, las EPS del régimen subsidiado disminuyeron su participación en 1,2 puntos (pero con un incremento de la deuda morosa en más de \$159 mil millones frente al periodo anterior). Por su parte, el régimen contributivo disminuyó también en 3,7 puntos porcentuales su participación (en este caso en un valor de más de \$458 mil millones aproximados).

La categoría *Estado* presentó de igual forma una reducción de 5,0 puntos porcentuales en la cartera de mayor a 60 días, aunque con un incremento del valor absoluto, pasando de \$890.328 millones a \$995.851 millones a junio de 2021, explicado especialmente por las concentraciones de la deuda mayor a 60 días de las subcategorías como del desaparecido *Operador fiduciario del FOSYGA* (100,0%), de los entes territoriales (concentración morosa del 78,1%) y de la aparición, a partir del segundo semestre del año 2017, de la nueva entidad administradora de los recursos del sistema de salud *ADRES* (concentración morosa del 77,5%

frente al 85,4% a diciembre de 2020 y un incremento de más de \$23 mil millones de deuda morosa sin incluir los deterioros entre un periodo y otro).

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



**DASHBOARDS**  
Inteligencia Estratégica **Xoma**

Decide.  
Analiza.  
Planifica.

Llegó la era de la  
**Salud Estratégica.**

[www.xomaonline.com](http://www.xomaonline.com)

Aceptado por   
FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA  
Miembro de la Asociación Médica Mundial

**Xoma**  
La Solución en Salud que vive... y deja vivir.

ORACLE | Partner | Iris Soluciones 

**Cuadro 3. Composición de cartera por tipo de deudor (ambos escenarios) a junio 30 de 2021**  
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

Tipo de deudor	A 30 días más cte.	Part.(%) edad	De 31 a 60 días	Part.(%) edad	De 61 a 90 días	Part.(%) edad	Más de 91 días	Part.(%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2021	Dic 2020
<b>1. REG. CONTRIBUTIVO</b>	2.413.388.949	37,7%	453.143.805	7,1%	335.932.353	5,3%	3.193.344.027	49,9%	6.395.809.135	50,4%	49,1%
<b>2. ESTADO</b>	291.380.776	21,7%	56.164.714	4,2%	31.349.039	2,3%	964.502.046	71,8%	1.343.396.575	10,6%	10,6%
ADRES	38.407.874	19,0%	7.081.006	3,5%	7.208.394	3,6%	149.292.339	73,9%	201.989.614	1,6%	1,5%
ENTE TERRITORIAL	154.556.803	19,3%	21.086.807	2,6%	15.539.115	1,9%	609.597.163	76,1%	800.779.888	6,3%	6,5%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0%		0,0%		0,0%	110.634.869	100,0%	110.634.869	0,9%	1,0%
OTRAS	98.416.099	42,8%	27.996.901	12,2%	8.601.530	3,7%	94.977.675	41,3%	229.992.204	1,8%	1,7%
<b>3. REG. SUBSIDIADO</b>	871.893.531	32,7%	179.475.223	6,7%	106.972.796	4,0%	1.510.991.783	56,6%	2.669.333.333	21,0%	22,2%
<b>4. IPS</b>	312.713.964	52,4%	27.287.125	4,6%	23.444.378	3,9%	232.852.012	39,0%	596.297.479	4,7%	4,6%
<b>5. PC Y MP</b>	214.697.170	78,4%	13.143.041	4,8%	6.046.309	2,2%	39.899.323	14,6%	273.785.844	2,2%	2,1%
<b>6. ASEGURADORAS</b>	162.280.986	43,0%	18.234.433	4,8%	12.322.097	3,3%	184.632.046	48,9%	377.469.562	3,0%	3,1%
<b>7. EMPRESA</b>	197.131.530	43,9%	10.974.230	2,4%	13.405.523	3,0%	227.754.822	50,7%	449.266.105	3,5%	2,9%
<b>8. PARTICULARES</b>	33.609.092	37,2%	1.878.658	2,1%	1.518.601	1,7%	53.394.542	59,1%	90.400.893	0,7%	0,9%
<b>9. ARL (RIESGOS LABORALES)</b>	16.673.314	47,5%	3.082.098	8,8%	1.775.044	5,1%	13.542.664	38,6%	35.073.121	0,3%	0,4%
<b>10. MAGISTERIO</b>	39.032.943	47,1%	3.169.594	3,8%	3.689.241	4,5%	37.010.619	44,6%	82.902.396	0,7%	0,9%
<b>11. SIN CLASIFICAR Y OTROS CONCEPTOS</b>	304.285.261	79,1%	9.345.038	2,4%	11.049.741	2,9%	59.847.026	15,6%	384.527.065	3,0%	3,3%
<b>Total general</b>	<b>4.857.087.516</b>	<b>38,3%</b>	<b>775.897.959</b>	<b>6,1%</b>	<b>547.505.121</b>	<b>4,3%</b>	<b>6.517.770.911</b>	<b>51,3%</b>	<b>12.698.261.507</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

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

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo ascendió a los \$6,4 billones aproximados sin deterioro, con una morosidad (60 días y más) del 55,2% en comparación con el 58,9% del período anterior (reducción de 3,7 puntos porcentuales entre

un corte y otro) y un monto de deuda mayor a 60 días de más de \$3,5 billones de pesos.

La cartera de todas las EPS en operación para este periodo es de más de \$5,5 billones, con un promedio de 40,2% de cartera mayor a 60 días, inferior al 42,9% a diciembre de 2020, debido a la intervención para liquidar de algunas EPS como Cruz Blanca<sup>21</sup> y Saludvida<sup>22</sup> que fueron reasignadas a la categoría de Privado en liquidación con una concentración morosa del 100,0%. Por su parte, todas las EPS privadas en liquidación, entre ellas las que en el último tiempo han surtido este proceso, como Saludcoop<sup>23</sup> y Golden Group,<sup>24</sup> presentan concentraciones de cartera en mora del

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

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

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

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

100% a diciembre de 2020. Desde hace cuatro cortes, se tiene como novedad la aparición de Coosalud EPS dentro de las entidades privadas en operación, debido a su habilitación en el régimen contributivo,<sup>25</sup> con una deuda total de \$243.160 millones de pesos y una concentración morosa del 46,3%. A partir de tres períodos atrás se tiene la inclusión de la EPS Mutual Ser ESS que, a partir del año 2019, fue autorizada también para operar igualmente en el régimen contributivo<sup>26</sup> y a la fecha presenta una deuda total de \$258 millones de pesos y una concentración morosa del 29,3%.

Entidades como *Nueva EPS*, *Medimás EPS SAS* y *Cooameva EPS*, en su respectivo orden, siguen encabezando el listado de principales deudores por monto total en la categoría de EPS en operación. Entre las tres suman más de \$3,1 billones de pesos aproximados y una morosidad del 49,6%, 72,5% y 73,3%, respectivamente. Estas tres entidades participan dentro del total de deuda del régimen contributivo con el 48,3%, lo cual es bastante representativo a la hora de identificar los principales deudores (ver Cuadro 4).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta<sup>27</sup> inicial y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS,<sup>28</sup> la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (\$418 mil millones aproximados) aparece reasignada en la categoría Privado en liquidación. Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada Medimás EPS S. A. S.<sup>29</sup> de naturaleza privada, donde su deuda al 30 de junio de 2021 se sitúa en el orden de los \$664 mil millones aproximadamente, convirtiéndose en la segunda mayor deudora actualmente

## Entidades como Nueva EPS, Medimás EPS S. A. S. y Coomeva EPS, en su respectivo orden, siguen encabezando el listado de principales deudores por monto total en la categoría de EPS en operación. Entre las tres suman más de \$ 3,1 billones de pesos aproximados.

en operación del Régimen Contributivo por monto total de deuda. Por último, tenemos dentro de este régimen la deuda de la denominada Fundación Salud Mía EPS<sup>30</sup>, la cual presenta una deuda de \$3.977 millones de pesos al cierre de este corte.

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

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

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

<sup>28</sup> La orden por parte del Gobierno nacional mediante Resolución 002422 del 25 de noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se aprueba el Plan Especial de Asignación de Afiliados, presentado por Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo en Liquidación, fue transferir los afiliados de dicha EPS a CAFESALUD. Más de 4,6 millones de usuarios fueron trasladados.

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

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

**Cuadro 4. Cartera de las EPS del régimen contributivo por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) a junio 30 de 2021**

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y participación %)

Naturaleza jurídica deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2021	Dic 2020
PRIVADO EN OPERACIÓN	MEDIMÁS EPS SAS	143.018.788	21,5%	39.552.542	6,0%	38.157.547	5,7%	443.129.268	66,8%	663.858.146	10,4%	10,8%
	COOMEVA EPS	121.695.062	22,0%	26.343.878	4,8%	22.981.601	4,1%	383.091.232	69,1%	554.111.772	8,7%	9,8%
	EPS SANITAS	295.343.377	54,1%	48.423.360	8,9%	32.693.372	6,0%	169.778.944	31,1%	546.239.053	8,5%	9,4%
	SURA EPS – SUSALUD EPS	302.685.627	66,2%	28.338.586	6,2%	19.370.708	4,2%	107.128.188	23,4%	457.523.109	7,2%	6,7%
	FAMISANAR EPS	170.817.967	52,4%	31.446.118	9,6%	21.742.003	6,7%	102.112.426	31,3%	326.118.514	5,1%	4,9%
	COMPENSAR EPS	206.375.169	77,2%	19.771.465	7,4%	10.978.862	4,1%	30.257.055	11,3%	267.382.552	4,2%	3,3%
	COOSALUD	110.437.835	45,4%	20.114.182	8,3%	17.167.996	7,1%	95.440.750	39,3%	243.160.763	3,8%	4,1%
	SALUD TOTAL EPS	137.358.618	56,7%	25.775.181	10,6%	13.054.961	5,4%	65.902.420	27,2%	242.091.181	3,8%	4,0%
	S. O. S. EPS	131.148.392	56,9%	12.752.078	5,5%	10.450.026	4,5%	76.250.902	33,1%	230.601.398	3,6%	3,7%
	COMFENALCO VALLE	16.317.287	17,9%	6.450.745	7,1%	6.685.969	7,3%	61.784.088	67,7%	91.238.088	1,4%	1,6%
	ALIANSA SALUD EPS	24.629.214	74,8%	1.479.574	4,5%	1.127.186	3,4%	5.699.227	17,3%	32.935.202	0,5%	0,6%
	FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	3.426.651	86,2%	254.809	6,4%	29.448	0,7%	266.407	6,7%	3.977.315	0,1%	0,1%
	MUTUAL SER ESS	94.343	36,5%	88.090	34,1%	12.527	4,9%	63.233	24,5%	258.193	0,0%	0,0%
<b>TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN</b>		<b>1.663.348.330</b>	<b>45,5%</b>	<b>260.790.609</b>	<b>7,1%</b>	<b>194.452.205</b>	<b>5,3%</b>	<b>1.540.904.141</b>	<b>42,1%</b>	<b>3.659.495.285</b>	<b>57,2%</b>	<b>59,0%</b>
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	CAFESALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	418.509.636	100,0%	418.509.636	6,5%	6,8%
	SALUDCOOP EPS OC		0,0%		0,0%		0,0%	183.256.111	100,0%	183.256.111	10,4%	10,4%
	SALUDVIDA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	152.351.454	100,0%	152.351.454	2,4%	2,6%
	CRUZ BLANCA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	80.412.110	100,0%	80.412.110	1,3%	1,5%
	SOLSALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	15.165.040	100,0%	15.165.040	0,6%	0,6%
	HUMANA VIVIR EPS		0,0%		0,0%		0,0%	7.758.558	100,0%	7.758.558	0,1%	0,1%
	GOLDEN GROUP EPS		0,0%		0,0%		0,0%	3.893.020	100,0%	3.893.020	0,1%	0,1%
	RED SALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	931.499	100,0%	931.499	0,0%	0,0%
	SALUD COLPATRIA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	679.734	100,0%	679.734	0,0%	0,1%
	SALUD COLOMBIA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	526.159	100,0%	526.159	0,0%	0,0%
	COMFENALCO ANTIOQUÍA		0,0%		0,0%		0,0%	455.705	100,0%	455.705	0,0%	0,0%
	MULTIMÉDICAS EPS		0,0%		0,0%		0,0%	320.483	100,0%	320.483	0,0%	0,0%
<b>TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>864.259.510</b>	<b>100,0%</b>	<b>864.259.510</b>	<b>13,5%</b>	<b>15,1%</b>
PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN	SEGURO SOCIAL EPS		0,0%		0,0%		0,0%	1.489.960	100,0%	1.489.960	0,0%	0,0%
	CAJANAL		0,0%		0,0%		0,0%	100.558	100,0%	100.558	0,0%	0,0%
<b>TOTAL PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN</b>		<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>-</b>	<b>0,0%</b>	<b>1.590.518</b>	<b>93,3%</b>	<b>1.590.518</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
MIXTA EN OPERACIÓN	NUEVA EPS	750.040.619	40,1%	192.353.196	10,3%	141.480.148	7,6%	786.589.860	42,1%	1.870.463.823	29,2%	25,9%
<b>TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN</b>		<b>750.040.619</b>	<b>40,1%</b>	<b>192.353.196</b>	<b>10,3%</b>	<b>141.480.148</b>	<b>7,6%</b>	<b>786.589.860</b>	<b>42,1%</b>	<b>1.870.463.823</b>	<b>29,2%</b>	<b>25,9%</b>
<b>Total general</b>		<b>2.413.388.949</b>	<b>37,7%</b>	<b>453.143.805</b>	<b>7,1%</b>	<b>335.932.353</b>	<b>5,3%</b>	<b>3.193.344.027</b>	<b>49,9%</b>	<b>6.395.809.135</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

La deuda de la *Nueva EPS* de carácter mixta alcanzó un monto superior a los \$1,9 billones de pesos aproximados, lo que representa el 29,2% frente al total de deuda de todo el régimen contributivo (3,4 puntos porcentuales más y frente a la participación de toda la deuda del corte a junio de 2021). De igual modo, registra un 49,6% de cartera morosa frente al 55,9% de la deuda en mora reportada en el período a diciembre de 2020.

En el Gráfico 4<sup>31</sup> se observa un total de 10 empresas del régimen contributivo en operación, con sus respectivas concentraciones de cartera mayor a 60 días, ordenado por la población afiliada que reporta cada entidad a junio de 2021 en este régimen. Dichas entidades concentran el 93,1% de afiliados del contributivo (más de 22,8 millones de afiliados a nivel nacional). La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra como la *NUEVA EPS*<sup>32</sup> (4,3 millones aproximados en el régimen contributivo), presenta para este periodo un valor de cartera morosa del 49,6%.

Las empresas que le siguen con mayor número de afiliados son: *Sura EPS* con 4,2 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 27,6% frente al 28,2% a junio de 2020), *EPS Sanitas* con más de 3,9 millones de afiliados (cartera morosa del 37,1% frente al 31,0% a diciembre de 2020), *Salud Total* con más de 3,4 millones de afiliados (cartera morosa del 32,6% frente al 37,3% a diciembre de 2020) y *Famisanar EPS SAS* con

## La deuda de la Nueva EPS de carácter mixta alcanzó un monto superior a los \$1,9 billones de pesos aproximados, lo que representa el 29,2% frente al total de deuda de todo el régimen contributivo.

cerca de 2,2 millones (cartera morosa del 38,0% frente al 43,8% a diciembre de 2020). Estas cinco entidades mencionadas anteriormente, concentran el 74,5% de afiliados de todo el Régimen Contributivo (más de 18 millones de afiliados).

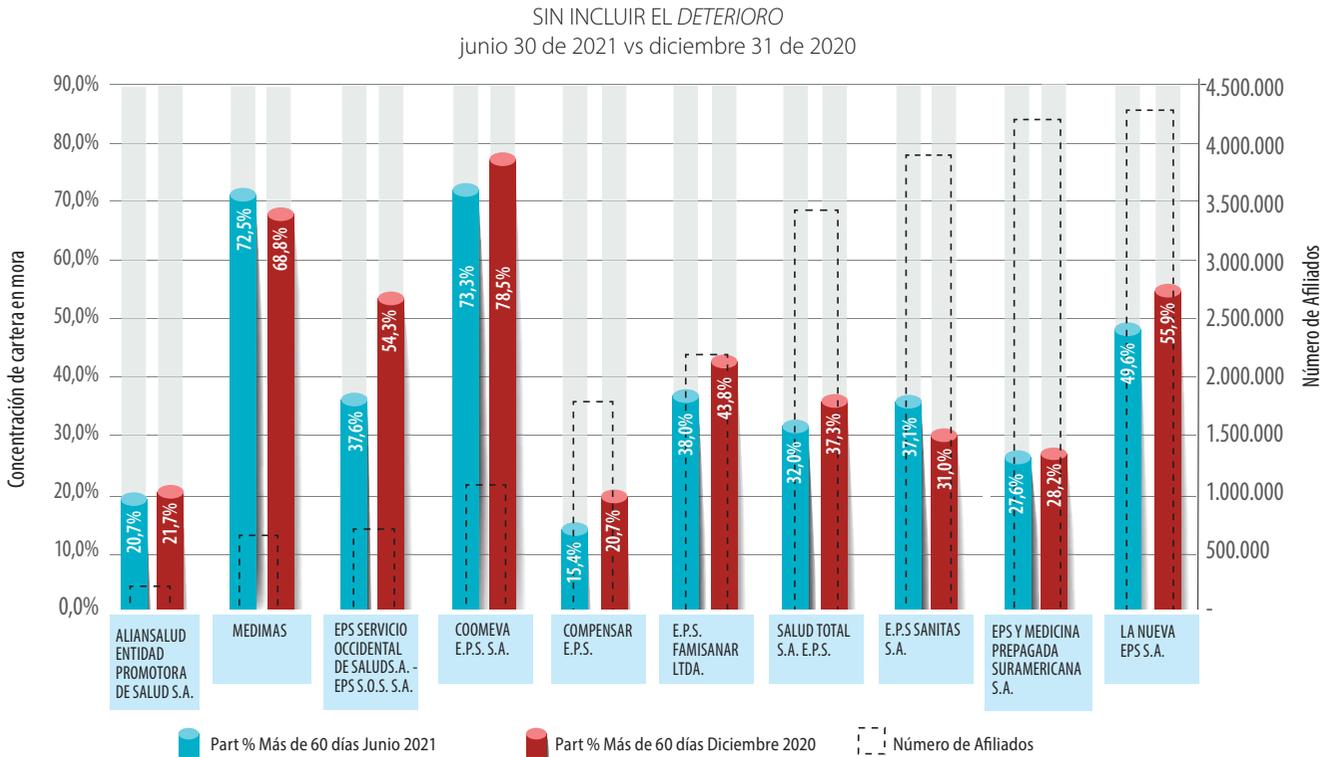
Cabe la pena destacar, que de las 10 EPS que se muestran el siguiente gráfico, *EPS Sanitas S.A.* y *Medimás EPS SAS*, son las únicas que presenta incrementos en su concentración de cartera en mora a junio de 2021.

Adicionalmente, se debe hacer una mención especial a entidades como *Compensar*, *Aliansalud* y *EPS Sura EPS*, que concentran entre las tres el 25,8% de afiliados de todo el régimen contributivo (más de 6.2 millones) y a su vez presentan unas concentraciones de cartera morosa inferiores al 27% (15,4%, 20,7% y 27,6% respectivamente) dentro del régimen contributivo.

<sup>31</sup> La ordenación del Gráfico 4 por entidad deudora obedece al número de afiliados por EPS, según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2021, y estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a junio de 2021.

<sup>32</sup> A junio 30 de 2021 dicha entidad reporta 7,8 millones de afiliados entre contributivo y subsidiado según la BDU de Minsalud.

**Gráfico 4. Composición por número de afiliados y cartera mayor de 60 días de entidades del Régimen Contributivo.**



Fuente: Informes semestrales de cartera de la ACHC y población afiliada según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social.

### 3.2.3. Entes territoriales

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

A junio 30 de 2021 el monto total adeudado fue de \$800.779 millones sin deterioro (incremento de \$109.361 millones frente a los \$691.418 millones registrados a diciembre de 2020). Esta categoría representa el 6,3% de la deuda total con respecto a los \$12,7 billones aproximados registrados durante este corte (reducción de 0,2 puntos porcentuales frente a la participación reportada a diciembre de 2020; ver Cuadro 3). Este monto corresponde a la deuda agregada de treinta y dos departamentos, incluyendo el Distrito Capital, más el conjunto de municipios reportados (ver Cuadro 5).

Por otro lado, la concentración de la cartera en mora correspondiente a 60 días y más presenta una reducción pasando de un 83,7% en diciembre pasado, a un 78,1% en el presente corte (diferencia de 5,6 puntos porcentuales). Por su parte, la cifra absoluta de cartera en mora para este tipo de deudor se incrementó, pasando de \$578.530 millones en diciembre de 2020 a \$625.136 con corte a junio de 2021.

Al observar el Cuadro 5 podemos detallar que, para este semestre, el departamento de *Norte de Santander* sigue liderando la cartera de los entes territoriales; específicamente, presenta un endeudamiento total de \$127.139 millones, equivalente al 15,9% de la deuda total de los entes territoriales (reducción de 1,4 puntos porcentuales en la participación de deuda total con respecto a la registrada en el corte a diciembre de 2020).

En cuanto al valor absoluto de la cartera total para dicho departamento, esta se incrementó en más de \$8 mil millones en el último semestre. Por su parte, la concentración de cartera mayor a 60 días disminuyó, pasando del 84,3% al 79,3% en el actual semestre (reducción de 5,1 puntos porcentuales).

Adicionalmente y por monto total de deuda absoluta, la categoría *Otros Municipios*, el

departamento de *Antioquia* y el departamento del *Valle del Cauca* presentan los máximos volúmenes de deuda (suman un total de más de \$296 mil millones entre las tres), con una participación del 37,0% sobre el total de deuda de los entes territoriales y una concentración de cartera morosa promedio del 78,5% a junio de 2021. Por su parte, los antiguos territorios nacionales o corregimientos departamentales como *Vaupés*, *Guainía*, *Vichada* y *Guaviare* son los que presentan los menores saldos de deuda total.

**Cuadro 5. Cartera de los entes territoriales por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) a junio 30 de 2021**

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

Ente territorial deudor	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2021	Dic 2020
NORTE DE SANTANDER	26.077.750	20,5%	302.067	0,2%	183.726	0,1%	100.575.620	79,1%	127.139.163	15,9%	17,2%
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	18.680.010	17,2%	3.047.876	2,8%	1.515.519	1,4%	85.205.245	78,6%	108.448.649	13,5%	11,8%
ANTIOQUÍA	20.313.566	21,4%	4.106.811	4,3%	3.920.306	4,1%	66.456.520	70,1%	94.797.204	11,8%	11,8%
VALLE DEL CAUCA	12.071.767	13,0%	5.413.278	5,8%	3.095.629	3,3%	72.182.618	77,8%	92.763.292	11,6%	11,6%
BOGOTÁ D.C.	19.555.243	36,2%	1.869.302	3,5%	1.821.029	3,4%	30.707.430	56,9%	53.953.004	6,7%	5,4%
QUINDÍO	9.631.661	33,9%	398.889	1,4%	182.293	0,6%	18.234.525	64,1%	28.447.368	3,6%	2,9%
HUILA	5.328.734	18,8%	1.047.717	3,7%	431.322	1,5%	21.594.878	76,0%	28.402.651	3,5%	3,5%
ATLÁNTICO	1.836.806	7,6%	108.787	0,5%	222.205	0,9%	21.861.206	91,0%	24.029.004	3,0%	3,2%
CUNDINAMARCA	3.280.367	14,2%	521.423	2,3%	1.297.447	5,6%	18.019.055	77,9%	23.118.293	2,9%	3,1%
NARIÑO	4.684.381	21,3%	767.073	3,5%	312.087	1,4%	16.209.490	73,8%	21.973.031	2,7%	2,6%
CÓRDOBA	1.270.187	6,4%	5.263	0,0%	6.961	0,0%	18.657.998	93,6%	19.940.409	2,5%	1,5%
CAUCA	414.346	2,2%	12.447	0,1%	31.229	0,2%	18.307.950	97,6%	18.765.972	2,3%	2,8%
TOLIMA	1.811.937	10,2%	524.627	3,0%	481.677	2,7%	14.892.418	84,1%	17.710.658	2,2%	2,0%
BOLIVAR	788.124	4,8%	104.589	0,6%	252.582	1,5%	15.214.887	93,0%	16.360.182	2,0%	2,7%
SANTANDER	3.357.305	21,0%	505.603	3,2%	124.860	0,8%	12.028.601	75,1%	16.016.370	2,0%	2,4%
BOYACÁ	1.587.334	11,1%	-	0,0%	4.029	0,0%	12.714.779	88,9%	14.306.142	1,8%	2,1%
CALDAS	1.195.816	8,4%	416.408	2,9%	209.986	1,5%	12.362.827	87,2%	14.185.038	1,8%	1,8%
RISARALDA	6.733.597	58,3%	844.095	7,3%	551.423	4,8%	3.429.196	29,7%	11.558.312	1,4%	1,2%
SUCRE	3.553.886	33,4%	302.258	2,8%	47.116	0,4%	6.750.443	63,4%	10.653.703	1,3%	1,4%
LA GUAJIRA	3.021.498	28,4%	252.687	2,4%	195.856	1,8%	7.152.996	67,3%	10.623.037	1,3%	1,1%
CHOCÓ	213.617	3,3%	16.847	0,3%	14.008	0,2%	6.323.942	96,3%	6.568.413	0,8%	1,9%
MAGDALENA	1.052.726	16,3%	121.732	1,9%	11.170	0,2%	5.289.187	81,7%	6.474.815	0,8%	0,9%
PUTUMAYO	1.657.313	25,8%	263.868	4,1%	314.704	4,9%	4.179.691	65,1%	6.415.575	0,8%	0,8%
META	948.928	16,5%	50.828	0,9%	187.659	3,3%	4.554.912	79,3%	5.742.326	0,7%	0,8%
CASANARE	2.274.019	45,6%	24.957	0,5%	108.651	2,2%	2.577.934	51,7%	4.985.561	0,6%	0,6%
CESAR	835.959	16,8%	4.953	0,1%	27	0,0%	4.129.585	83,1%	4.970.524	0,6%	0,6%

Continúa en la siguiente página 

Ente territorial deudor	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2021	Dic 2020
ARAUCA	707.131	16,7%	24.359	0,6%	1.305	0,0%	3.495.837	82,7%	4.228.632	0,5%	0,6%
CAQUETÁ	14.971	0,6%	68	0,0%	5.046	0,2%	2.484.458	99,2%	2.504.543	0,3%	0,8%
GUAVIARE	569.473	32,8%	-	0,0%	-	0,0%	1.166.593	67,2%	1.736.066	0,2%	0,2%
AMAZONAS	259.468	16,4%	-	0,0%	9.117	0,6%	1.317.032	83,1%	1.585.618	0,2%	0,2%
SAN ANDRÉS ISLAS	558.364	49,4%	-	0,0%	147	0,0%	572.657	50,6%	1.131.168	0,1%	0,3%
VICHADA	162.659	30,2%	27.993	5,2%	-	0,0%	347.228	64,6%	537.880	0,1%	0,1%
GUAINÍA	71.045	17,2%	-	0,0%	-	0,0%	342.114	82,8%	413.159	0,1%	0,1%
VAUPÉS	36.816	12,5%	-	0,0%	-	0,0%	257.310	87,5%	294.125	0,0%	0,0%
<b>Total general</b>	<b>154.556.803</b>	<b>19,3%</b>	<b>21.086.807</b>	<b>2,6%</b>	<b>15.539.115</b>	<b>1,9%</b>	<b>609.597.163</b>	<b>76,1%</b>	<b>800.779.888</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

### 3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)

Para este tipo de deudor, el monto adeudado supera los \$2,6 billones sin deterioro, que corresponde al 21,0% de la cartera total del presente estudio (Ver Cuadros 3 y 6). La cartera en mora de las EPS-S del régimen subsidiado suma un valor de más de \$1,6 billones de pesos (60 días y más) y representa el 60,6%, inferior en 1,2 puntos porcentuales en comparación a la concentración en mora mayor a 60 días registrada al 31 de diciembre de 2020.

Por su parte, las EPS-S privadas en operación suman \$1,3 billones aproximados, equivalente al 47,8% de la cartera total del régimen subsidiado con corte a junio de 2021, inferior en 6,7 puntos porcentuales frente a la participación total del semestre anterior (54,5%).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta inicial y posterior intervención para liquidar de *Cafesalud EPS*, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017,

por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (más de \$48 mil millones) aparece referenciado en la categoría *Privado en liquidación*. Por otro lado, la enajenación de la entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada *Medimás EPS SAS* de naturaleza privada. Su deuda al 30 de junio de 2021 está en el orden de los \$116 mil millones y una concentración morosa del 64,6%. Por otro lado, tenemos la *revocatoria total de autorización de funcionamiento* ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud de la EPS *Comfacor*,<sup>33</sup> la cual pasa a la categoría *Privado en liquidación* con una deuda total a la fecha de \$34.782 millones, al igual que la EPS *Emdisalud*<sup>34</sup> que fue intervenida para liquidar con una deuda total de \$76.827 millones y una concentración morosa del 100%. Durante el último año, la Supersalud ordenó la liquidación de *Ambuq ESS*,<sup>35</sup> *Comfamiliar Cartagena*,<sup>36</sup> *Comfacundi*,<sup>37</sup> y *Comparta*<sup>38</sup> (deuda de más de \$111 mil millones), por lo cual para este periodo aparecen en dicha categoría, al igual que la EPS *Comfamiliar Nariño*,<sup>39</sup> que se sometió a retiro voluntario.

En el presente estudio, las tres EPS-S privadas en operación que mayor deuda total reportan son: *Emssanar*, *Asmet Salud* y *Medimás EPS SAS*,

<sup>33</sup> Resolución 000299 del 31 de enero de 2019. Superintendencia Nacional de Salud. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/superintendencia-revoca-y-ordena-liquidar-programa-de-salud-de-comfacor>

<sup>34</sup> Resolución 8929 del 02 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.

<sup>35</sup> Resolución 1214 del 8 de febrero de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>36</sup> Resolución 12754 del 6 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>37</sup> Resolución 12645 del 5 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>38</sup> Resolución 202151000124996 del 26 de julio de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>39</sup> Resolución 006761 del 28 de junio de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

con un nivel de endeudamiento total (entre las tres) de \$690.514 millones, equivalente al 25,9% de participación sobre la deuda de todo el régimen subsidiado y unas concentraciones de cartera morosa del 37,6%, 45,1% y 64,6%, respectivamente.

Por el lado de las EPS públicas en operación, *CONVIDA* es la que mayor deuda sigue registrando con un monto total de \$133.483 millones y una concentración de cartera morosa del 67,9% a junio de 2021.

Es necesario recordar que actualmente *CONFAMA*, en alianza con el sector público, opera la llamada *Alianza Medellín Antioquia EPS*<sup>40</sup> S. A. S. (más conocida como *Savia Salud*<sup>41</sup> EPS). Por lo anterior, se puede observar un significativo monto total de deuda de esta entidad por valor de \$413.475 millones, donde el 52,1% corresponde a cartera en mora (superior en 3,9 puntos porcentuales con respecto a diciembre de 2020). A su vez, esta entidad de carácter mixto concentra el 15,5% de toda la deuda del régimen subsidio para este corte, siendo la mayor deudora de todo el régimen subsidiado en los últimos once estudios consecutivos, desde que la EPS pública *Caprecom*<sup>42</sup> fue liquidada.

Por otra parte, *Caprecom* sigue siendo la mayor deudora en proceso de liquidación dentro del régimen subsidiado (\$54.878 millones),<sup>43</sup> concentrando ahora tan solo el 2,1% del total de la deuda de este régimen y perdiendo, como es lógico, participación. Adicionalmente, observando la

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

En esta clasificación tenemos igualmente a la *Nueva EPS*,<sup>44</sup> de carácter mixta, a partir de su obtención de habilitación para operar en el régimen subsidiado desde diciembre de 2015, con un monto actual de deuda total de \$70.177 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 37,2% a junio de 2021.

Por último, se debe mencionar también que las EPS *Comfaboy*<sup>45</sup> y *Manexka Eps*<sup>46</sup> (la primera por liquidación voluntaria, la segunda por orden de la Superintendencia Nacional de Salud), pasaron igualmente a la categoría *Privado en liquidación*.

---

<sup>40</sup> En 2012 se da la autorización para su creación mediante el Acuerdo Municipal 55 de 2012 y la Ordenanza Departamental No.39 de 2012. El 27 de marzo de 2013 dicha autorización se materializó en la Asamblea de Constitución, en la cual acoge la razón social ALIANZA MEDELLÍN-ANTIOQUIA EPS SAS. El 1 de mayo comienza operaciones y el 15 de julio, después de la publicación en la Gaceta Oficial de Superintendencia de Industria y Comercio, adopta la marca y recibe el nombre de SAVIA SALUD EPS

<sup>41</sup> "Savia Salud es una Entidad Promotora de Salud para el régimen subsidiado que tiene operación actual en 116 municipios de Antioquia. Savia Salud es una EPS mixta resultado de una alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Comfama, nuestro operador". Tomado de la página oficial En: <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/organizacional/planeacion-estrategica>

<sup>42</sup> El Gobierno Nacional, a través del Decreto 2519 del 28 de Diciembre del 2015, dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública.

<sup>43</sup> A julio de 2021 se había hecho efectivo el pago por parte del gobierno nacional, del acuerdo de punto final por valor de \$514 mil millones de pesos de la liquidación final de dicha EPS. <https://sig.sispro.gov.co/acuerdopuntofinal/>

<sup>44</sup> La NUEVA EPS recibió un porcentaje de los afiliados pertenecientes a la EPS del Régimen subsidiado CAPRECOM, luego de la liquidación de esta última en el mes de diciembre del año 2015 y mediante la Resolución N° 002664 del 17 de Diciembre de 2015 expedida por la Supersalud, la cual habilita a la NUEVA EPS para operar en este régimen.

<sup>45</sup> Retiro dado efectivamente a partir del 1 de octubre de 2017. Resolución 2916 de 25 de agosto de 2017. El día 19 de abril de 2018 se expidió la Resolución 002, mediante la cual la Liquidadora del PROGRAMA DE SALUD EPS S EN LIQUIDACIÓN OPERADO POR COMFABOY, procedió a la determinación, calificación y graduación de derechos y obligaciones a cargo del ente en liquidación, con fundamento en las disposiciones legales allí indicadas. Ver <http://www.comfaboy.org/noticias/358-liquidacion-voluntaria-eps>

<sup>46</sup> Resolución 0527 de 27 de marzo de 2017 y Sentencia T-103 de 2018. Supersalud ordena liquidación de la EPS indígena Manexka. Ver <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-liquidacion-de-la-eps-indigena-manexka>

**Cuadro 6. Cartera de las EPS del régimen subsidiado por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) a junio 30 de 2021**  
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

Naturaleza jurídica deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 Z días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2021	Dic 2020
PRIVADO EN OPERACIÓN	EMSSANAR ESS	156.088.363	53,3%	26.622.791	9,1%	19.889.646	6,8%	90.438.392	30,9%	293.039.192	11,0%	11,5%
	ASMET SALUD ESS	127.352.073	45,2%	27.377.057	9,7%	18.259.236	6,5%	108.682.254	38,6%	281.670.620	10,6%	10,8%
	MEDIMÁS EPS SAS	28.322.323	24,5%	12.645.341	10,9%	8.291.795	7,2%	66.545.435	57,5%	115.804.895	4,3%	4,7%
	COMFAMILIAR HUILA	33.992.106	32,7%	6.811.083	6,6%	6.935.709	6,7%	56.113.693	54,0%	103.852.591	3,9%	4,1%
	ECOOPSOS ESS	22.815.263	22,7%	5.907.641	5,9%	5.172.528	5,2%	66.492.515	66,2%	100.387.947	3,8%	3,7%
	COOSALUD	24.825.004	29,6%	13.314.606	15,9%	6.654.957	7,9%	39.166.308	46,6%	83.960.875	3,1%	2,7%
	CAJACOPI	27.371.606	36,4%	7.990.631	10,6%	5.581.477	7,4%	34.250.837	45,5%	75.194.551	2,8%	2,4%
	A.I.C. EPSI	34.488.187	52,5%	4.626.219	7,0%	4.736.308	7,2%	21.846.645	33,3%	65.697.359	2,5%	1,9%
	MUTUAL SER ESS	36.387.874	67,9%	4.638.962	8,7%	1.627.882	3,0%	10.974.872	20,5%	53.629.589	2,0%	1,7%
	MALLAMAS EPSI	18.780.571	52,3%	6.670.090	18,6%	2.291.767	6,4%	8.172.306	22,8%	35.914.734	1,3%	1,1%
	COMFAORIENTE	11.218.697	60,2%	999.237	5,4%	651.598	3,5%	5.776.218	31,0%	18.645.751	0,7%	0,9%
	PIJAO SALUD EPSI	5.604.730	30,5%	1.626.613	8,8%	956.413	5,2%	10.204.139	55,5%	18.391.895	0,7%	0,6%
	COMFACHOCÓ	7.827.071	74,3%	656.147	6,2%	323.595	3,1%	1.724.545	16,4%	10.531.358	0,4%	0,4%
	COMFAMILIAR GUAJIRA	5.952.196	57,7%	1.376.878	13,3%	1.309.093	12,7%	1.684.634	16,3%	10.322.800	0,4%	0,5%
	COMFASUCRE	2.393.787	60,6%	284.285	7,2%	62.664	1,6%	1.210.840	30,6%	3.951.575	0,1%	0,1%
	ANAS WAYUU EPSI	1.825.668	73,9%	389.450	15,8%	40.267	1,6%	213.587	8,7%	2.468.973	0,1%	0,1%
	DUSAKAWI EPSI	782.851	35,8%	216.705	9,9%	56.567	2,6%	1.130.624	51,7%	2.186.747	0,1%	0,1%
CCF SIN ESPECIFICAR	397.092	74,7%	61.053	11,5%	2.886	0,5%	70.339	13,2%	531.370	0,0%	0,0%	
<b>TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN</b>		546.425.461	42,8%	122.214.789	9,6%	82.844.387	6,5%	524.698.183	41,1%	1.276.182.820	47,8%	54,5%
PÚBLICO EN OPERACIÓN	CONVIDA	34.977.163	26,2%	7.916.092	5,9%	4.102.446	3,1%	86.487.378	64,8%	133.483.078	5,0%	4,4%
	CAPRESOCA EPS	11.887.545	27,8%	1.712.581	4,0%	905.726	2,1%	28.308.849	66,1%	42.814.700	1,6%	1,1%
<b>TOTAL PÚBLICO EN OPERACIÓN</b>		46.864.708	26,6%	9.628.672	5,5%	5.008.171	2,8%	114.796.227	65,1%	176.297.779	6,6%	5,6%
<b>TOTAL EPS-S EN OPERACIÓN</b>		593.290.169	40,8%	131.843.461	9,1%	87.852.558	6,0%	639.494.410	44,0%	1.452.480.599	54,4%	60,1%
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN	COMPARTA ESS	1.461	0,0%	87	0,0%	784	0,0%	111.000.947	100,0%	111.003.279	4,2%	4,4%
	AMBUQ ESS		0,0%		0,0%		0,0%	82.339.861	100,0%	82.339.861	3,1%	3,2%
	EMDISALUD		0,0%		0,0%		0,0%	76.827.443	100,0%	76.827.443	2,9%	2,9%
	COMFAMILIAR NARIÑO	18.507.441	24,4%	4.089.168	5,4%	3.398.419	4,5%	49.943.431	65,8%	75.938.459	2,8%	2,8%
	SALUDVIDA EPS		0,0%		0,0%		0,0%	61.940.940	100,0%	61.940.940	2,3%	2,2%
	CAFESALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	48.468.710	100,0%	48.468.710	1,8%	2,3%
	COMFAMILIAR CARTAGENA		0,0%		0,0%		0,0%	45.066.738	100,0%	45.066.738	1,7%	1,2%

Continúa en la siguiente página ➡

Naturaleza jurídica deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 Z días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2021	Dic 2020
	COMFACOR		0,0%		0,0%		0,0%	34.782.413	100,0%	34.782.413	1,3%	1,0%
	COMFACUNDI	281	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	12.103.612	100,0%	12.103.893	0,5%	0,4%
	MANEXKA EPSI		0,0%		0,0%		0,0%	4.743.699	100,0%	4.743.699	0,2%	0,2%
	COLSUBSIDIO		0,0%		0,0%		0,0%	1.866.103	100,0%	1.866.103	0,1%	0,1%
	COMFAMILIAR CAMACOL		0,0%		0,0%		0,0%	1.773.790	100,0%	1.773.790	0,1%	0,1%
	COMFANORTE-FAMISALUD		0,0%		0,0%		0,0%	1.611.790	100,0%	1.611.790	0,1%	0,1%
	COMFENALCO ANTIOQUÍA		0,0%		0,0%		0,0%	920.961	100,0%	920.961	0,0%	0,0%
	CAFAM		0,0%		0,0%		0,0%	861.451	100,0%	861.451	0,0%	0,0%
	OTRAS EPS DEL R. SUB.-EN LIQ.	23.675	4,3%	-	0,0%	-	0,0%	532.101	95,7%	555.776	0,0%	0,4%
	COMFABOY		0,0%		0,0%		0,0%	495.429	100,0%	495.429	0,0%	0,0%
	HUMANA VIVIR EPS		0,0%		0,0%		0,0%	256.725	100,0%	256.725	0,0%	0,1%
	CAFABA		0,0%		0,0%		0,0%	167.235	100,0%	167.235	0,0%	0,0%
	COMFENALCO TOLIMA		0,0%		0,0%		0,0%	154.126	100,0%	154.126	0,0%	0,0%
	COMFAMA		0,0%		0,0%		0,0%	113.387	100,0%	113.387	0,0%	0,0%
	CAJASALUD		0,0%		0,0%		0,0%	73.455	100,0%	73.455	0,0%	0,0%
	CAJASAN		0,0%		0,0%		0,0%	39.687	100,0%	39.687	0,0%	0,0%
	SOLSALUD EPS		0,0%		0,0%		0,0%	37.057	100,0%	37.057	0,0%	0,0%
	COMFENALCO QUINDÍO		0,0%		0,0%		0,0%	35.042	100,0%	35.042	0,0%	0,0%
	COMFENALCO SANTANDER		0,0%		0,0%		0,0%	18.310	100,0%	18.310	0,0%	0,0%
	COMFENALCO CUNDINAMARCA		0,0%		0,0%		0,0%	10.104	100,0%	10.104	0,0%	0,0%
<b>TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN</b>		18.532.858	3,3%	4.089.255	0,0%	3.399.203	0,6%	536.184.544	96,1%	562.205.860	21,1%	14,3%
<b>PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN</b>	CAPRECOM	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	54.878.202	100,0%	54.878.202	2,1%	2,1%
	EPS CÓNDOR	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	5.276.557	100,0%	5.276.557	0,2%	0,2%
	CALISALUD	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	5.199.724	100,0%	5.199.724	0,2%	0,2%
	SELVASALUD EPS	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	4.453.572	100,0%	4.453.572	0,2%	0,2%
<b>TOTAL PÚBLICO EN LIQUIDACIÓN</b>		-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	69.808.056	100,0%	69.808.056	2,6%	2,7%
<b>MIXTA EN OPERACIÓN</b>	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUÍA EPS S.A.S.	170.943.888	41,3%	27.032.218	6,5%	17.284.298	4,2%	198.215.387	47,9%	413.475.791	15,5%	16,9%
	CAPITAL SALUD EPS	54.377.929	53,7%	7.185.181	7,1%	6.397.700	6,3%	33.231.453	32,8%	101.192.263	3,8%	3,2%
	NUEVA EPS	34.748.687	49,5%	9.325.108	13,3%	(7.960.963)	-11,3%	34.057.932	48,5%	70.170.764	2,6%	2,7%
<b>TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN</b>		260.070.505	44,5%	43.542.506	7,4%	15.721.034	2,7%	265.504.772	45,4%	584.838.818	21,9%	22,9%
<b>Total general</b>		<b>871.893.531</b>	<b>32,7%</b>	<b>179.475.223</b>	<b>6,7%</b>	<b>106.972.796</b>	<b>4,0%</b>	<b>1.510.991.783</b>	<b>56,6%</b>	<b>2.669.333.333</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

### 3.2.5. Principales deudores por cartera de 60 días y más

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

Las principales entidades deudoras por participación relativa de la cartera mayor a 60 días

*SIN INCLUIR EL DETERIORO* (63,2% a junio de 2021 vs el 66,0% del semestre anterior) presentaron una reducción de 2,8 puntos porcentuales. El monto de cartera morosa de las primeras diez entidades del *ranking*, por valor de 3,6 billones, es superior en más de \$472 mil millones con respecto a diciembre de 2021.

Se agrega adicionalmente, que la totalidad de la cartera *SIN DETERIORO* de estas entidades a junio 30 de 2021 suma un total de más de \$5,7 billones (45,2% del total de los \$12,7 billones aproximados presentados en el siguiente informe), lo cual es bastante representativo para referenciar a los mayores poseedores de deuda actual.

**Cuadro 8. Concentración de cartera de 60 días y más por los principales deudores a junio 30 de 2021**  
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de \$ y participación %)

Entidad deudora	60 días y más	TOTAL	Concentración (%) de 60 días y más	
			Junio 2021	Diciembre 2020
1. NUEVA EPS (ambos regímenes)	954.166.977	1.940.634.587	49,2%	55,9%
2. MEDIMAS EPS SAS (ambos regímenes)	556.124.046	779.663.041	71,3%	68,9%
3. CAFESALUD EPS (liquidada ambos regímenes)	466.978.346	466.978.346	100,0%	100,0%
4. COOMEVA EPS	406.072.832	554.111.772	73,3%	78,5%
5. OPERADOR FIDUCIARIO (extinto) Y ADRES	267.135.603	312.624.483	85,4%	91,2%
6. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	215.499.685	413.475.791	52,1%	48,2%
7. SALUDVIDA EPS (liquidada ambos regímenes)	214.292.394	214.292.394	100,0%	100,0%
8. EPS SANITAS	202.472.316	546.239.053	37,1%	31,0%
9. SALUDCOOP EPS OC (liquidada)	183.256.111	183.256.111	100,0%	100,0%
10. COOSALUD (ambos regímenes)	158.430.011	327.121.638	48,4%	44,6%
<b>Total general</b>	<b>3.624.428.319</b>	<b>5.738.397.214</b>	<b>63,2%</b>	<b>66,0%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

Respecto del informe a diciembre de 2020 (ver Cuadro 8), *Nueva EPS* sigue encabezando el *ranking* con \$954.166 millones de cartera en mora y una concentración respectiva del 49,2% frente al 55,9% del corte anterior, seguida de *Medimás EPS SAS*, con una deuda en mora de \$556.124 millones y una concentra-

ción del 71,3% vs el 68,9% a diciembre de 2020, en más de tres años de haber iniciado operaciones.

En la tercera ubicación aparece la intervenida para liquidar *Cafesalud EPS*, con un total de cartera mayor más de 60 días de \$466.978 millones y una concentración del 100,0% por motivo de su venta y posterior intervención

para liquidar. En cuarto lugar tenemos a *Coomeva EPS* con \$406.072 millones de cartera morosa y una concentración del 73,3%, inferior en 5,2 puntos porcentuales con respecto al semestre anterior.

El extinto *Operador Fiduciario del FOSYGA*, que operó hasta julio de 2017, se ubica en la quinta posición del *ranking*, sumándole la deuda de la nueva entidad que pasó a reemplazarla; hablamos de la *ADRES*, ambas con un monto en conjunto de cartera en mora de \$267.135 millones y una concentración respectiva del 85,4% (inferior en 5,7 puntos) frente al 91,2% del corte anterior. Valga precisar que la concentración de cartera morosa de la nueva entidad *ADRES* es del 77,5% (\$156.700 millones) a junio de 2021.

Por su parte, *Alianza Medellín Antioquía (Savia Salud)* se ubica en la sexta posición, con \$215.499 millones de pesos a 60 días; corresponde a 52,1% de concentración de cartera con vencimiento a 60 días y más, frente al 48,2% de concentración a diciembre de 2020.

La intervenida para liquidar de carácter privado *Saludvida EPS*, con una deuda en mora de \$214.292 millones y una concentración del 100,0%, se ubica en el séptimo lugar, seguida de la *EPS Sanitas* con un monto total de cartera morosa de \$202.472 millones y una concentración del 37,1% a junio de 2021.

Finalmente, tenemos a la liquidada *Saludcoop EPS OC* con \$182.256 millones de vencimiento y una participación de cartera morosa del 100,0%, y en último lugar a *Coosalud*, con un monto total de cartera morosa de \$158.430 y una concentración del 48,4%.

Como es tradicional, es importante aclarar que la presente ordenación por entidad deudora obedece estrictamente a la *cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2021*, en donde, en su respectivo orden, la *Nueva EPS* encabeza el listado, seguida de *Medimás EPS SAS* y así sucesivamente tal y como se evidencia en el Cuadro 8. Si la ordenación se hiciese por la concentración

(%) de cartera mayor a 60 días y más, el orden sería diferente: las primeras entidades serían la vendida e intervenida para liquidar *Cafesalud EPS*, la intervenida para liquidar *Saludvida EPS* y la liquidada *Saludcoop EPS*.

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

Una vez más, en el presente estudio se ha incluido la deuda agrupada por entidades deudoras pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado que se encuentran a la fecha de corte de este estudio en proceso de venta, intervenidas, en proceso de liquidación, a quienes se ha decidido interponer la medida cautelar de vigilancia especial, o que se encuentran en programa de recuperación ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud. Estas medidas consisten en la remoción de los revisores fiscales, la designación de contralores para las entidades y la presentación y cumplimiento de unos planes de acción específicos.

Vale aclarar que, para este corte, se ha decidido incluir las 24 EPS que a la fecha de elaboración de este estudio (octubre de 2021) presentan algún tipo de medida especial, a saber:

- Intervención para liquidar (9 EPS en total, equivalentes al 37,5%)
- Intervención para administrar (1, equivalente al 4,2%)
- Vigilancia especial (13, equivalentes al 54,2%)
- Programa de recuperación (1, equivalente al 4,2%)

Adicionalmente, se consolida la información de las EPS que ya fueron liquidadas ya sea por intervención de la Supersalud o porque

decidieron retirarse voluntariamente (proceso de venta y posterior intervención para liquidar de Cafesalud EPS, Comfaboy y Comfamiliar Nariño por retiro voluntario; Comfacor, Cruz Blanca, Saludvida, Emdisalud, Comfacundi, Comfamiliar Cartagena, Ambuq ESS, Comparta, liquidadas por orden de la Supersalud, entre otras) y que a junio 30 de 2021 seguían presentando saldos de deuda por pagar.

En el Cuadro 9, se puede apreciar que la deuda total de estas entidades SIN DETERIORO representa el 35,9% de la deuda total con corte a junio de 2021 (equivalente a \$4,6 billones aproximados) y que la deuda mayor a 60 días y más representa el 46,4% de la deuda morosa total del presente estudio (o sea \$3,3 billones aproximados). El presente Cuadro 9 guarda la ordenación frente a la cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2021.

**Cuadro 9. Concentración de cartera por entidades deudoras intervenidas, liquidadas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria (ambos escenarios). Cartera a junio 30 de 2021**  
SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

N.º	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) total	60 días y más	Part. (%) total
1	MEDIMÁS EPS SAS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	171.341.111	22,0%	52.197.884	6,7%	46.449.342	6,0%	509.674.703	65,4%	779.663.041	17,1%	556.124.046	71,3%
2	CAFESALUD EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	466.978.346	100,0%	466.978.346	10,2%	466.978.346	100,0%
3	COOMEVA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR	PRIVADA	121.695.062	22,0%	26.343.878	4,8%	22.981.601	4,1%	383.091.232	69,1%	554.111.772	12,2%	406.072.832	73,3%
4	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUÍA EPS S.A.S.	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	MIXTA	170.943.888	41,3%	27.032.218	6,5%	17.284.298	4,2%	198.215.387	47,9%	413.475.791	9,1%	215.499.685	52,1%
5	SALUDVIDA EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	214.292.394	100,0%	214.292.394	4,7%	214.292.394	100,0%
6	SALUDCOOP EPS OC	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	183.256.111	100,0%	183.256.111	4,0%	183.256.111	100,0%
7	ASMET SALUD ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	127.352.073	45,2%	27.377.057	9,7%	18.259.236	6,5%	108.682.254	38,6%	281.670.620	6,2%	126.941.490	45,1%
8	COMPARTA ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA	1.461	0,0%	87	0,0%	784	0,0%	111.000.947	100,0%	111.003.279	2,4%	111.001.731	100,0%
9	EMSSANAR ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	156.088.363	53,3%	26.622.791	9,1%	19.889.646	6,8%	90.438.392	30,9%	293.039.192	6,4%	110.328.038	37,6%
10	CONVIDA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PÚBLICA	34.977.163	26,2%	7.916.092	5,9%	4.102.446	3,1%	86.487.378	64,8%	133.483.078	2,9%	90.589.824	67,9%
11	S.O.S. EPS	REG. CONTRIBUTIVO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	131.148.392	56,9%	12.752.078	5,5%	10.450.026	4,5%	76.250.902	33,1%	230.601.398	5,1%	86.700.929	37,6%
12	AMBUQ ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	82.339.861	100,0%	82.339.861	1,8%	82.339.861	100,0%
13	CRUZ BLANCA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	80.412.110	100,0%	80.412.110	1,8%	80.412.110	100,0%
14	EMDISALUD	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	76.827.443	100,0%	76.827.443	1,7%	76.827.443	100,0%

Continúa en la siguiente página ➡

N.º	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) total	60 días y más	Part. (%) total
15	ECOOPSOS ESS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	22.815.263	22,7%	5.907.641	5,9%	5.172.528	5,2%	66.492.515	66,2%	100.387.947	2,2%	71.665.043	71,4%
16	COMFAMILIAR HUILA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	33.992.106	32,7%	6.811.083	6,6%	6.935.709	6,7%	56.113.693	54,0%	103.852.591	2,3%	63.049.402	60,7%
17	CAPRECOM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	54.878.202	100,0%	54.878.202	1,2%	54.878.202	100,0%
18	COMFAMILIAR NARIÑO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA	18.507.441	24,4%	4.089.168	5,4%	3.398.419	4,5%	49.943.431	65,8%	75.938.459	1,7%	53.341.850	70,2%
19	COMFAMILIAR CARTAGENA	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	45.066.738	100,0%	45.066.738	1,0%	45.066.738	100,0%
20	CAPITAL SALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	MIXTA	54.377.929	53,7%	7.185.181	7,1%	6.397.700	6,3%	33.231.453	32,8%	101.192.263	2,2%	39.629.153	39,2%
21	COMFACOR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	34.782.413	100,0%	34.782.413	0,8%	34.782.413	100,0%
22	CAPRESOCA EPS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PÚBLICA	11.887.545	27,8%	1.712.581	4,0%	905.726	2,1%	28.308.849	66,1%	42.814.700	0,9%	29.214.575	68,2%
23	SOLSALUD EPS	REG. CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	15.202.097	100,0%	15.202.097	0,3%	15.202.097	100,0%
24	COMFACUNDI	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA	281	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	12.103.612	100,0%	12.103.893	0,3%	12.103.612	100,0%
25	HUMANA VIVIR EPS	REG. CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	8.015.283	100,0%	8.015.283	0,2%	8.015.283	100,0%
26	EPS CONDOR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	5.276.557	100,0%	5.276.557	0,1%	5.276.557	100,0%
27	CALISALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	5.199.724	100,0%	5.199.724	0,1%	5.199.724	100,0%
28	MANEXKA EPSI	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	4.743.699	100,0%	4.743.699	0,1%	4.743.699	100,0%
29	SELVASALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	4.453.572	100,0%	4.453.572	0,1%	4.453.572	100,0%
30	GOLDEN GROUP EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	3.893.020	100,0%	3.893.020	0,1%	3.893.020	100,0%
31	COMFAMILIAR GUAJIRA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	5.952.196	57,7%	1.376.878	13,3%	1.309.093	12,7%	1.684.634	16,3%	10.322.800	0,2%	2.993.727	29,0%
32	COMFACHOCÓ	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	7.827.071	74,3%	656.147	6,2%	323.595	3,1%	1.724.545	16,4%	10.531.358	0,2%	2.048.140	19,4%
33	COLSUBSIDIO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.866.103	100,0%	1.866.103	0,0%	1.866.103	100,0%
34	COMFAMILIAR CAMACOL	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.773.790	100,0%	1.773.790	0,0%	1.773.790	100,0%
35	COMFANORTE-FAMISALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.611.790	100,0%	1.611.790	0,0%	1.611.790	100,0%
36	SEGURO SOCIAL EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	1.489.960	100,0%	1.489.960	0,0%	1.489.960	100,0%
37	COMFENALCO ANTIOQUÍA	REG. CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.376.665	100,0%	1.376.665	0,0%	1.376.665	100,0%
38	COMFASUCRE	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	2.393.787	60,6%	284.285	7,2%	62.664	1,6%	1.210.840	30,6%	3.951.575	0,1%	1.273.504	32,2%
39	DUSAKAWI EPSI	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	782.851	35,8%	216.705	9,9%	56.567	2,6%	1.130.624	51,7%	2.186.747	0,0%	1.187.191	54,3%
40	RED SALUD EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	931.499	100,0%	931.499	0,0%	931.499	100,0%
41	CAFAM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	861.451	100,0%	861.451	0,0%	861.451	100,0%

Continúa en la siguiente página 

N.º	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) total	60 días y más	Part. (%) total
42	SALUD COLPATRIA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	679.734	100,0%	679.734	0,0%	679.734	100,0%
43	SALUD COLOMBIA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	526.159	100,0%	526.159	0,0%	526.159	100,0%
44	COMFABOY	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	495.429	100,0%	495.429	0,0%	495.429	100,0%
45	MULTIMÉDICAS EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	320.483	100,0%	320.483	0,0%	320.483	100,0%
46	CAFABA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	167.235	100,0%	167.235	0,0%	167.235	100,0%
47	COMFENALCO TOLIMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	154.126	100,0%	154.126	0,0%	154.126	100,0%
48	COMFAMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	113.387	100,0%	113.387	0,0%	113.387	100,0%
49	CAJANAL	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	100.558	100,0%	100.558	0,0%	100.558	100,0%
50	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	73.455	100,0%	73.455	0,0%	73.455	100,0%
51	CAJASAN	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	39.687	100,0%	39.687	0,0%	39.687	100,0%
52	COMFENALCO QUINDÍO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	35.042	100,0%	35.042	0,0%	35.042	100,0%
53	COMFENALCO SANTANDER	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	18.310	100,0%	18.310	0,0%	18.310	100,0%
54	COMFENALCO CUNDINAMARCA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	10.104	100,0%	10.104	0,0%	10.104	100,0%
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>1.072.083.982</b>	<b>23,5%</b>	<b>208.481.751</b>	<b>4,6%</b>	<b>163.979.378</b>	<b>3,6%</b>	<b>3.114.047.929</b>	<b>68,3%</b>	<b>4.558.593.040</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.278.027.307</b>	<b>71,9%</b>
<b>TOTAL CARTERA 205 IPS AFILIADAS A LA ACHC</b>					<b>4.857.087.516</b>	<b>38,3%</b>	<b>775.897.959</b>	<b>6,1%</b>	<b>547.505.121</b>	<b>4,3%</b>	<b>6.517.770.911</b>	<b>51,3%</b>	<b>12.698.261.507</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.065.276.033</b>	<b>55,6%</b>
<b>Participación (%) entidades deudoras (VENDIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS, EN VIGILANCIA ESPECIAL O PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL CARTERA 205 IPS</b>						<b>22,1%</b>		<b>26,9%</b>		<b>30,0%</b>		<b>47,8%</b>		<b>35,9%</b>		<b>46,4%</b>

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

**Nota aclaratoria:** La presente clasificación obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud al día 7 de octubre de 2021. Ver <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

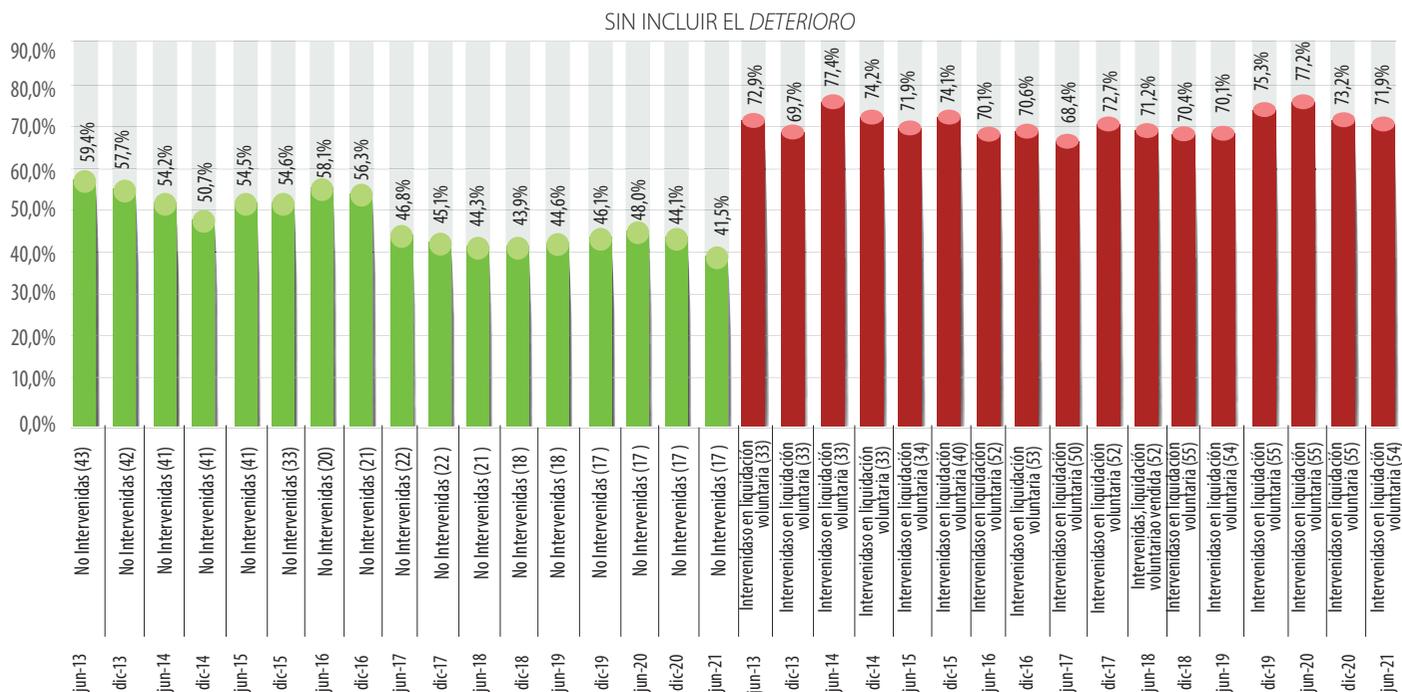
A continuación, se presenta el comportamiento de la cartera morosa para el conjunto de EPS *Intervenidas*, en *Liquidación voluntaria* y *No intervenidas*.

En el Gráfico 5 se puede ver el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades *Intervenidas* o en *liquidación voluntaria*. A la fecha de corte de este estudio, dicha concentración alcanzó un nivel del 71,9% (inferior en 1,3 puntos respecto a diciembre de 2021), explicado en parte por la liquidación de

EPS en el último tiempo y por la pandemia de COVID-19 durante todo el año 2020 y parte del 2021. Aun así, en los últimos 16 cortes observamos participaciones de cartera vencida por encima del 68%.

Por el lado de las EPS que no presentan intervención, este porcentaje se ubica en el 41,5%, mostrando igualmente una menor concentración durante el último semestre evaluado (con una reducción de 2,2 puntos porcentuales respecto del último corte).

**Gráfico 5. Concentración de cartera mayor de 60 días de entidades Intervenidoas, en liquidación voluntaria y no intervenidas.**



Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

Nota aclaratoria: La presente clasificación obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud al día 7 de octubre de 2021. Ver <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

### 3.2.7. Aseguradoras SOAT

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

El Cuadro 11 guarda la ordenación frente a la cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 31 de 2020. En él podemos observar que las trece entidades autorizadas presentan una concentración de cartera en mora promedio del 57,7% e igualmente, en términos generales, un mejoramiento en la mayoría los deudores con respecto a la situación presentada a diciembre de 2020 (62,9% vs 68,8%). El monto total de cartera absoluto SIN DETERIORO de las aseguradoras SOAT asciende a los \$189.650 millones a junio de 2021, superior en \$12.343 millones frente a diciembre de 2020.

Las entidades autorizadas concentran globalmente el 1,5% de toda la deuda SIN DETERIORO

reportada en el estudio a junio de 2021 (\$12.7 billones). Las aseguradoras de mayor morosidad absoluta que se ubican en las cinco primeras posiciones son: *Compañía Mundial de Seguros S. A.*, *La Previsora S. A.*, *Seguros de Vida del Estado S. A.*, *AXA Colpatria Seguros S. A.* y *Seguros de Vida Suramericana S. A.*; entre las cinco, adeudan un total de \$167.177 millones con una concentración de cartera morosa promedio (también entre las cinco) del 60,6% a junio de 2021, frente al 66,4% del periodo inmediatamente anterior.

Si el criterio de ordenación se hiciese por la concentración de morosidad SIN DETERIORO, tendríamos la información del Gráfico 5, donde *QBE Seguros S.A* (*ZLS Aseguradora de Colombia S.A*), *La Previsora S. A.*, *Compañía de Seguros* de carácter público, *La Equidad Seguros de Vida OC*, *Liberty Seguros de Vida S. A.* y *la Compañía Mundial de Seguros S. A. (Seguros Mundial)*, completan las cinco primeras posiciones en su ordenación. Todas las entidades anteriormente enunciadas presentan las participaciones más altas de cartera mayor a 60 días a junio de 2021.

**Cuadro 10. Cartera de las Aseguradoras SOAT por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios) A junio 30 de 2021**

SIN INCLUIR EL DETERIORO

(Miles de pesos y porcentaje de participación)

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte.	Part. (%) edad	De 31 a 60 días	Part. (%) edad	De 61 a 90 días	Part. (%) edad	Más de 91 días	Part. (%) edad	TOTAL	Part. (%) total	60 días y más	Part. (%) MORA TOTAL Jun 2021	Part. (%) MORA TOTAL Dic 2020
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS MUNDIAL)	PRIVADA	13.209.460	30,3%	2.007.539	4,6%	1.661.496	3,8%	26.651.697	61,2%	43.530.191	23,0%	28.313.192	65,0%	65,7%
LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	PÚBLICA	6.195.869	19,2%	1.306.172	4,1%	850.936	2,6%	23.860.362	74,1%	32.213.339	17,0%	24.711.298	76,7%	85,3%
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	PRIVADA	13.698.064	38,4%	1.318.705	3,7%	1.143.999	3,2%	19.476.841	54,7%	35.637.608	18,8%	20.620.840	57,9%	62,8%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	PRIVADA	10.777.057	32,9%	1.607.698	4,9%	1.224.969	3,7%	19.183.849	58,5%	32.793.573	17,3%	20.408.818	62,2%	69,3%
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	PRIVADA	11.985.581	52,1%	1.506.286	6,5%	983.726	4,3%	8.527.602	37,1%	23.003.195	12,1%	9.511.328	41,3%	49,1%
QBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)	PRIVADA	407.670	6,2%	369	0,0%	23.643	0,4%	6.192.898	93,5%	6.624.580	3,5%	6.216.541	93,8%	97,3%
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.	PRIVADA	973.829	20,3%	252.675	5,3%	332.171	6,9%	3.250.123	67,6%	4.808.799	2,5%	3.582.295	74,5%	81,7%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.	PRIVADA	1.274.169	30,7%	170.683	4,1%	75.677	1,8%	2.627.125	63,3%	4.147.653	2,2%	2.702.801	65,2%	67,2%
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	662.592	31,9%	124.351	6,0%	71.702	3,5%	1.218.011	58,7%	2.076.656	1,1%	1.289.713	62,1%	77,8%
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	PRIVADA	875.561	55,7%	52.492	3,3%	9.579	0,6%	635.474	40,4%	1.573.106	0,8%	645.053	41,0%	53,9%
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	PRIVADA	630.273	45,9%	121.818	8,9%	83.826	6,1%	538.628	39,2%	1.374.545	0,7%	622.454	45,3%	48,9%
ALLIANZ SEGUROS S.A.	PRIVADA	997.653	62,8%	55.636	3,5%	9.262	0,6%	526.658	33,1%	1.589.209	0,8%	535.920	33,7%	29,8%
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES (BNP PARIBAS)	PRIVADA	57.136	69,2%	-	0,0%	-	0,0%	25.475	30,8%	82.611	0,0%	25.475	30,8%	88,6%
OTRAS		17.158	8,8%	5.102	2,6%	30.196	15,4%	143.152	73,2%	195.608	0,1%	173.348	88,6%	52,9%
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>61.762.073</b>	<b>32,6%</b>	<b>8.529.527</b>	<b>4,5%</b>	<b>6.501.182</b>	<b>3,4%</b>	<b>112.857.893</b>	<b>59,5%</b>	<b>189.650.675</b>	<b>100,0%</b>	<b>119.359.075</b>	<b>62,9%</b>	<b>68,8%</b>
<b>TOTAL CARTERA 205 IPS AFILIADAS A LA ACHC</b>		<b>4.857.087.516</b>	<b>38,3%</b>	<b>775.897.959</b>	<b>6,1%</b>	<b>547.505.121</b>	<b>4,3%</b>	<b>6.517.770.911</b>	<b>51,3%</b>	<b>12.698.261.507</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.065.276.033</b>	<b>55,6%</b>	
<b>PARTICIPACIÓN CARTERA ASEGURADORAS SOAT/ TOTAL CARTERA 205 IPS ACHC</b>			<b>1,3%</b>		<b>1,1%</b>		<b>1,2%</b>		<b>1,7%</b>		<b>1,5%</b>		<b>1,7%</b>	

Fuente: Información que reportaron 205 instituciones agremiadas del total de afiliados de la ACHC.

## 4. CONCLUSIONES

Los estudios de cartera hospitalaria se vienen realizando desde el año 1998, lo que corresponde a un periodo de 23 años consecutivos de seguimiento. El estudio de cartera número 46 elaborado por la ACHC contó con un total de 205 clínicas y hospitales reportantes.

Se debe tener en cuenta que, para estos ocho últimos periodos (junio 2017 – junio 2021), se debió incluir por parte de las IPS en sus estados de cuentas por cobrar los *deterioros de cartera morosa por edades*, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Lo anterior según lo estipulado por la Supersalud mediante la Circular Externa N.º 016 de 2016 bajo la entrada en vigor de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Lo anterior indica que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus “cuentas por cobrar morosas” un valor por \$2,4 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 19,3% de la deuda total a junio de 2021 sin deterioros (\$12,7 billones aproximados). Es decir, para este periodo la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 205 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 44,4%
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 36,3%
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 19,3%
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0%

En síntesis, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades) para el conjunto de las 205 instituciones que reportaron

información en el presente corte es de doce billones seiscientos noventa y ocho mil millones de pesos (12,7 billones de pesos, aproximadamente), con una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 55,6% (7,1 billones de pesos, aproximadamente).

Si se tuviese en cuenta la inclusión del *deterioro de cartera morosa por edades*, bajo lo ordenado por la metodología NIIF, el valor de cuentas por cobrar a diciembre de 2020 para los 205 hospitales y clínicas reportantes sería de \$10,2 billones de pesos con una concentración de cartera morosa del 46,0% (\$4,7 billones).

Independiente de los dos escenarios mostrados, vale la pena destacar que este estudio presenta un incremento en el monto absoluto de cartera total y en mora, pero a su vez una reducción de la participación relativa de la cartera en mora adeudada a las clínicas y hospitales reportantes en comparación con todos los cortes anteriores. Lo anterior probablemente debido a la caída en la facturación y los ingresos de las IPS durante el año 2020 derivada por la pandemia mundial de COVID-19, que obligó al Gobierno Nacional a decretar el aislamiento preventivo obligatorio y el estado de emergencia, económico, social y ecológico, generando que los servicios y atenciones no COVID se aplazaran y a que los pacientes por temor y la propia restricción no acudieran a las instituciones hospitalarias.

En cuanto a la relación de cartera por edades comparada frente al semestre a diciembre de 2020, se observa un incremento a junio de 2021 de la cartera a 30 días más corriente (38,3% vs 35,1%) y una reducción en la participación de la cartera mayor a 90 días (51,3% frente al 54,0% del periodo a diciembre de 2020). La franja intermedia de 31 a 90 días presenta igualmente una disminución, ubicándose en 10,4% frente al 10,9% del semestre pasado.

Cabe resaltar, como ya se indicó, que, dentro de la cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2021, situada en 55,6%, esta se compone de un 19,3% de cartera de más difícil cobro o “deteriorada” según lo indica la metodología NIIF.

De manera global y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde, una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del *Régimen Contributivo* (50,4%), seguida por las EPS-S del *Régimen Subsidiado* (21,0%) y en tercer lugar la categoría *Estado* (10,6%), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, el extinto *Operador Fiduciario del FOSYGA*, la deuda de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud *ADRES* y otras entidades del Estado como Fuerzas Militares, Policía Nacional, ministerios, entre otros.

La morosidad, expresada como la concentración en cartera de 60 días y más, es del 74,1% para la categoría *Estado* (compuesta del 100,0% de cartera morosa del desaparecido *Operador Fiduciario del FOSYGA*, del 78,1% de cartera morosa de los entes territoriales y del 77,5% de cartera morosa de la *ADRES*), seguida del 60,6% para las EPS del *Régimen Subsidiado* y finalmente del 55,2% para las EPS del *Régimen Contributivo*. Todas las concentraciones de cartera en mora anteriores están por encima del 55,0% para cada tipo de deudor principal.

En resumen, las EPS del *Régimen Contributivo* y del *Subsidiado* más la categoría *Estado* representan el 82,0% del total de la deuda a junio de 2021 (\$10,4 billones de pesos aproximados sin deterioro).

En el régimen contributivo, la mayor deudora es la *Nueva EPS* de carácter mixto, con un monto de más de \$1,9 billones de pesos aproximados. Por otro lado, la *Nueva EPS* registra un 49,6% de deuda superior a 60 días (reducción de 6,3 puntos porcentuales frente a la concentración de cartera de 60 días y más a diciembre de 2020).

Igualmente, destacan las concentraciones de cartera en mora de las EPS de carácter privado en operación del régimen contributivo. En su respectivo orden, son: *Comfenalco Valle* (75,0%), *Coomева EPS* (73,3%), y *Medimás EPS S. A. S.*

(72,5%). A su vez, estas tres entidades presentan una morosidad promedio del 73,6%, anotando que dos de estas tienen interpuesta medida cautelar de intervención para administrar y vigilancia especial ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de elaboración del presente estudio, por lo que son sujetas actualmente de la medida de giro directo<sup>47</sup> dentro del régimen contributivo.

En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta *Alianza Medellín Antioquía S. A. S. (Savia Salud)*, con un monto total de \$413.475 millones, donde el 52,1% corresponde a cartera en mora, seguida de las EPS-S privadas en operación *EMSSANAR ESS*, con \$293.039 millones y un 37,6% de cartera vencida a junio de 2021, y *ASMET SALUD ESS*, con \$281.670 millones y un 45,1% de vencimiento.

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

Por parte de los entes territoriales (municipios y departamentos), el corte a junio de 2021 arroja un monto total adeudado de \$800.779 millones, superior que el reportado a diciembre de 2020. Este representa actualmente el 6,3% de la deuda total del estudio actual. De otra parte, la cartera en mora (60 días y más) concentra el 78,1% frente al 83,7% registrado en junio pasado.

<sup>47</sup> Artículo 10 Ley 1608 de 2013, y Resoluciones 0654 de 2014, 3503 de 2015, 3110 y 2916 de 2018.

En la clasificación de este tipo de deudor, el Departamento de *Norte de Santander* se presenta como la entidad que mayor deuda total reporta en esta categoría (\$127.139 millones y 79,3% de vencimiento a junio de 2021).

En cuanto a los principales deudores del actual estudio de cartera hospitalaria, según el monto absoluto de la cartera mayor a 60 días a junio 30 de 2021 *SIN DETERIORO*, se destacan la *Nueva EPS* (ambos regímenes), *Medimás EPS S. A. S.* (ambos regímenes), la vendida y reciente intervenida para liquidar *Cafesalud EPS* (ambos regímenes), *Coomeva EPS* y el *Operador Fiduciario del FOSYGA* (extinto) junto con la *ADRES* como aquellas entidades que encabezan el *ranking* de las entidades que adeudan mayor valor absoluto de cartera considerada en mora (concentraciones de cartera morosa por encima del 52,0% y deudas totales superiores al billón de pesos en el caso de *Nueva EPS*).

La deuda total a junio de 2021 *SIN DETERIORO* de las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado, en situación de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria, presentan una concentración conjunta de cartera morosa mayor a 60 días del 71,9%, equivalentes a casi \$3,3 billones de pesos.

Por otro lado, dicha participación conjunta es del 35,9%, cuando se observa la deuda total por edades de estas 54 EPS, sobre la deuda total del estudio a junio de 2021 (o sea sobre los 12,7 billones aproximados).

Estas 54 EPS concentran, a su vez, el 29,1% del total de afiliados al Sistema de Salud en Colombia a junio de 2021, o sea unos 14,6 millones de afiliados, lo cual es una cifra significativa de la población que se encuentra posiblemente en riesgo<sup>48</sup> frente a la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, se puede ver que el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades con *Intervención* se mantiene en niveles superiores al 71,0%, frente a las EPS *No intervenidas* (41,5%) a junio de 2021.

Por último, se presenta el comportamiento de la cartera adeudada por las compañías autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), en donde el panorama general promedio indica que la concentración de cartera vencida agrupada de estas entidades es del 57,7% a junio de 2021, diferente respecto del 67,5% en el pasado corte a diciembre de 2020.<sup>49</sup> Las entidades que mayor adeudan, siguiendo el criterio del *monto absoluto de la cartera mayor a 60 días*, en su respectivo orden son: *Compañía Mundial de Seguros S. A. (Seguros Mundial)*, *La Previsora S. A.*, *Seguros de Vida del Estado S. A.*, *AXA Colpatria Seguros S. A.* y *Seguros de Vida Suramericana S. A.*

Para el conjunto total de aseguradoras, se presenta un deterioro de su situación con respecto a diciembre de 2020, si se toma en cuenta el monto absoluto de cartera total adeudado *SIN DETERIORO* (\$189.650 millones a junio de 2021, frente a los \$177.306 millones a diciembre de 2020).<sup>III</sup>

<sup>48</sup> Aunado esto al informe de resultados de Indicadores de Permanencia Preliminares publicado por la Superintendencia Nacional de Salud a marzo del 2021 y en el marco del cumplimiento de los Decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016, 780 de 2016, 718 de 2017, 682 de 2018 y 1683 de 2019 sobre habilitación financiera, en donde el resultado de las EPS deficitarias del margen de solvencia fue de \$1,0 billones para el régimen contributivo, \$4,0 billones para el régimen subsidiado y de \$962 mil millones para las EPS que prestan servicios en ambos regímenes, para un gran **DEFECTO TOTAL** de \$6,0 billones. El informe completo puede consultarse en:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20C3%93N%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20Y%20PA%20-%20MARZO%20DE%202021%20Rev%20MAGC.pdf>

A esa fecha (octubre 7 de 2021), solo existían 4 EPS en todo el sistema de salud, desde la primera publicación de los indicadores de permanencia financiera en junio de 2015, que cumplían a cabalidad los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión. Estas son: *SANITAS*, *SURA*, *ALIANSA* y *EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN*, de un total de 34 EPS evaluadas en los últimos cortes.

<sup>49</sup> Durante el cierre de 2020, las compañías "Aseguradoras SOAT" presentaban déficit técnico anual por valor de \$107.712 millones de pesos, según los datos publicados por la CÁMARA TÉCNICA SOAT – FASECOLDA (ver <https://fasecolda.com/ramos/soat/estadisticas-del-ramo/>). *SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.*, *LA PREVISORA S. A.*, *COMPAÑÍA DE SEGUROS*, *LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.*, *QBE SEGUROS S. A.* (*ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S. A.*) y *ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA* son las aseguradoras que mayor déficit presentaron en su orden, con un acumulado de 174.782 millones de pesos.



## **Nodo Articulador COHAN:** una estrategia para crecer juntos en salud

Considerando que un nodo es ese punto al que llegan muchas conexiones en una red, con la particularidad de ayudar a articular y potencializar las capacidades de las partes, COHAN, la Cooperativa que agrupa a los hospitales públicos del departamento de Antioquia, se ha propuesto con su proyecto Nodo Articulador trabajar en el diseño y la implementación de modelos de atención, de contratación, de articulación tecnológica y de asociatividad y prestación de servicios en red con sus hospitales asociados, que respondan a los desafíos del sistema de salud colombiano, potenciando las capacidades de estas instituciones y transformando el estado de salud de las comunidades. (Ver recuadros)

Gracias a su amplia experticia, COHAN avanza hoy en este propósito al hacer parte de la asociatividad para el suministro de medicamentos e insumos, tarea que adelanta desde su papel de gestor farmacéutico; al prestar servicios con sus asociados a través de su propia IPS Especializada MEDICI; al ser vínculo y administrador de una unión temporal, tarea que ejecuta con un programa de atención para pacientes en condición

hemofilia. Asimismo, al ser proveedor de tecnologías, con la solución NODHOS, con la facturación electrónica y con Herinco, los cuales permiten desarrollar modelos de atención, contratación y asociatividad, y así disponer de las condiciones ideales para la prestación de los servicios en red. En cuanto a promover capacitaciones y entrenamientos permanentes en red, la Cooperativa lo viene asumiendo también a través de su Politécnico COHAN - Ciencias de la Salud.

De esta manera, y de la mano de aliados estratégicos como la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, otras secretarías de salud, AESA, Savia Salud EPS, los hospitales asociados a la Cooperativa; y en un futuro, otras posibles EPS e IPS, clínicas, universidades e instituciones, COHAN continua promoviendo una cultura que demanda el sector, por eso se plantea el Nodo Articulador como un proyecto transversal y no específico que obedece a toda una conceptualización que permita prestar servicios en red donde todos nos veamos involucrados en un gran ecosistema de prestación de servicios que generan valor a los usuarios y al sistema de salud.

# Componentes COHAN

para la prestación de servicios de salud en red

1

## Modelos de atención

Significa pensar en las formas en las que se va a atender a las personas, lo que implica estudiar sus perfiles epidemiológicos, conocer dónde están ubicados, cuáles son los riesgos que tienen, así como sus demandas específicas, las incidencias y prevalencias en salud para así configurar una nota técnica, determinar los costos de esa atención y planificarla.

## Modelos de contratación

Representan la garantía para que la red funcione bajo el actual sistema de salud colombiano. Ya no se trata solo del pago por actividad, sino que existen otros modelos y, en ese sentido, hay que evolucionar hacia esas nuevas realidades.

2

3

## Articulación tecnológica

Las tecnologías son fundamentales en la estructuración de las redes, las cuales permiten unir a los integrantes para que varias instituciones presten un mejor servicio, o que ese servicio se preste en muchos puntos del Departamento o del país. En el caso particular de COHAN, ya se vienen desarrollando soluciones con programas como NODHOS y Herinco, que permiten pensar en perspectiva implementar programas de telesalud y la interoperabilidad.

4

## Modelo de asociatividad

Entendido como la forma en que nos organizamos jurídicamente, así como las figuras organizacionales, allí pueden tener cabida los acuerdos de voluntades, las órdenes de servicios, e incluso, las uniones temporales que más adelante pueden transformarse en consorcios.



# ACHC pidió a Minsalud revisar plan de saneamiento y recuperación de EPS Coomeva y garantizar equilibrio a las IPS

Tras conocer el plan de saneamiento y recuperación planteado por los directivos de la EPS Coomeva a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, en una comunicación enviada al señor Ministro de Salud, Fernando Ruiz, pidió al Ministerio revisar las propuestas de dicho plan y buscar que se planteen soluciones

que respondan a la colectividad y no a intereses de orden individual.

En la carta enviada, la ACHC expresó sus consideraciones e inquietudes sobre las diversas propuestas planteadas por la EPS. A continuación, reproducimos el contenido completo de la comunicación.

Bogotá, D. C., 28 de octubre de 2021

Doctor  
**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
Ministro de Salud  
**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
E.S.M.

## **ASUNTO: Situación EPS Coomeva**

Estimado señor Ministro:

De manera atenta, en mi calidad de Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y llevando la vocería de sus instituciones hospitalarias afiliadas, transmito el sentir y preocupación frente a la situación de la EPS Coomeva, a propósito de los planes de recuperación que han propuesto y el proceso de intervención recientemente decretado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Sea lo primero señalar que, desde el gremio, hemos participado en los espacios que los directivos y el Agente Especial designado han dispuesto para conocer lo que denominaron plan de recuperación y saneamiento de pasivos de esa entidad. Inicialmente, se abrió una convocatoria con la que pretendían lograr la aceptación y acuerdo del 70% de acreedores de un plan de saneamiento que avalaría posteriormente la Superintendencia Nacional de Salud.

El gremio y representantes de instituciones hospitalarias presentaron sus observaciones y preocupaciones frente a dicho plan, pues exigía la condonación de un porcentaje importante de la deuda y plazos de hasta una década para el pago de los montos que se logaran acordar. Este plan no se consolidó en el marco de la toma de posesión y bienes decretado en mayo de 2021 y el 27 de septiembre se ordenó, por parte de la Superintendencia de Salud, la intervención para administrar. En este escenario debe el agente interventor presentar e implementar un programa gradual de salvamento dentro de los dos (2) meses siguientes a esta decisión.

Atendiendo a que ese proceso está en curso y conforme nos han informado algunas IPS, se mantienen algunas propuestas de capitalización de acreencias y de descuentos de la deuda en porcentajes que van del 17 al 35%. Debemos trasladar nuestras sentidas preocupaciones a su Despacho y reiterar las dudas razonables que frente a este asunto hemos planteado.

Un aspecto central lo constituye el que no resulta comprensible que, si en el pasado se ha recurrido a la capitalización con aportes de la Cooperativa y “capitalizando acreencias” de las IPS, planteen y consideren que en esta ocasión el resultado será diferente y permitirá a la EPS superar su deficiente situación financiera. Aunado a este punto, debemos llamar la atención en el hecho de que no se haga un planteamiento claro sobre el plan de gestión y programa de salud con el que pretenden cumplir a su población afiliada y responder oportunamente a la red hospitalaria que atiende a sus afiliados.

Preciso recordar que, en el año 2017, se había señalado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud que no debía reducirse el porcentaje de propiedad o participación de la Cooperativa por la garantía que esta representa en la operación de dicha EPS. Se aspira ahora a cambiar esta condición reemplazándola por figuras o propuestas que no representan una garantía sólida o liquidez inmediata respecto de las deudas que hoy en día tiene la entidad.

Se ha apostado, así mismo, a que, con los recursos que se reconozcan del Acuerdo de Punto Final, se pague un monto aproximado de 334 mil millones y, en ese sentido, debemos invocar la revisión y direccionamiento por parte del Ministerio para que, de darse estos recursos, se giren de manera inmediata a la red hospitalaria para el pago de la deuda acumulada.

Se ha argumentado que la liquidación de la entidad es el peor escenario y si bien reconocemos que liquidar una EPS no es una buena noticia para el sistema de salud, nos preguntamos si con descuentos de cartera del 35% —ya de por sí morosa— y pagos de acreencias en 10 años, sin pagos significativos que den liquidez a los acreedores en este momento, sin el reconocimiento de intereses e incentivando a que no adelanten acciones judiciales, ¿cuál es el escenario positivo?

Según el último estudio de cartera de la ACHC, con corte a junio de 2021, en un reporte de 205 IPS agremiadas, la EPS Coomeva acumula una deuda de más de \$ 554 MM, con un 73,3% de cartera vencida. Este comportamiento de deuda y de morosidad se viene repitiendo durante los últimos cuatro años.

Señor Ministro, las instituciones hospitalarias afiliadas a este gremio han aportado, han respaldado, han continuado y siguen siendo red permanente de la EPS para atender a sus afiliados, por lo que se espera que en un acto de equilibrio sectorial se piense en las IPS. La deuda hospitalaria corresponde a atenciones en salud que ya se brindaron y para las cuales debió asumirse el costo del talento humano asistencial y administrativo necesario para estos servicios.

A la fecha se desconocen cuáles son las condiciones de mercado o escenarios reales que permitan asumir que el resultado de esa EPS vaya a cambiar. Por mandato legal, aun en ausencia de contrato con la EPS, las IPS siguen atendiendo a los afiliados que a ellas acuden a través del servicio de urgencias, aun sin las garantías del reconocimiento y pago de estos servicios.

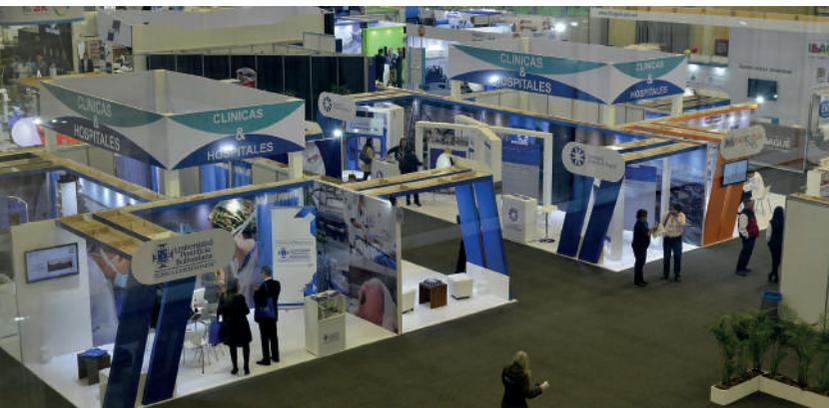
La anterior situación nos lleva a invocar el seguimiento por parte de ese Ministerio para que, bajo la rectoría sectorial de su competencia, se revise la situación a fin de que se planteen soluciones que respondan a la colectividad y no a intereses de orden individual. Esta clase de precedentes son nocivos para el Sistema de Salud, pues plantean opciones que, lejos de mejorarlo, desmejoran la condición no solo de los afiliados, sino de sus agentes directos.

De usted atentamente,

*(original firmado)*

**JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA**  
DIRECTOR GENERAL ACHC

## Del 12 al 15 de julio de 2022 Feria Internacional de la Salud, Meditech



**M**editech 2022, la feria más importante del sector salud en América Latina, organizada por el Centro Internacional de Negocios y Exposiciones, Corferias, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC y Messe Dusseldorf, llega a su VII versión y se realizará de manera presencial del 12 al 15 de julio de 2022. Meditech 4.0 fortalecerá su oferta de valor con-

**Meditech 2022 será una ventana al mundo para juntar las visiones de innovación, conocimiento y experiencias. Esta gran exposición, que llega a su séptima edición, reunirá a los principales actores y representantes de las instituciones más importantes del sector salud en América Latina**

jugando lo mejor del mundo digital con lo mejor del mundo presencial para ofrecer a expositores y visitantes conexiones y negocios los 365 días del año: [www.meditech.com](http://www.meditech.com)

Tras un año retador, y gracias a las medidas de implementación de protocolos de bioseguridad, al trabajo articulado con el Gobierno nacional y local, y al proceso de vacunación, la reactivación de los eventos feriales es una realidad que ha dado paso a generar oportunidades para que MIPYMES, emprendedores y grandes empresarios vuelvan a reencontrarse con sus públicos especializados y con toda una comunidad que ha participado del regreso de las ferias bajo estrictos protocolos de bioseguridad.

Meditech 2022 será una ventana al mundo para juntar las visiones de innovación, conocimiento y experien-

cias. Esta gran exposición, que llega a su séptima edición, reunirá a los principales actores y representantes de las instituciones más importantes del sector salud en América Latina alrededor de la más completa muestra comercial de productos y servicios relacionados con la tecnología médica y clínica con el fin de actualizarse, generar negocios y conocer las tendencias y lanzamientos. Se contará con la presencia de expositores provenientes de diferentes países.

Corferias, como epicentro de la reactivación de ferias en 2021, logró la reactivación de 21 ferias, hecho que refuerza que la presencialidad es el mejor canal para la recuperación de las oportunidades y los negocios. Para los empresarios, la calidad prevalece sobre la cantidad del negocio, y poco a poco los potenciales compradores nacionales e internacionales retoman el interés de asistir a las ferias y los eventos.<sup>[1]</sup>



# Clínica Montserrat: la historia de un modelo de atención en salud mental en Colombia<sup>1</sup>



ICSN Clínica Montserrat se proyecta para los siguientes años en la ampliación de su oferta de servicios, con infraestructura de primer nivel

**H**ace 70 años, en medio de las complejidades de nuestro país, un grupo de visionarios se organizaron para hacer eco de las ideas y pensamientos altruistas de un psiquiatra y monje norteamericano de origen belga, marcando una diferencia radical con los lúgubres modelos manicomiales existentes, permitiéndole así al paciente dignificar su condición psicopatológica y recibir un trato humanizado.

Desde su nacimiento, el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN) - Clínica Montserrat ha estado a la vanguardia de los tratamientos en psiquiatría, psicoterapia, intervenciones grupales y en la psicofarmacología, siempre promoviendo la atención con calidad a pacientes y familias.

La experticia y la atención con calidad condujo rápidamente a la necesidad de convertir el ICSN en una institución que sirviera como centro formador de médicos, encontrando, a principios de la década de los 80, en la Universidad El Bosque al socio estratégico con el que, desde hace más de 40 años, lleva formando especialistas en psiquiatría. Este convenio interinstitucional ha logrado entregar al país a 261 psiquiatras egresados que prestan sus servicios y conocimientos en pro de la salud mental de los colombianos.

Hoy, el Instituto cuenta además con 11 convenios docente asistenciales, que convierten al ICSN en centro de referenciación de prácticas en salud mental para diversos programas, tan-

<sup>1</sup>Comunicaciones Clínica Monserrat

to nacionales como internacionales, en varias áreas como: Psiquiatría, Neurología, Geriátrica, Medicina General, Psicología, Enfermería profesional, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, entre otros.

La pandemia, y las medidas adoptadas por los gobiernos para enfrentarla, trajo consigo un aumento significativo de personas que buscan atención profesional para cuidar de su salud mental. Este aumento en la demanda de servicios tuvo una respuesta contundente tanto en la operación de la Clínica Montserrat, como en la sede Campoalegre, en donde se llevan a cabo planes de ampliación y renovación de espacios acordes con mantener una atención humana de calidad.

Paralelamente, el ICSN fortaleció estrategias para llegar a la ciudadanía en general con acciones comunitarias y de salud mental ciudadana, tales como las charlas virtuales gratuitas de psicoeducación que se desarrollan cada semana a través de las redes sociales del instituto. Temas como el manejo del duelo, el teletrabajo, el encierro y su afectación en niños, niñas y adolescentes son, entre otros, asuntos de reflexión en donde se invita a la comunidad, no solo a escuchar y a aprender, sino a participar con preguntas y comentarios sin tabúes o estigmas.

Por último, y no menos importante, el instituto puso en marcha una campaña de comunicación denominada “Sin miedo a hablar de...” en el que, por medio de rompetráficos de alto impacto emocional, se pretende intervenir el espacio público con mensajes que buscan eliminar el estigma negativo relacionado con las enfermedades mentales. Esta campaña se aloja en el sitio web [www.sinmiedoahablar.com](http://www.sinmiedoahablar.com), en donde cualquier persona, de cualquier condición social, encuentra las rutas de ayuda en salud mental que existen en el país.

Este año 2021, el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat cumple 70 años celebrando la responsabilidad de ser eje articulador de acciones que dignifiquen y prioricen la salud mental en, al menos, tres niveles de los muchos que existen: en una ciudadanía cada vez más consciente de la necesidad de buscar ayuda profesional para entender y tratar sus pensamientos y emociones; frente a la misma comunidad médica afectada directamente por la pandemia; y en quienes tienen la responsabilidad de evaluar, planear y ejecutar las políticas públicas en salud que afectan a los colombianos.

Con esto, el ICSN Clínica Montserrat se proyecta para los siguientes años en la ampliación de su oferta de servicios, con infraestructura de primer nivel, y con planes de llegar cada vez más a personas no solo en Colombia, sino también en otros países de la región.



**TE ESCUCHAMOS,  
TE ACOMPAÑAMOS,  
TE DAMOS HERRAMIENTAS**

Ingresar a: [www.sinmiedoahablar.com](http://www.sinmiedoahablar.com)



[www.icsn.co](http://www.icsn.co)

Marca al teléfono 6012596000

# Clínica Imbanaco, 45 años al servicio de la comunidad<sup>2</sup>



A lo largo de los 45 años de existencia la Clínica Imbanaco, ha crecido y transformado su infraestructura, siempre pensando en los pacientes.

**E**n la Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud estamos celebrando 45 años de existencia, y no es fácil resumir nuestras vivencias en unas cuantas líneas. Podríamos destacar múltiples acontecimientos, hazañas, avances, conquistas, triunfos. Pero, más que hablar de casos de éxito, hablamos de millones de historias de vida: las de los pacientes y sus familias —nuestra razón de ser—, las de nuestros colaboradores: médicos, personal de enfermería, asistencial, administrativo, de seguridad, de servicios generales, etc., que han escrito día a día estos 45 años de experiencia, donde hasta el más pequeño acontecimiento cobra importancia.

Nuestra historia se remonta al mes de agosto de 1976, cuando abre sus puertas el Centro Médico Imbanaco, e incluso unos años antes, cuando un grupo de médicos visionarios concibieron la idea de ofrecer salud de la más alta calidad y con atención de excelencia a sus pacientes. Tras innumerables sucesos que los llevaron a sortear grandes vicisitudes, lograron consolidar no solo su proyecto de vida, sino también establecer un complejo médico donde, además de cubrir las necesidades de salud, velaban por la integridad y la vida de miles de vallecaucanos, con una importante consigna que ha prevalecido hasta hoy: la vocación de servicio.

A lo largo de estos años, cada uno de los integrantes de nuestra Clínica ha honrado con su entrega y profesionalismo el legado de los 28 fundadores, inscrito en una historia llena de experiencias enriquecedoras, trazando así un camino de aprendizajes, éxito, progreso, que, desde el primer momento, hasta hoy, ha conservado su filosofía de servir a la comunidad llevando salud, siempre con un sentido humano. Ellos son el testimonio de lo que se puede alcanzar cuando la unión, el liderazgo y el conocimiento se suman para lograr lo que se proponen los seres humanos.

Con el pasar de los años, se han sumado los mejores profesionales que siguen inspirándose en la filosofía de la institución, entregando sus esfuerzos a la causa. Hoy, el que otrora fue un ambicioso emprendimiento, para nuestro orgullo, se erige como una de las clínicas más avanzadas de América y de las más importantes para la medicina de Colombia y para la salud de Cali y el Valle. Y es que nuestra institución se fue construyendo palmo a palmo, con audacia y a la vez con prudencia, con un objetivo que se fue desarrollando de la mano de la ciencia, de la transparencia y el compromiso, de la confianza, que se edifica paso a paso.

<sup>2</sup> Comunicaciones Clínica Imbanaco

**En 2020 nos unimos al Grupo Quirónsalud, compañía líder en España con más de 60 años de experiencia y más de 70 centros sanitarios con presencia en Dubái, Perú y Colombia.**

Nuestra clínica ha evolucionado, al punto que hoy ofrecemos a nuestros pacientes diagnósticos, procedimientos y tratamientos de alta complejidad con más de 900 profesionales médicos de diferentes especialidades y subespecialidades; realizamos más de 20 mil procedimientos quirúrgicos al año en neurocirugía, oncología, ortopedia, cirugía cardiovascular, trasplante, entre otras.

En la actualidad, contamos con siete sedes para estar donde están nuestros pacientes: una sede principal donde tenemos a disposición servicios diagnósticos, hospitalarios, quirúrgicos, terapéuticos y alta complejidad; un centro médico, con consultorios, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, unidad de medicina reproductiva, vacunación y densitometría ósea; dos centros diagnósticos con laboratorio clínico, vacunación e imágenes diagnósticas; un centro de rehabilitación física, y dos laboratorios clínicos. En ellas convergen la tecnología de avanzada, un prestigioso equipo de profesionales, una valiosa vocación



▼ A lo largo de estos años, cada uno de los integrantes de nuestra Clínica ha honrado con su entrega y profesionalismo el legado de los 28 fundadores, inscrito en una historia llena de experiencias enriquecedoras, trazando así un camino de aprendizajes, éxito, progreso, que, desde el primer momento, hasta hoy, ha conservado su filosofía de servir a la comunidad

investigadora y docente, además de un modelo de gestión basado en un sólido compromiso con la calidad.

En 2020 nos unimos al Grupo Quirónsalud, compañía líder en España con más de 60 años de experiencia y más de 70 centros sanitarios con presencia en Dubái, Perú y Colombia. Hemos crecido, hemos evolucionado, conservando siempre la filosofía con la que nacimos, poner toda nuestra experiencia al servicio del cuidado de la salud y bienestar de las personas, con una visión de la medicina basada en la personalización, la cercanía y la conexión con el paciente.

# Hospitales y clínicas colombianos en el *ranking* de los mejores de Latinoamérica en 2021

26 hospitales y clínicas de Colombia forman parte del grupo de las mejores entidades hospitalarias de Latinoamérica, según el *ranking* 2021 realizado por la revista América Economía. En la evaluación, que en esta edición incluyó a 61 entidades hospitalarias de 11 países latinoamericanos, el primer lugar lo volvió a ocupar el Hospital Albert Einstein de Brasil y en el top diez del *ranking* se encuentran

cinco entidades colombianas, así: Fundación Valle del Lili, en el cuarto puesto, La Cardio, en el quinto puesto, Fundación Cardiovascular de Colombia, en el sexto, El Centro Médico Imbanaco, en el séptimo, y el Hospital Pablo Tobón Uribe, en el décimo lugar.

El siguiente es el listado de las entidades colombianas que figuran en el *ranking* de mejores hospitales y clínicas de América Latina.

Posición en el <i>ranking</i>	Nombre de la entidad
4	Fundación Valle del Lili
5	Fundación Cardioinfantil
6	Fundación Cardiovascular de Colombiav
7	Centro Médico Imbanaco
10	Hospital Pablo Tobón Uribe
18	Hospital Universitario San Vicente Fundación
22	Clínica Universitaria Bolivariana
25	Clínica del Occidente
27	Clínica Universitaria Colombia
30	Clínica Las Américas Auna
32	Corporación Universitaria Juan Ciudad – Mederi
35	Clínica Universitaria La Sabana
36	Hospital General de Medellín
37	Hospital Universitario de Caldas
41	Hospital Infantil Los Ángeles

Continúa en la siguiente página →

Posición en el ranking	Nombre de la entidad
43	Clínica Los Nogales
44	Clínica Universitaria IPS León XIII
45	Hospital Infantil Universitario de San José
46	Centro Policlínico del Olaya
49	Clínica Las Vegas
50	HOMI Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia
51	Centro Cardiovascular Colombiano - Cardiovid
54	Clínica Medellín
57	Hospital Universitario de Nariño
60	Clínica Portoazul – Auna
61	Clínica del Prado

En el *ranking*, que evalúa dimensiones como seguridad, capital humano, gestión del conocimiento, experiencia y dignidad, capacidad y prestigio, de los 61 hospitales que lograron estar por encima de los 40 puntos sobre 100, el 43% son entidades colombianas, el 13% de México, 11% de Brasil, 11% de Perú, 6% Argentina, 5% Chile, 3% Ecuador y, con 2% cada uno, se encuentran Panamá, Costa Rica, República Dominicana y Paraguay.

Como novedad en esta edición del *ranking*, por primera vez América Economía publicó el *ranking* de 4 especialidades, en las que también los hospitales y clínicas colombianos se ubican en los primeros lugares, así.

En pediatría, HOMI Fundación Hospital de la Misericordia ocupó el segundo lugar, el Hospital General de Medellín el cuarto y la Fundación Valle del Lili el quinto.

En el *ranking* de ginecología la Clínica del Prado se ubicó en el segundo lugar, Hospital General de Medellín en el quinto y en el sexto puesto el Centro Médico Imbanaco.

En oncología se destacan de Colombia la Fundación Valle el Lili en el segundo lugar del *ranking*, la Clínica las Américas en el tercer puesto y en el quinto lugar el Hospital San Vicente Fundación.

Finalmente, en el *ranking* de Cardiología, la Fundación Cardiovascular de Colombia se posicionó en el segundo lugar, la Fundación Cardioinfantil en el cuarto lugar y el Centro Médico Imbanaco en el quinto puesto.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas felicita a todas las entidades colombianas que ingresaron al *ranking* este año, demostrando su liderazgo y compromiso con la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. 

# Los desafíos de los sistemas de protección social en América Latina y el Caribe<sup>1</sup>



La pandemia por COVID-19 ha retado, en el último año y medio, a los gobiernos del mundo y ha evidenciado las fortalezas y debilidades de los sistemas de protección social. En el caso de América Latina y el Caribe, según un reciente informe publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la pandemia les ha impuesto a los gobernantes el gran desafío de mejorar su cobertura, suficiencia y sostenibilidad para contribuir a mitigar el aumento de la pobreza y las desigualdades, así como para enfrentar nuevas emergencias en el futuro.

Según el estudio de la OIT, antes de la pandemia solamente 56% de los

habitantes de la región estaban cubiertos por algún tipo de protección social, y los sistemas contributivos, que dependen de las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, incluían apenas 46% de la población activa laboralmente. Además, como consecuencia de la crisis por COVID-19, se estima que los sistemas contributivos de protección social registraron una baja de 7,9% en el número de cotizantes, lo que significó un retroceso de casi una década.

Los efectos de la pandemia se amplificaron pues había millones de personas sin redes de protección ante la pérdida de ingresos y empleos, mientras los sistemas de salud estaban al borde del colapso. La gran mayoría de la población ocupada no contaba con seguros de desempleo ni con otras maneras de compensar ingresos, en especial quienes estaban en la informalidad.

Así lo explicó Vinícius Pinheiro, director de la OIT para América Latina y el Caribe, al presentar un nuevo estudio sobre protección social en la región y agregó que “una lección aprendida de esta pandemia es que la falta de protección social nos hace más vulnerables”.

---

<sup>1</sup> Con información de prensa OIT – Nota Técnica: Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia.

En la revisión que hizo la Organización Internacional del Trabajo al estado actual de los sistemas de protección en esta región, identificó que, en el último año y medio, la emergencia sanitaria y sus consecuencias colocaron bajo una presión sin precedentes a los sistemas no contributivos, que dependen de recursos fiscales, y que fueron esenciales para amortiguar el impacto de la crisis. Según el organismo, a junio de 2021 se habían implementado 273 medidas no contributivas en la región, de las cuales un 64% fueron programas nuevos y el resto adaptaciones de programas que ya existían en cada país. La mayor parte de estas políticas se usaron para proteger los empleos y los ingresos, entrega de alimentos y ayudas sociales, y para el desarrollo de políticas de salud que garantizaran la atención de la pandemia.

El estudio reconoce que el gasto enfocado a mitigar la crisis de la COVID-19 ha permitido contrarrestar el incremento aún mayor de la pobreza y pobreza extrema, donde los países que destinaron más recursos son los que más han evitado el incremento de la pobreza. Grupos de poblaciones como hogares con niños, niñas y adolescentes, que dependen de los ingresos que generan trabajadores en el segmento informal de la economía, vieron aumentar su vulnerabilidad y exposición a los riesgos asociados al trabajo infantil, advierte la OIT en su análisis. Señala Pinheiro, director de la OIT para América Latina y el Caribe:

En el contexto actual de recuperación de una crisis sin precedentes, es fundamental adaptar y ampliar la protección social. Hemos sido testigos de cómo las prestaciones sociales han sido la primera línea de defensa para quienes perdieron sus ingresos y a la vez constituyen un importante motor para estimular la actividad económica.

## **El estudio reconoce que el gasto enfocado a mitigar la crisis de la COVID-19 ha permitido contrarrestar el incremento aún mayor de la pobreza y pobreza extrema, donde los países que destinaron más recursos son los que más han evitado el incremento de la pobreza. Grupos de poblaciones como hogares con niños, niñas y adolescentes.**

Un grupo que llama la atención al organismo y en el que, advierte, hay grandes retos por superar, es la atención de la población mayor a 65 años, a la cual la pandemia no solo impactó con altos índices de contagios, severidad de la enfermedad y mortalidad, sino que la falta de ingresos la dejó en una situación crítica. Según el informe, los datos más recientes señalan que el 30% de este grupo en América Latina y el Caribe no recibe ningún tipo de ingreso laboral ni tampoco una pensión. Entre los mayores, 47,2% recibe solo pensión o jubilación, 7% recibe tanto una pensión como ingresos laborales, y 14,9% solamente ingresos laborales.

Respecto al sistema de salud, el informe recuerda que, de los sistemas de protección social, el que mayor presión ha tenido con la pandemia es el de salud. Aunque en América Latina la mayor parte de los países ha impulsado previamente políticas para reducir la desigualdad en el acceso a los servicios, en algunos casos la crisis del último año ha evidenciado la falta de acceso y las bajas coberturas en servicios de manera equitativa para su población.

La OIT en su revisión identifica que en la región se desarrollaron múltiples iniciativas destinadas a fortalecer, asistir y gestionar los subsistemas que forman parte de



los sistemas de salud para enfrentar la pandemia con mayor equipamiento, recursos físicos, financieros y humanos y poder asegurar un acceso universal a la salud para toda la población que lo requiriera. Sin embargo, asegura el informe, la pandemia ha generado un desplazamiento de la oferta y demanda de servicios de salud. Por un lado, los gobiernos se vieron forzados a reasignar al personal y presupuesto destinado al sector. Por otro, las restricciones a la movilidad y el temor al contagio por parte de la población han postergado la demanda de atención de la salud.

La prioridad que se ha dado al control de esta emergencia ha derivado en la interrupción de otros servicios y programas de salud corrientes que, dependiendo de cada caso, pueden tener efectos muy negativos en el mediano y largo plazo. Ejemplo de los servicios y programas que han debido ser relegados son las campañas de vacunación, la eliminación de la malaria, la prevención y el control de la tuberculosis, y las enfermedades no transmisibles, entre otros.

El organismo multilateral identifica las siguientes respuestas por parte de los países en relación con los sistemas de salud:

- Fortalecimiento del rol de rectoría de los ministerios de salud.
- Fortalecimiento presupuestario del sector salud.
- Incorporación de incentivos al personal de la salud.
- Gestión centralizada de la infraestructura hospitalaria.
- Apoyo financiero a la seguridad social.
- Incorporación de prácticas de telemedicina y consulta médica en forma remota.
- Atención de la salud y transferencias en especie a grupos vulnerables.
- Planes de financiamiento y adquisición de vacunas por COVID-19.

La OIT señala que, aun cuando la pandemia y sus efectos inmediatos no han finalizado, podría destacarse que la coyuntura reveló la crucial importancia de contar con sistemas de salud que aseguren cobertura y acceso universales, así como sistemas de seguridad social que brinden amplia y suficiente cobertura para mitigar las pérdidas temporales de ingresos. Del mismo modo, quedó en evidencia la necesidad de reforzar otras dimensiones vinculadas con el mundo laboral, como la prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Aunque estas medidas han contenido de manera considerable la pandemia, el tema crítico han sido los

riesgos financieros del cuidado de la salud y, por lo tanto, la OIT considera necesario que los Estados aseguren una cobertura suficiente a la totalidad de su población, sin discriminación de ingresos.

El estudio concluye que el futuro de la protección social enfrenta “una compleja combinación de desafíos” y propone el siguiente listado, que advierte deberá ser evaluado y redefinido a medida que evolucione la situación en cada país:

1. Como parte de la consolidación de pisos de protección social, es necesario establecer programas de seguridad económica, que podrían requerir la incorporación de nuevos programas o consolidar otros existentes para la población que disponga de ingresos insuficientes o que no cuenten con ingresos.
2. Para la población infantil en hogares más vulnerables, es necesario completar la expansión horizontal de los programas existentes y mejorar la suficiencia cuando resulte necesario.
3. Mantener y expandir (e implementar donde no existen) los seguros de desempleo que, como es sabido, requieren de la expansión del empleo formal. Estos se deberían complementar con esquemas no contributivos para los trabajadores informales, vinculando ambos estrechamente con las políticas activas de empleo.
4. Mantener y expandir sistemas de pensiones contributivos, haciéndolos sustentables y evitando prometer prestaciones de vejez superiores a las que se puedan financiar con las contribuciones para evitar captar fondos que se requieren para financiar las prestaciones no contributivas. Las contribuciones deben mantenerse en niveles adecuados para satisfacer las tasas de reemplazo

## **La OIT señala que, aun cuando la pandemia y sus efectos inmediatos no han finalizado, podría destacarse que la coyuntura reveló la crucial importancia de contar con sistemas de salud que aseguren cobertura y acceso universales.**

prometidas e incentivar la formalización, tomando en cuenta, de manera adicional, las imitaciones impuestas por el envejecimiento poblacional en cada país.

5. Incorporar o expandir (según sea el caso) los programas no contributivos de protección social para la población mayor que no tenga otros ingresos o requiera un complemento dada su insuficiencia. Resulta imprescindible que esta expansión sea realizada en coordinación con los seguros sociales para vejez, invalidez y sobrevivencia existentes.
6. Lograr una cobertura universal e igualitaria de la política pública de protección social de la salud, combinando diferentes fuentes de financiamiento cuando sea necesario, pero donde la atención esté puesta en función de las necesidades y no de los ingresos de los hogares.
7. Fortalecer la rectoría del sector público en las diferentes componentes de la protección social. De manera especial, en la política de salud, cuando se trate de sistemas con provisión descentralizada y/o a través de administradores privados, debe ser afianzado el papel de los gobiernos centrales. En esos casos se debe prestar especial atención a la coordinación entre niveles de gobierno y las políticas compensatorias de disparidades territoriales.
8. Considerar, con especial cuidado y en relación con cada una de las garantías, la transición desde la situación de emergencia actual en cada país. En la medida en que la actividad productiva sea lentamente

restablecida, se deberá evaluar el diseño de los programas de protección social (incluyendo aquellos implementados en la emergencia), su efectividad y sostenibilidad de largo plazo. En este caso deben considerarse, de manera especial, la necesidad de reconversión productiva consistente con las demandas de la política ambiental requerida para reducir el impacto del cambio climático y la imprescindible adecuación de los sistemas de protección social.

9. Cuidar los equilibrios macroeconómicos atendiendo a las posibilidades de financiamiento de que dispone cada economía. En especial, prestar atención a los niveles de endeudamiento que sean sostenibles en el mediano plazo y compatibles con los procesos de recuperación productiva. En algunos países también es necesario brindar atención a los niveles de financiamiento monetario para evitar procesos inflacionarios que sean luego difíciles de controlar.
10. Combinar la política de protección social con la promoción del trabajo decente y la estrategia de crecimiento de cada economía, como condición absolutamente necesaria para hacer sostenible la propia protección social. La incorporación más

plena de los dispositivos de seguridad y salud en el trabajo, en el marco de las políticas de empleo y protección social, resultarán clave para una recuperación económica "segura y saludable" en lo que se refiere, particularmente, a la exposición a los riesgos biológicos que ha provocado la COVID-19.

La sola mención a estos desafíos tan complejos requiere que en cada país se puedan redefinir las políticas involucradas y encarar complejos procesos de transición, donde resulta esencial la búsqueda de nuevos consensos para poder consolidar las estrategias mediante un diálogo social efectivo.

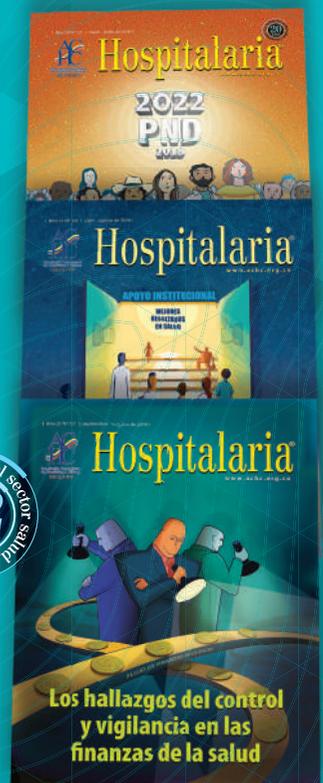
Tratándose de sistemas de protección social tan diversos en su organización institucional, las políticas de reforma tienen que prestar una atención especial al fortalecimiento de su gobernanza y a los procesos que hacen que esta sea efectiva en el logro de los objetivos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad. ■



ACHC **Revista Hospitalaria**<sup>®</sup>  
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas  
www.achc.org.co  
**La revista del sector salud Colombiano**

¡Paute con  
**Nosotros!** »»

Info: [comunicaciones@achc.org.co](mailto:comunicaciones@achc.org.co)  
[publicidadhospitalaria@achc.org.co](mailto:publicidadhospitalaria@achc.org.co)  
Celular: 310 2616106 – 315 2031887  
Fijo: 57-1-3124411



# Principal reglamentación en materia de salud en el 2021

La normatividad del año 2021 estuvo marcada por la continuidad de algunas de las medidas y mecanismos expedidos por el Gobierno Nacional tendientes a mitigar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada en el año 2020 y prorrogada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el transcurso de esta vigencia.

Las disposiciones normativas del periodo se relacionan con lineamientos y ajustes para facilitar el desempeño del sector sanitario y la continuidad y adopción de mecanismos relacionados con la generación de flujo de recursos. Así mismo, también abarcan autorizaciones transitorias de medicamentos y dispositivos médicos para afrontar la coyuntura, el retorno a la presencialidad de varios de los sectores económicos del país, y el inicio del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, el cual dio lugar a la expedición de abundante normatividad en materia de distribución y asignación de los biológicos.

Consecuentemente, y como es usual, se expedieron directrices en torno al mejoramiento de flujo de recursos y operación del sector salud, tales como el pago por disponibilidad de camas de cuidado intensivo e intermedios, las canastas de servicios y tecnologías para la atención, asignación de prepuestos máximos para financiar las coberturas fuera del Plan de Beneficios, asignación y transferencia de recursos para el financiamiento de la atención de urgencias de la población migrante no asegurada, y criterios para el reconocimiento y pago

de los costos asociados al agendamiento y aplicación de las vacunas y toma de pruebas COVID-19.

De igual forma, el legislativo aprobó la Ley 2114, la cual amplió la licencia de paternidad y estableció la licencia parental flexible, y, dadas las necesidades y dinámica por cuenta de la emergencia sanitaria, expidió la Ley 2121, por la cual se creó el régimen de trabajo remoto y la Ley 2088, sobre trabajo en casa.

Así mismo, se destaca en el plano de inspección, vigilancia y control, la modificación de la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud en aras de garantizar el efectivo ejercicio de sus funciones, la verificación de la implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad, así como la verificación de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud.

A manera ilustrativa, y como es habitual, relacionaremos según las temáticas más importantes, la normatividad expedida iniciando por la más reciente:

## I. Medidas para mitigar la COVID-19

1. **Resolución 1576 de 2021. Establece el pago por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios para los meses de enero a abril de la vigencia 2021.** Así, el pago por disponibilidad de camas para la atención de la COVID-19 en los servicios de cuidado intensivo e intermedio por el número de camas - día de los meses de enero a abril de 2021, se reconocerá a los prestadores de servicios de salud, siempre que: i) se haya superado el 30% de disponibilidad en cada servicio por cada sede y cada día dentro del período de reconocimiento; ii)

tales servicios hayan estado disponibles para ese propósito y, iii) el reporte de ocupación se haya realizado en el Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. El valor por reconocer será determinado por la ADRES, y corresponderá a la diferencia entre la ocupación total validada por la ADRES y el 80% de la capacidad total instalada por cada uno de estos servicios en la respectiva sede de la IPS, reportada en el Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS, teniendo en cuenta los valores definidos por cama/día de estos servicios, así: Unidad cuidados Intensivos \$472.459 y Unidad de Cuidados Intermedios \$359.702.

Adicionalmente, la ADRES efectuará los siguientes ajustes sobre el valor a reconocer: i) un 10% adicional a los prestadores cuyas sedes estén ubicadas en los municipios que se encuentran clasificados como zonas especiales de dispersión geográfica, señalados en el Anexo 1 que hace parte integral de esta resolución; y, ii) un 37,9% adicional a los prestadores cuyas sedes estén ubicadas en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Para tal efecto, las IPS deberán remitir certificación firmada por el representante legal de la entidad, en la que conste el número de camas habilitadas disponibles por día de las unidades de cuidado intensivo e intermedio del mes objeto de reconocimiento, la cual deberá ser consistente con la información reportada en el REPS, de manera diaria para cada servicio, junto con el lleno de los requisitos establecidos en la presente resolución.

- 2. Resolución 1585 de 2021. Valor a reconocer por parte de la ADRES a las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar por concepto de las canastas de servicio y tecnologías para atención de la COVID-19.** La presente resolución tiene por objeto determinar el valor a reconocer por parte de la ADRES a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás EOC por concepto de las siguientes canastas de servicios y tecnologías para la atención de la COVID-19: i) atención hospitalaria básica, II) atención hospitalaria media, y iii) atención en

servicio hospitalario Unidad de Cuidado Intensivo, por los meses de mayo y junio de 2021, así como las condiciones para su giro.

La ADRES realizará el giro directo de los recursos a las IPS de acuerdo con los beneficiarios y montos que definan las EPS. En el evento en que el representante legal de la EPS certifique que no tiene deuda con las IPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud brindados a afiliados hospitalizados por COVID-19, la ADRES podrá hacer el giro a la EPS. Dicha administradora establecerá los términos y condiciones operativas para efectuar el giro de los recursos a los beneficiarios.

- 3. Resolución 1913 de 2021. Prorroga la emergencia sanitaria por COVID-19 declarada mediante la Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844,1462 y 2230 de 2020 y 222, 738 y 1315 de 2021.** Así, se prorroga la emergencia sanitaria hasta el 28 de febrero de 2022, la cual podrá finalizar antes de la fecha señalada o cuando desaparezcan las causas que le dieron origen.
- 4. Decreto 710 de 2021. Modifica los artículos 9 y 10 del Decreto 1787 de 2020, en cuanto a la expedición, vigencia, información, renovaciones y modificaciones de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia – ASUE.** El presente decreto, establece el mecanismo institucional en la regulación de las ASUE en el país que permita al Ministerio de Salud y Protección Social la actualización continua y permanente, aportar información sobre la seguridad, calidad eficacia y efectividad de los medicamentos de síntesis química o biológicos de las ASUE en el país.

5. Decreto 580 de 2021. Instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de la COVID-19, y, por el mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura. De esta manera, únicamente 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 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.
6. Directiva Presidencial 04 de 2021. Retorno de servidores y demás colaboradores del Estado de las entidades públicas de la rama ejecutiva del orden nacional a trabajo presencial. Mediante la presente directiva, se instruye a todas las entidades del orden nacional que, para el cumplimiento de las labores que tienen a cargo las entidades públicas del orden nacional con sujeción al protocolo de bioseguridad, el índice de Resiliencia Epidemiológica Municipal (IREM) y los ciclos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán:

**Todos los servidores públicos que hayan completado el esquema de vacunación, deben regresar al servicio presencial y habilitar los parqueaderos para bicicletas de las entidades con el fin que las personas que lo deseen puedan trasladarse a la oficina en este medio.**

Los servidores públicos y demás colaboradores del Estado de todas las entidades públicas de la rama ejecutiva del orden nacional deberán retornar a sus labores presenciales en cada uno de los municipios en que se encuentren sus instalaciones, conforme al ciclo en que se encuentre cada distrito o municipio y demás disposiciones contenidas en la Resolución 777 del 2 de junio de 2021. En todo caso, todos los servidores públicos que hayan completado el esquema de vacunación, deben regresar al servicio presencial y habilitar los parqueaderos para bicicletas de las entidades con el fin que las personas que lo deseen puedan trasladarse a la oficina en este medio.

7. Resolución 201 de 2021. Autoriza de manera transitoria, adicional a la vía área, el ingreso al país por vía marítima de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan declarados vitales no disponibles o desabastecidos y sobre aquellas que son monopolio del Estado, requeridos durante la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19. El ingreso al país de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contenga declarados vitales no disponibles o desabastecidos, continuará realizándose a través de las aduanas de Bogotá para aquellos transportados vía aérea, y por los puestos de Buenaventura, Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, cuando ingresen por vía marítima.

## Los departamentos y distritos, en coordinación con las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer las estrategias para complementar la inmunización de las personas que pertenecen a las etapas 1, 2, 3 y 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19

8. Resolución 222 de 2021. Prorroga la emergencia sanitaria por COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada a su vez por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020. A través de la presente resolución, se prorroga hasta el 31 de mayo de 2021, la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, al tiempo de adoptar una serie de medidas para prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 en el territorio nacional, las cuales son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo, obligatorio y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.
9. Resolución 163 de 2021. Modifica el artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020. De esta manera, el Ministerio de Salud y Protección Social incluye una disposición transitoria para que la financiación de medicamentos que sean incluidos en la lista UNIRS y los principios activos isoflurano y sevoflurano en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en la indicación incluida en la lista

UNIRS, cuyos usos tengan relación con analgesia, anestesia y sedación, en los términos del artículo 29 de la Resolución 2481 de 2020, se financien con recursos de la UPC, mientras dure la emergencia sanitaria por causa de la COVID-19 declarada por este ministerio.

## II. Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

1. Resolución 1627 de 2021. Actualiza los criterios y condiciones para la distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 en el Marco del Plan Nacional de Vacunación. De esta manera, se da apertura a la Etapa 5 del Plan Nacional de Vacunación de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021. Los departamentos y distritos, en coordinación con las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer las estrategias para complementar la inmunización de las personas que pertenecen a las etapas 1, 2, 3 y 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, poniendo énfasis en las personas con mayor riesgo, mayores de 50 años y personas diagnosticadas con cualquiera de las comorbilidades contenidas en el numeral 7.1.3.2 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630, ambos de 2021.
2. Resolución 1656 de 2021. Modifica los Anexos Técnicos 1,6,8

y 10 de la Resolución 1151 de 2021 en relación con la vacunación inadvertida a gestantes, aplicación de dosis de refuerzo, reducción de plazo para vacunación de personas con antecedentes de COVID-19 e inclusión de población mayor de 12 años con el biológico Moderna RNAm-1273. Así, el Ministerio de Salud dispone la aplicación de la vacuna del biológico Pfizer, único autorizado a la fecha para mujeres con más de 12 semanas de gestación, y autoriza la aplicación de dosis adicional de refuerzo con el biológico disponible a personas que se desplacen al extranjero en representación del Estado o en el ejercicio de sus funciones. Así mismo, autoriza realizar la vacunación de personas recuperadas de COVID-19 a partir del día 30 después de la infección, teniendo en cuenta que no existe contraindicación para vacunarlas más tempranamente y se incluye a la población mayor de 12 años con el biológico Moderna RNAm-1273.

3. **Resolución 1738 de 2021. Modifica los Anexos Técnicos 1, 2 y 7 de la Resolución 1151 de 2021, en relación con la vacunación de población pediátrica con el biológico CoronaVac de Sinovac Life Sciences Co., Ltd., contra la COVID-19.** Con la presente resolución, se modifican los lineamientos técnicos y operativos de la vacunación contra el COVID-19 adoptados mediante el Anexo 1 de la Resolución 1151 de 2021, modificado por la Resolución 1656 de 2021 y sustituir los Anexos Técnicos 2 y 7 del citado acto administrativo, teniendo en cuenta, que la población escolar y preescolar desde los 3 años, aunque tienen bajo riesgo de complicaciones y muerte por COVID-19, tiene una interacción social dentro y fuera de las instituciones educativas, que también es intergeneracional y

que determina una contribución al riesgo poblacional y a la transmisión comunitaria. Adicionalmente, la vacunación de estos grupos de edad contribuye a la restauración de la salud y el bienestar físico, psicológico y social, así como a la reactivación económica.

4. **Resolución 1054 de 2021. Actualiza el listado de municipios objeto de unificación de fases y etapas del Plan Nacional de Vacunación.** De esta manera, se unifican las fases y etapas del Plan Nacional de vacunación contra la COVID-19, en los municipios que se señalan en la presente resolución. La población se vacunará de manera gradual con el biológico disponible en cada territorio y lo asignado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. **Resolución 1151 del 2021. Establece nuevos lineamientos técnicos y operativos a la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 y se dictan otras disposiciones.** De esta manera, los lineamientos se encuentran contenidos en los siguientes anexos técnicos, los cuales hacen parte integral de la presente resolución, así: **Anexo 1.** Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19. **Anexo técnico 2.** Consentimiento informado para la vacuna contra el SARS-CoV-2 - COVID-19. **Anexo técnico 3.** Estrategia marco de seguridad interinstitucional para el Plan Nacional de Vacunación COVID-19. **Anexo técnico 4.** Lista de chequeo para la verificación de cumplimiento de actividades a nivel departamental, distrital y municipal. **Anexo técnico 5.** Ficha técnica requerimientos mínimos equipos de cómputo para el sistema de información nominal PAIWEB 2.0. **Anexo técnico 6.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna BNT 162B2 Pfizer – BioNTech contra COVID-19. **Anexo técnico 7.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna CoronaVac de Sinovac BioNTech contra la COVID-19. **Anexo técnico 8.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna Oxford – AstraZeneca AZD122 (CHADOX1-S/NCOV-19) contra la COVID-19. **Anexo técnico 9.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna AD26.COV2S JANSSEN contra la COVID-19. **Anexo técnico 10.** Anexo técnico para la aplicación de

la vacuna MODERNA RNAM-1273 contra la COVID-19. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 430 de 2021.

6. **Resolución 1308 de 2021. Población susceptible de vacunación contra la COVID-19 por personas jurídicas de derecho privado o personas jurídicas con participación pública que se rijan por derecho privado.** A través de la presente resolución, se amplía la población que pueden vacunar las personas de derecho privado. Así, se incluyen las personas naturales que habiten el territorio nacional con las cuales tengan un vínculo laboral o contractual directo para la realización de actividades que le permitan el desarrollo de su objeto social, incluidos sus proveedores y familiares, así como la población que habite en el área de influencia del territorio donde tenga domicilio, sucursales o lugares donde estas empresas realicen sus operaciones. La priorización en la aplicación de las vacunas se hará de acuerdo con la disponibilidad de los biológicos a todos los que cumplan las condiciones mencionadas, salvo quien ya esté vacunado o manifieste de manera expresa que no está interesado en la aplicación de la vacuna.
7. **Resolución 1379 de 2021. Establece nuevos lineamientos técnicos y operativos a la aplicación de las vacunas contra COVID-19.** De esta manera, mediante la presente resolución, se modifica el Anexo Técnico 1 "Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19" de la Resolución 1151 de 2021.
8. **Circular Externa 43 de 2021. Instrucciones para la Vacunación contra la COVID-19 de mujeres gestantes.** Con la presente Circular, el Ministerio de Salud y Protección Social imparte las siguientes instrucciones: a) Vacunar con el Biológico BTN162B2 Pfizer-BioNTech a las mujeres gestantes desde la semana doce (12) de embarazo y las que se encuentren en los primeros 40 días de postparto. b) El único requisito que se debe exigir para la aplicación de la vacuna de Pfizer BioNTech es la suscripción del consentimiento informado en donde manifieste que realizó previamente la evaluación riesgo-beneficio junto con su médico tratante.
9. **Resolución 1022 de 2021. Apertura a la Etapa 5 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021, mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.** De esta manera, se da apertura a la Etapa 5 del Plan Nacional de Vacunación, de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021. Los departamentos y distritos, en coordinación con las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer las estrategias para complementar la inmunización de las personas que pertenecen a las etapas 1, 2, 3 y 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, haciendo énfasis en las personas con mayor riesgo, mayores de 50 años y personas diagnosticadas con cualquiera de las comorbilidades contenidas en el numeral 7.1.3.2 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630, ambos de 2021.
10. **Resolución 965 de 2021. Modifica el artículo 1 de la Resolución 802 de 2021.** De esta manera, se unifican las fases y etapas del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021, con el fin de incluir territorios con condiciones especiales, los cuales se enuncian en la presente resolución.
11. **Decreto 744 de 2021. Modifica los artículos 8, 15 y 16 del Decreto 109 de 2021, en cuanto a la identificación de la población a vacunar, agendamiento de citas**

**y aplicación de la vacuna contra la COVID-19.** Así, el presente Decreto modifica algunas disposiciones del Plan Nacional de Vacunación que permiten a la población priorizada por edad y que, estando abierta la etapa en la cual le corresponde ser vacunado, no han sido llamados por su EPS o no encuentran registrados en la plataforma MIVACUNA, asistir a los puntos habilitados y acceder al biológico, incluidas las personas priorizadas en la Etapa 3 de la Fase I correspondiente a las comorbilidades definidas en el numeral 7.1.3.1 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 del 2021.

De igual forma, se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social al uso de información y datos de otras entidades que manera que se agilice el uso de registro de las personas que aún no han sido vacunadas, bajo un debido tratamiento de los datos personales, acorde con la política de protección de datos del marco normativo nacional.

12. **Circular 040 de 2021. Instrucciones para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en pueblos y comunidades indígenas.** De esta manera, las IPS e IPSI deberán participar en la mesa de coordinación permanente, conformada por la entidad territorial del orden departamental y distrital, con el fin de organizar las acciones a ejecutar para la vacunación en la población indígena, conforme a lo establecido en el numeral 2.5.1 de la Resolución 430 de 2021; y concertar e implementar estrategias de comunicación interculturales dirigidas a la población indígena para brindar información adecuada, suficiente, comprensible, transparente y veraz basada en la evidencia científica y

teniendo en cuenta los conocimientos y saberes ancestrales de los pueblos, estableciendo confianza en el proceso de vacunación, protección y prevención de la COVID-19, para lograr mayor cobertura en la población, teniendo en cuenta las medidas de accesibilidad y aceptabilidad, de modo que puedan acceder sin barreras comunicacionales y actitudinales. Estas entre otras medidas.

13. **Resolución 840 de 2021. Requisitos especiales para la importación, adquisición y aplicación de las vacunas contra la COVID-19 por personas jurídicas de derecho privado o personas jurídicas con participación pública que se rijan por el derecho privado y se dictan otras disposiciones.** De esta manera, con el propósito de avanzar en el objetivo último de superar la pandemia a través de la vacunación general de la población, el Ministerio de Salud autoriza inmunizaciones suplementarias al Plan Nacional de Vacunación y en consecuencia define los requisitos especiales que deberán cumplir las personas jurídicas autorizadas para la importación, adquisición, y aplicación de las vacunas contra la COVID-19, así como su gratuidad, financiación del almacenamiento, distribución y aplicación de las vacunas, el costo de los biológicos y condiciones de la negociación en el marco de las alianzas estratégicas, la destinación de las vacunas entregadas por donación, entre otros aspectos.
14. **Resolución 816 de 2021. Da inicio a la Fase 2 Etapa 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se deroga la Resolución 813 de 2021.** Se inicia la Fase 2 Etapa 4 de la que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021. mediante la cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se deroga la Resolución 813 de 2021.
15. **Decreto 601 de 2021. 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.** Si una persona que ha recibido la vacuna contra



## Nos preguntan

la COVID-19 presenta una reacción adversa a la vacunación, debe recibir la atención en salud que requiera por parte del SGSS en Salud de los regímenes especiales y de excepción, y los prestadores de servicios de salud que brinden los servicios de salud requeridos deben clasificar el evento como leve o grave mediante el sistema Vigiflow.

16. **Decreto 630 de 2021. Modifica el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por el artículo 1 del Decreto 466 de 2021 y se dictan otras disposiciones.** A través del presente Decreto, el Ministerio de Salud modifica la etapa 3 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, incluyendo a las personas de 12 a 49 años que padecen las siguientes comorbilidades: artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante, vasculitis. Así mismo, incluye a las siguientes poblaciones: personal de la DIAN con funciones o adscritos a puestos de control aéreo, terrestre, marítimo y fluviales para realizar actividades de control de ingreso, traslado y salida de mercancía; personal de la Dirección Nacional de Inteligencia que realice labores de campo en el desarrollo de sus funciones de inteligencia estratégica y contrainteligencia; gestores sociales y personal de las entidades públicas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional que, en el desarrollo de sus funciones, realicen labores de campo relacionadas con la gestión policiva, diálogo social y atención a la población vulnerable; deportistas y oficiales que representen al Estado colombiano en competencias deportivas internacionales; personas que sean designadas por el Gobierno Nacional para representar al Estado colombiano ante otro país o ante organismos internacionales, y las personas que deban salir del país dentro del programa de atención a testigos.
17. **Resolución 652 de 2021. Da inicio a la etapa 3 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.** A través de los actos administrativos mediante los cuales se realice la distribución y asignación de los biológicos, se establecerán las poblaciones priorizadas dentro de la etapa 3 del Plan Nacional de

Vacunación, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas.

18. **Resolución 738 de 2021. Prorroga la emergencia sanitaria por COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020 y 222 de 2021.** De esta manera, 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 dieron origen.
19. **Resolución 777 de 2021. Protocolo de bioseguridad.** Con la presente resolución, 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. Expedida por el Ministerio de la Salud y Protección Social.
20. **Resolución 790 de 2021. Establece nuevos criterios y reglas para la distribución - asignación y entrega de vacunas contra la COVID-19 en el marco del Plan Nacional de Vacunación.** Con el objetivo de fortalecer la ejecución del Plan Nacional de Vacunación y favorecer la aplicación eficaz de las vacunas contra la COVID-19, para la distribución y asignación de tales biológicos, se evaluará la eficacia de la vacunación en cada departamento o distrito.
21. **Decreto 415 de 2021. 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.** Así, 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 y 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.

- 22. Decreto 466 de 2021. Modifica el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por el Decreto 0404 de 2021 y se dictan otras disposiciones.** 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. Por lo tanto, la etapa 1 no tiene modificaciones, mientras que en la etapa 2 se adicionan personal de otras líneas de atención en salud, en etapa 3 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

## **Decreto 466 de 2021 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.**

población de 16 a 39 años sin comorbilidades.

- 23. Decreto 465 de 2021. 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.
- 24. Resolución 507 de 2021. 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 establecidas por el fabricante para la conservación de las vacunas; dar cumplimiento a los numerales 12.2 y 12.5 del artículo 12 de 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 con 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.

- 25. Resolución 588 de 2021. 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.** Para la ejecución de los modelos piloto, se asignarán vacunas contra el COVID- 19, según disponibilidad, hasta completar el 10% de la población incluida en cada uno de los pilotos o hasta entregar 10.000 dosis a cada grupo priorizado, lo que ocurra primero. Los biológicos serán entregados a: sanidad militar de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, a los agentes que operan el régimen de excepción del magisterio y a la Fiscalía General de la Nación, quienes deben garantizar la aplicación de la vacuna en los prestadores de servicios de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación.

El costo de los servicios de vacunación será cubierto con cargo a los recursos del FOME. Los biológicos para inmunizar a los agentes educativos, madres y

padres comunitarios vinculados a los servicios de primera infancia, identificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, se asignarán mediante el procedimiento establecido para el resto de los habitantes del territorio nacional.

- 26. Circular Conjunta Externa 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 y así disminuir el riesgo de contagio, atendiendo al porcentaje de ocupación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en las diferentes regiones.
- 27. Circular 28 de 2021. Instrucciones para mitigar el riesgo de desabastecimiento de medicamento 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.** Les corresponde a los Prestadores de Servicios de Salud las siguientes medidas: adoptar las medidas de suspensión de los procedimientos electivos no urgentes o no prioritarios de los diferentes servicios; implementar estrategias para optimizar el uso de oxígeno medicinal, como la evaluación continua del requerimiento mínimo de oxígeno suplementario para mantener una oxigenación adecuada; revisar los consumos de gases medicinales y planear su adquisición; realizar la gestión para la devolución oportuna de los

concentradores, balas o cilindro de oxígeno medicinal, entre otras medidas.

28. **Resolución 430 de 2021. Actualiza los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19 y se dictan otras disposiciones.** Se actualizan los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19, así como los anexos para la aplicación de las vacunas de los laboratorios Pfizer-BioNTech y Sinovac BioNTech, al tiempo de adoptar el correspondiente anexo para la vacuna de AstraZeneca.
29. **Resolución 431 de 2021. Modifican los artículos 2 y 3 de la resolución 400 de 2021.** A través de la presente resolución, se incluyen a las personas mayores de 70 años dentro de la población a inmunizar con la vacuna contra la COVID-19 entregada por la empresa farmacéutica AstraZeneca y, en consecuencia, se modifican los artículos 2 y 3 de la Resolución 400 de 2021.
30. **Resolución 392 de 2021. Modifica el artículo 2 de la Resolución 666 de 2020 y los numerales 4.1 y 5 de su anexo técnico – Actualización protocolo general de bioseguridad.** Mediante la presente resolución se actualiza el protocolo general de bioseguridad, respecto a las medidas implementadas, ámbito de aplicación y los numerales 4.1 y 5 de los anexos técnicos. Por lo tanto, se retiran algunas medidas de bioseguridad establecidas, como lo son, la desinfección de zapatos, la toma de temperatura a proveedores, clientes y visitantes, así como el registro de personas al ingreso de establecimientos, debido a que dicha información no es relevante para el control de la trasmisión del virus.



31. **Resolución 327 de 2021. Inicia la etapa 2 del Plan Nacional de Vacunación para la inmunización de la población entre 60 y 79 años.** Se da inicio a la etapa 2 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 para la población entre los 60 y 79 años, de que trata el numeral 7.1.2.1 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021. Los departamentos y distritos que ya recibieron vacunas contra la COVID-19 para inmunizar personas de 80 años y más que hayan completado la vacunación de esta población y aún tengan disponibilidad de vacunas, podrán utilizarlas para inmunizar la población entre los 60 y 79 años. Ante un inventario insuficiente para completar a vacunación de la población de 80 años y más, se les deberán asignar dosis de las suministradas para inmunizar a la población de 60 a 79 años.
32. **Resolución 303 de 2021. Da inicio a la etapa 2 para la inmunización de las personas de que tratan los numerales 7.1.2.2 a 7.1.2.6 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021, que adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.** Los departamentos y distritos que recibieron vacunas contra la COVID-19 asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para inmunizar al talento humano de que tratan los numerales 7.1.1.2 a 7.1.1.8 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021, que hayan completado la vacunación de esta población y aun tengan disponibilidad de vacunas, podrán utilizarlas para inmunizar al talento humano de que tratan los numerales 7.1.2.2



## Nos preguntan

a 7.1.2.6 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021. El talento humano perteneciente a la etapa 1 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 que no se haya podido vacunar en su etapa, podrá ser agendado para recibir la vacuna en la etapa 2 que se abre mediante la presente resolución.

- 33. Resolución 297 de 2021. Modifica el artículo 3 de la Resolución 195 de 2021 en relación con la utilización de las vacunas excedentes en los adultos mayores de 80 años.** Mediante la presente resolución, se modifica el artículo 3 de la Resolución 195 de 2021, con el fin de autorizar a aquellas entidades territoriales que en la asignación y distribución al interior de sus jurisdicción hayan acogido las reglas contenidas en los numerales 3.1 y 3.2 del precitado artículo y que, pese a ello, cuenten con inventario de vacunas contra la COVID-19, para que las apliquen a la población de 80 años y más, y de esta forma se haga uso eficiente de las mismas, sin implicar variación en la asignación y distribución originariamente efectuada.
- 34. Resolución 295 de 2021. Establece un nuevo plazo para el cargue y reporte de información de que tratan los anexos 1 y 2 de la Resolución 129 de 2021 en la plataforma intercambio SISPRO.** La presente resolución establece el 5 de marzo como plazo máximo para reportar la información de que tratan los anexos técnicos 1 y 2 de la resolución 129 del 8 de febrero de 2021 en la plataforma de intercambio de información PISIS del SISPRO para ser incorporada en la base de datos maestra nominal integrada a MIVACUNA COVID-19.
- 35. Decreto 109 de 2021. Adopta el Plan Nacional de Vacunación contra –la COVID-19 y se dictan otras disposiciones.** El presente decreto tiene por objeto adoptar el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y establecer la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna, las responsabilidades de cada actor tanto del Sistema General de Seguridad Social en Salud

como de los administradores de los regímenes especiales y de excepción, así como el procedimiento para el pago de los costos de su ejecución. Establece que el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en Colombia se divide en 2 fases y 5 etapas.

- 36. Resolución 148 de 2021. Por la cual se establece el procedimiento de habilitación transitoria del servicio de vacunación para COVID-19 para los administradores de los Regímenes Especiales y de Excepción.** Con la presente resolución, se establece el procedimiento y los requisitos que deberán cumplir los administradores de los regímenes Especial y de Excepción para habilitar transitoriamente el servicio de vacunación contra la COVID-19 en sus instalaciones. Estas entidades, previo a presentar la solicitud ante la Secretaria de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que haga sus veces, verificarán que cumplan con los requisitos de capacidad tecnológica y científica, establecidos en el numeral 11.2.3 “SERVICIO DE VACUNACIÓN” del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la Resolución 3100 de 2019, según la modalidad que pretendan ofertar.
- 37. Resolución 161 de 2021. Criterios y condiciones para la distribución, asignación y entrega de las vacunas en el territorio colombiano, en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.** De esta manera, el Ministerio de Salud y Protección Social entregará las dosis de vacunas contra –la COVID-19 a los departamentos y distritos, de manera gradual y progresiva, teniendo en cuenta la disponibilidad de vacuna en el país. Cada vez que se confirme, por parte de un fabricante o del representante del mecanismo COVAX,

la cantidad y la fecha de la entrega de dosis de vacunas contra –la COVID-19 al Estado colombiano, el Ministerio determinará la cantidad de dosis que se asignará a cada grupo poblacional que integre la misma etapa, respetando la priorización establecida en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021.

38. **Resolución 167 de 2021. Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 161 de 2021.** A través de la presente resolución, se modifica la fórmula establecida para la distribución y asignación de las vacunas COVID-19, siendo necesario precisar que el numerador definido en el literal A corresponde a la población registrada en el grupo de la Base de Datos Maestra Nominal en el departamento o distrito.
39. **Resolución 127 de 2021. Asignan nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19.** A través de la presente resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social, autoriza la asignación de las siguientes plazas de SSO para reforzar la atención en salud durante la emergencia causada por COVID-19, así: 300 plazas en medicina, 350 plazas en enfermería y 65 plazas en bacteriología.

### III. Distribución y asignación de vacunas contra el covid-19

1. **Resolución 2046 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano por los laboratorios Pfizer Inc. - BioNTech, AstraZeneca, Moderna Switzerland GMBH y Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** De esta manera, se asignan 204.144 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, 1.340.460 dosis de la

## Se asignan al Distrito Capital de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud) 100.620 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech para la aplicación de las dosis asignadas mediante la resolución 2007 de 2021.

vacuna del laboratorio AstraZeneca y 434.520 dosis de vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Sinovac, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución.

2. **Resolución 2038 de 2021. Distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 a los departamentos de Santander, Huila, Sucre, Casanare, Risaralda, Antioquia y Norte de Santander.** Se asignan 65.520 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos que se señalan en el presente acto administrativo.
3. **Resolución 2007 de 2021. Distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 al Distrito Capital de Bogotá.** Se asignan al Distrito Capital de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud) 100.620 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech para la aplicación de las dosis asignadas mediante la presente resolución.
4. **Resolución 1959 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 al Departamento de Vichada.** La presente resolución asigna al Departamento de Vichada (Secretaría de Salud Departamental) 4.926 dosis de vacunas COVID-19 para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
5. **Resolución 1958 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas el día 17 de octubre de 2021 por el laboratorio AstraZeneca, el**



## Nos preguntan

27 de octubre por el laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech, el 31 de octubre de 2021 por el laboratorio Moderna Switzerland GMBH y el 2 de noviembre de 2021 por el laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Así, se asignan 999.600 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., denominada CoronaVac, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución.

6. **Resolución 1539 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 1 de octubre de 2021, de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.** En el marco de la presente resolución, se asignan 852.400 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante Resoluciones 1109, 1182, 1203 y 1244, todas de 2021.
7. **Resolución 1538 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 1 de octubre de 2021 por el Fabricante AstraZeneca.** Se asignan 1.855.760 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio AstraZeneca a los departamentos y distritos señalados para inmunizar a la población de 18 años y más.
8. **Resolución 1561 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19- Entregadas al Estado Colombiano el día 6 de octubre de 2021 -por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** Mediante la presente resolución se asignan 126.360 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución.
9. **Resolución 1552 de 2021. Segunda distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19- entregadas al estado colombiano los días 20 de**

septiembre y 1 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA -1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH. Con la presente resolución se asignan 919.520 dosis de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados en el presente acto administrativo, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante Resoluciones 1109, 1182, 1203 y 1244, todas de 2021.

10. **Resolución 1704 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID- 19 entregadas al Estado colombiano los días 15 y 20 de octubre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** Mediante la presente resolución, se asignan 1.127.880 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech a los departamentos y distritos señalados en esta resolución.
11. **Resolución 1724 de 2021. Distribución y asignación especial de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 26 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.** Con la presente resolución, se asignan 1.499.600 dosis de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados.
12. **Resolución 1724 de 2021. Distribución y asignación especial de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 26 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.** Con la presente resolución, se asignan 1.499.600 dosis de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio

Moderna Switzerland GMBH, a los departamentos y distritos señalados

13. **Resolución 1740 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 17 de octubre de 2021, por el fabricante AstraZeneca.** Mediante de la presente resolución se asignan 1.000.000 de dosis de la vacuna del laboratorio AstraZeneca para inmunizar a la población de 18 años en adelante.
14. **Resolución 1741 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 24 y 25 de septiembre de 2021 del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV.** Se asignan 529.150 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV a los departamentos y distritos de las entidades territoriales señaladas.
15. **Resolución 1742 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 19 de octubre de 2021 del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., denominada CoronaVac.** Se asignan 2.260.800 dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., a los departamentos y distritos señalados para dar continuidad al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
16. **Resolución 2007 de 2021. Distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 al Distrito Capital de Bogotá.** De esta manera, se asignan al Distrito Capital de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud) 100.620 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech,

para la aplicación de las dosis asignadas mediante la presente resolución.

17. **Resolución 1959 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 al Departamento de Vichada.** La presente resolución asigna a Vichada (Secretaría de Salud Departamental) 4.926 dosis para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
18. **Resolución 1958 de 2021. Distribución y asignación de vacunas entregadas al Estado colombiano el día 17 de octubre de 2021 por el laboratorio AstraZeneca, el 27 de octubre por el laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, el 31 de octubre de 2021 por el laboratorio Moderna Switzerland GMBH y el 2 de noviembre de 2021 por el laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Así, se asignan 999.600 dosis del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., denominada CoronaVac, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución.
19. **Resolución 1462 2021. Distribución y asignación de vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 22 de septiembre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.** Así, se asignan 339.300 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución.
20. **Resolución 1456 de 2021. Realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de septiembre de 2021 de la vacuna MrNA - 1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.** De esta manera, se asignan 332.640 dosis de la vacuna MrNA - 1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución, las cuales serán aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante las Resoluciones 1109, 1189, 1203 y 1244 de 2021.

- 21. Resolución 1037 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas entregadas los días 17 y 18 de julio de 2021 por el fabricante AstraZeneca y se reasigna una parte de las vacunas distribuidas al Distrito de Buenaventura a través de la Resolución 543 de 2021.** Mediante la presente resolución, se reasignan 1.310 dosis de la vacuna del laboratorio AstraZeneca que le correspondían al Distrito de Buenaventura como segundas dosis, en las entidades territoriales que se señaladas en la presente resolución.
- 22. Resolución 1055 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra – la COVID-19 entregadas el 21 de julio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** A través de la presente resolución, se asignan 136.890 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech para garantizar segundas dosis de la distribución realizada mediante Resolución 806 de 2021 y que no fueron beneficiadas con las asignaciones realizadas mediante Resolución 991 y 1023 de 2021. Así mismo, se asignan 171.990 dosis, para inmunizar a mujeres en estado de gestación a partir de la semana doce (12) de embarazo o que se encuentran dentro de los primeros 40 días postparto.
- 23. Resolución 1091 de 2021. Autoriza la reasignación de vacunas dentro de un mismo departamento.** Mediante la presente resolución, se modifica el artículo 2 de Resolución 862 del 23 de junio de 2021, con el fin de asignar 235.300 dosis de la vacuna del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV para inmunizar a la población perteneciente a todas las etapas del Plan Nacional de Vacunación establecidas en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021, en los siguientes departamentos y distritos.
- 24. Resolución 1182 de 2021. Segunda distribución y asignación de vacunas entregadas al Estado el día 21 de julio de 2021 de la vacuna de Moderna ARNm-1273 del Laboratorio Switzerland GMBH.** Mediante la presente resolución, se asignan 405.300 dosis de la vacuna contra la COVID-19 entregadas el 27 de julio de 2021, del laboratorio Moderna RNaM 1273 del laboratorio Switzerland GMBH, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
- 25. Resolución 1204 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 9 de agosto de 2021 por el fabricante AstraZeneca.** De esta manera, se asignan 37.800 dosis de la vacuna del laboratorio AstraZeneca a los departamentos y distritos que se señalan, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante Resolución 543 de 2021 y que no fueron beneficiarias en la Resolución 1013 y 1037 de 2021. Así mismo, se asignan 166.200 dosis del fabricante AstraZeneca a las ciudades capitales de las entidades territoriales señaladas en la presente resolución para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
- 26. Resolución 1203 de 2021. Tercera distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 27 de julio de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.** Mediante la presente resolución, se asignan 39.200 dosis del laboratorio Moderna Switzerland, a los departamentos Risaralda, Caldas, Antioquia y el distrito de Barranquilla, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación de dichos departamentos y distrito.
- 27. Resolución 1245 de 2021. Distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas**

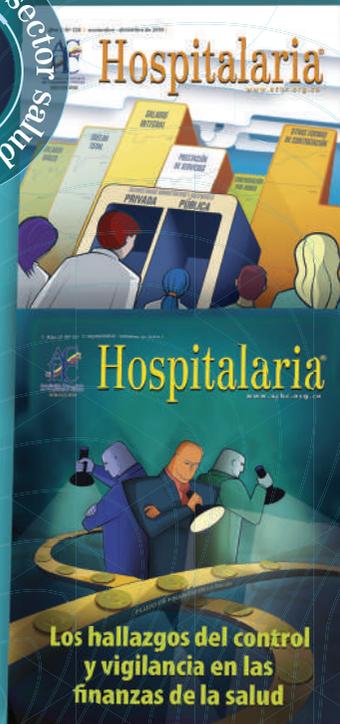
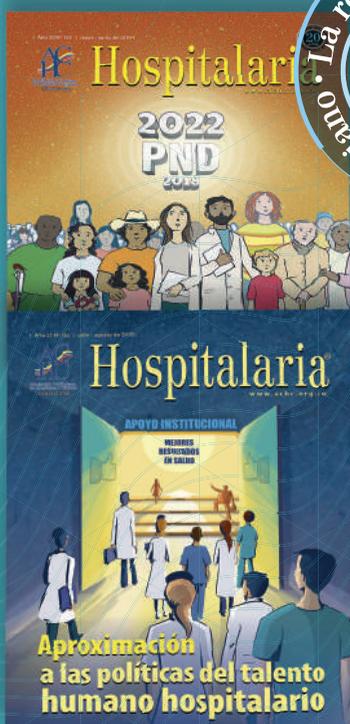
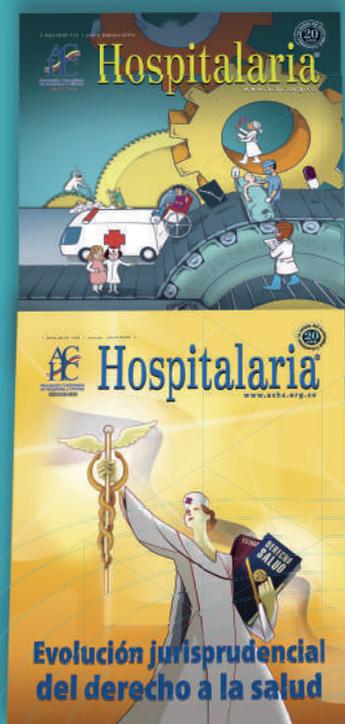


Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

# 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

al Estado colombiano el día 18 de agosto de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. De esta manera, se asignan 372.060 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech entregadas al Estado colombiano el 18 de agosto de 2021, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución, para inmunizar al grupo poblacional de 15 a 17 años.

28. Resolución 1244 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 27 de julio y 15 de agosto de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH. Así, se asignan 469.460 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a las ciudades capitales y sus áreas metropolitanas de las entidades territoriales señaladas en el presente acto administrativo, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación. Así mismo, se asignan 135.400 dosis a los municipios que la requieran, diferentes a las ciudades capitales, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
29. Resolución 1369 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 2 de septiembre de 2021 por el fabricante AstraZeneca. Así, se asignan 200.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio AstraZeneca a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante Resolución 780 de 2021. De igual forma, se asignan 208.000 dosis para inmunizar a la población de etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
30. Resolución 1349 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra entregadas al Estado colombiano el 31 de agosto de 2021 por el fabricante

Pfizer Inc. - BioNTech. Con la presente resolución, se asignan 620.100 dosis contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos y distritos señalados en el presente resolución para inmunizar a la población de las etapas abiertas del Plan de Vacunación.

31. Resolución 1035 de 2021. Segunda distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 10 y 11 de julio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Mediante la presente resolución, se asignan 200.000 dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., a los distritos y departamentos señalados para inmunizar a las personas de sus ciudades capitales priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
32. Resolución 1023 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 10 y 11 de julio de 2021 - por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech y se reasigna una parte de las vacunas distribuidas al Departamento del Cauca a través de la Resolución 814 de 2021. De esta manera, se reasignan 16.380 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech que le correspondían al departamento del Cauca como segundas dosis en las entidades territoriales que se señalan en la presente resolución. Así mismo, se asignan 148.590 dosis de la vacuna Pfizer Inc. - BioNTech a los departamentos y distritos que se señalan en el presente acto, para que sean aplicadas como segundas dosis a las personas que recibieron la primera dosis, producto de la distribución realizada mediante las Resoluciones 806 y 991 de 2021.

- 33. Resolución 1018 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 10 y 11 de julio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Así, se asignan 1.600.830 dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., entregadas por el Estado colombiano el 10 y 11 de julio de 2021 a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante Resoluciones 839 y 888 de 2021.
- 34. Resolución 1013 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 11 de julio de 2021 por el fabricante AstraZeneca.** Mediante la presente resolución, se asignan 408.000 dosis de la vacuna del laboratorio de AstraZeneca, las cuales deberán ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante la Resolución 543 de 2021.
- 35. Resolución 865 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 23 y 24 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** Así, se asignan 684.450 dosis de la vacuna de laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución, para ser aplicadas como segundas dosis.
- 36. Resolución 935 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al estado colombiano el 29 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** De esta manera, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 540.540 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc., para aplicar segundas dosis a las personas que fueron beneficiarias de las dosis asignadas mediante la Resolución 780 de 2021 y que no fueron cubiertas por la resolución 865 de 2021.
- 37. Resolución 888 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 26 y 27 de junio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Así, se asignan 1.500.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 entregadas por el fabricante Sinovac a los departamentos y distritos del territorio nacional para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
- 38. Resolución 970 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 - entregadas mediante donación al Estado colombiano el 1 de julio de 2021 por el Gobierno de los Estados Unidos de América.** Mediante la presente resolución, se asignan 2.500.000 dosis de la vacuna SARS-COV-2 del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV, para inmunizar a la población mayor de 18 años, pertenecientes a todas las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
- 39. Resolución 954 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 - entregadas al Estado colombiano el 30 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** Con la presente resolución, se asignan 539.370 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc y BioNTech, a los departamentos y distritos del territorio nacional para inmunizar a la población perteneciente a las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.
- 40. Resolución 991 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 7 de julio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** La presente resolución tiene por objeto asignar a los departamentos



y distritos del territorio nacional 104.130 dosis de la vacuna contra la COVID-19, entregadas por el laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, para ser aplicadas como segundas dosis de las personas que fueron vacunadas con las asignadas en la Resolución 806 de 2021 y para realizar asignaciones extraordinarias a los departamentos de Vichada y Archipiélago de San Andrés.

- 41. Resolución 821 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 13 y 19 de junio de 2021 por el fabricante AstraZeneca. De esta manera, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 244.800 dosis de vacunas del laboratorio AstraZeneca, para continuar con el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
- 42. Resoluciones 814 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas

al Estado colombiano el 17 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. Así, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 604.890 dosis de vacunas del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech para continuar con el Plan Nacional de Vacunación

- 43. Resolución 653 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 del fabricante Pfizer Inc. - BioNTech entregadas al Estado colombiano el 17 y 19 de mayo de 2021. Con la presente resolución, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 938.340 dosis de la vacuna SARS-COV-2, en 802 empaques secundarios, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.
- 44. Resolución 637 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 9 y 16 de mayo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Así, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 817.552 dosis de la vacuna CoronaVac, que no fueron asignadas mediante las Resoluciones 600 del 12 de mayo de 2021.
- 45. Resolución 723 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano 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. - BioNTech. Así, 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 de Pfizer Inc. - BioNTech para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.

- 46. Resolución 780 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 3 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech y otras por mecanismo COVAX que corresponden al fabricante AstraZeneca. De esta manera, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 539.370 dosis de la vacuna SARS-CoV-2 del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech y 909.600 dosis de la vacuna de la empresa AstraZeneca, para inmunizar a las personas de la etapa 1, 2, 3 del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID – 19.
- 47. Resolución 792 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 6 de junio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. La presente resolución asigna a los departamentos y municipios del territorio nacional 836.370 dosis de la vacuna CoronaVac del Fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
- 48. Resolución 791 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 9 y 10 de junio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. Con la presente

resolución asigna a los departamentos y municipios del territorio nacional 1.077.570 dosis de la vacuna SARS-CoV-2 del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech.

- 49. Resolución 475 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 12 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. De esta manera, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 551.070 dosis de la vacuna contra la COVID-19, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.
- 50. Resolución 462 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra el COVID 19 entregadas al Estado colombiano el 11 de abril de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Así, se asigna 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 que no la recibieron con la asignación realizada en la Resolución 413 de 2021.
- 51. Resolución 461 de 2021. Entrega y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 9 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. Mediante la presente resolución, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 270.270 dosis de la vacuna contra el COVID 19, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.
- 52. Resolución 543 de 2021. 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.



## Nos preguntan

- 53. Resolución 517 de 2021. Distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 21 de abril de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - 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.
- 54. Resolución 572 de 2021. Realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 1 de mayo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** De esta manera, se asigna 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.
- 55. Resolución 555 de 2021. 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.** Así, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 969.278 para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
- 56. Resolución 584 de 2021. 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. - BioNTech.** Con la presente resolución, se asigna 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.
- 57. Resolución 601 de 2021. 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. - BioNTech.** Con la presente resolución se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 391.950 dosis de la vacuna SARS-CoV-2 en 335 empaques secundarios para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
- 58. Resolución 600 de 2021. Distribución y asignación de las vacunas contra la 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 asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 682.488 dosis de la vacuna CoronaVac, entregadas por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech, para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.
- 59. Resolución 437 de 2021. 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. - BioNTech.** Mediante la presente resolución, se asigna a los departamentos y distritos del territorio nacional 280.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 entregadas por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech, en 240 empaques secundarios, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.
- 60. Resolución 432 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 31 de marzo de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.** De esta manera, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 100.620 dosis, para continuar con la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
- 61. Resolución 302 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano**

el 6 de marzo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 920.615 dosis para continuar el proceso de vacunación de las personas de 80 años y más incluidas en la etapa 1 del Decreto 109 de 2021 por el cual se adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

62. Resolución 413 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de marzo de 2021 por el fabricante SINOVAC LIFE SCIENCES Co., Ltd. Con esta resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 386.227 dosis para aplicar la segunda dosis de esa vacuna a las personas que recibieron la primera dosis producto de la distribución realizada mediante la Resolución 302 del 6 de marzo de 2021. Las personas que durante el intervalo entre la primera y segunda dosis sean diagnosticadas con COVID-19, no deberán recibir la segunda dosis.
63. Resolución 400 de 2021. Asignación y distribución de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de marzo de 2021 por la empresa farmacéutica AstraZeneca. Mediante la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 244.800 dosis de la vacuna de la empresa AstraZeneca, para continuar con la ejecución del plan de vacunación contra la COVID-19.
64. Resolución 398 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 24 y 25 de marzo de 2021 por el fabricante

## Mediante la resolución 400 de 2021, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 244.800 dosis de la vacuna de la empresa AstraZeneca, para continuar con la ejecución del plan de vacunación contra la COVID-19.

Pfizer Inc. y BioNTech. Así, se distribuyen y asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 100.590 dosis de la vacuna contra la COVID 19 entregadas el 24 y 25 de marzo de 2021, para aplicar la segunda dosis de esa vacuna al personal que recibió la primera dosis producto de la distribución realizada mediante resoluciones: i) 267 de 2021, y que no fueron beneficiadas de la distribución realizada mediante Resolución 361, ii) 294, modificada por la Resolución 3030 de 2021, y iii) 361 de 2021.

65. Resolución 361 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 7 de marzo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., y el 17 de marzo de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech. La presente resolución tiene por objeto asignar a los departamentos y distritos del territorio nacional 283.644 dosis de la vacuna CoronaVac, recibidas el 7 de marzo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., y de 100.620 dosis de la vacuna contra el COVID-19 entregadas el 17 de marzo de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech, para continuar con la ejecución del plan nacional de vacunación.
66. Resolución 342 de 2021. Realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 6 y 7 de marzo de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd. De esta manera, se asignan a los departamentos



## Nos preguntan

y distritos del territorio nacional 329.385 dosis.

67. **Resolución 333 de 2021. Realiza la asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 10 de marzo de 2021, por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** La presente resolución asigna 99.450 dosis de la vacuna contra la COVID-19, entregadas por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech, para aplicar la segunda dosis de esa vacuna al personal que recibió la primera dosis producto de la distribución realizada mediante las siguientes resoluciones: i) 168 del 16 de febrero de 2021 y que no fueron beneficiarias de la distribución realizada mediante Resolución 294, modificada por la Resolución 3030, ambas de 2021; ii) 205 de 2021; y iii) 267 de 2021.
68. **Resolución 294 del 2021. Asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 3 de marzo de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.** Mediante la presente resolución se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional 99.450 dosis para aplicar la segunda dosis al personal que recibió la primera dosis producto de la distribución realizada mediante la Resolución 168 de 2021, y la primera dosis para continuar con la vacunación del talento humano de que tratan los numerales del 7.1.1.2 al 7.1.1.8 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021, que prestan sus servicios en municipios capitales o en aquellos que pertenecen a áreas metropolitanas.
69. **Resolución 168 de 2021. Distribución y asignación de vacunas a las entidades territoriales departamentales y distritales, en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.** Con la presente resolución, se asignan a los departamentos y distritos del territorio nacional, un número de dosis de vacunas contra la COVID-19 de las 50.070 dosis entregadas por Pfizer Inc. - BioNTech el 15 de febrero de 2021, para iniciar el proceso de vacunación en el talento humano descrito en el Decreto 109 de 2021, mediante el cual se adoptó el Plan de Vacunación.

70. **Resolución 195 de 2020. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de febrero de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Mediante la presente resolución, el Ministerio de Salud Y Protección Social asigna 192.000 dosis de la vacuna CoronaVac del fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd., para continuar con el proceso de vacunación de la etapa 1 de acuerdo con la priorización definida en el Decreto 109 de 2021.

71. **Resolución 195 de 2021. Asignación y distribución de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de febrero de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Mediante la presente resolución, el Ministerio de Salud Y Protección Social asigna 192.000 dosis para continuar con el proceso de vacunación de la etapa 1, de acuerdo con la priorización definida en el Decreto 109 de 2021

## IV. Flujo de Recursos

1. **Resolución 1645 de 2021. Metodología para definir el Presupuesto máximo fijado a las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar para la Vigencia 2020.** Con la presente resolución, se adopta la metodología para la definición del ajuste definitivo del presupuesto máximo fijado a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC para vigencia 2020, contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución. Los recursos para la financiación del ajuste de que trata la presente resolución serán apropiados y ejecutados

por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

2. **Resolución 1712 de 2021. Modifica la resolución 3132 de 2017 modificada por la Resolución 2895 de 2019 en relación con la prórroga del plazo para ejecutar los recursos a entidades intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.** Si al 30 de octubre de 2023 quedasen en los encargos fiduciarios constituidos por las Empresas Sociales del Estado relacionadas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la presente resolución, saldos de recursos no comprometidos, los mismos, así como sus rendimientos financieros, deberán ser devueltos dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la cuenta que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. **Resolución 1770 de 2021. Define los montos a aportar, reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud - EPS y a las demás Entidades a Compensar - EOC para la vigencia 2021, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad “HEMOFILIA A SEVERA”.** A través de la presente resolución, se definen los montos a aportar, reconocer y pagar a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las demás EOC, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad “Hemofilia A Severa”, una vez aplicado el mecanismo de cálculo para la vigencia 2021.
4. **Resolución 1792 de 2021. Criterios para la asignación de recursos del Proyecto de Inversión con Código BPIN 2020011000097 “Fortalecimiento de la Atención en Salud de la Población Migrante no Asegurada**

**Nacional” para atención de partos a mujeres migrantes venezolanas no aseguradas y se definen los valores a reconocer por dicha atención.** Las disposiciones previstas en el presente acto administrativo se encuentran dirigidas a los departamentos y distritos que a través de las Empresas Sociales del Estado brinden atención de urgencias a mujeres venezolanas migrantes no aseguradas que demandan servicios de partos vaginales o cesáreas, que sean atendidas en Empresas Sociales del Estado a partir del 1 de mayo de 2021.

5. **Resolución 1437 de 2021. Adopta medidas para incrementar la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud y agilizar su flujo.** El decreto realiza algunas modificaciones sobre las reglas de las cuentas de recaudo de cotización, estableciendo que las EPS recaudarán las cotizaciones al SGSSS en las cuentas bancarias abiertas por la ADRES en entidades bancarias vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, de las cuales será titular. La ADRES establecerá el procedimiento y cronograma de conciliación y cierre de las actuales cuentas maestras de recaudo. La operación para la apertura de las cuentas de recaudo, así como el diseño e implementación de los desarrollos tecnológicos que se requieran para su puesta en funcionamiento se realizará a más tardar el 31 de enero de 2022, de acuerdo con el plan de trabajo que la ADRES establezca.

Las EPS y demás EOC únicamente podrán recaudar las cotizaciones en salud que se realicen a través de la planilla PILA en las cuentas bancarias de recaudo abiertas por la ADRES. Se considera una práctica no permitida, cualquier transacción de recaudo o depósito de cotizaciones en cuentas diferentes a las aquí determinadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá anualmente el porcentaje de los rendimientos financieros generados por el manejo de los recursos en las cuentas bancarias de recaudo de las cotizaciones, que será reconocido y girado a las EPS y demás EOC.

## La Resolución 1182 de 2021, ordena el giro de los recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a ADRES, para el pago de las atenciones de urgencias prestadas a población migrante.

6. **Resolución 1182 de 2021.** Ordena el giro de los recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, para el pago de las atenciones de urgencias prestadas a población migrante. Se ordena el giro de los recursos del presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a la ADRES, por valor de quinientos mil millones de pesos (\$500.000.000.000,00) m/cte., para cofinanciar el pago de las deudas reconocidas por las entidades territoriales por concepto de las atenciones de urgencia prestadas a la población migrante, para el giro directo a las IPS públicas, privadas y mixtas en nombre de las entidades territoriales.
7. **Resolución 1897 de 2021.** Asigna los recursos a departamentos y distritos destinados a la conformación de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante. Con la presente resolución, se asigna la suma

de CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS (\$460.423.542.200,00) M/CTE. a departamentos y distritos, con el propósito de cofinanciar el Pago de las deudas reconocidas de las cuentas auditadas y conciliadas por dichas entidades territoriales por concepto de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante, y se dispone el giro de estos recursos a las IPS públicas, privadas y mixtas, beneficiarias de estos recursos y habilitadas en el REPS, de la facturación radicada con corte al 30 de abril de 2021.

8. **Resolución 1137 de 2021.** Modifica el procedimiento para el reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19 realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020. Con la presente resolución, se modifica el artículo denominado “Procedimiento para el reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19”, incluida la Resolución 2461 de 2020, con el propósito de que la ADRES valide la información de los afiliados reportada por la EPS y demás EOC contra la información de SISMUESTRAS teniendo en cuenta todas las actualizaciones registradas en dicho sistema, así como permitir que esa administradora disponga a estas la base de datos de SISMUESTRAS con las actualizaciones correspondientes, con el fin de lograr una mayor eficacia

en el proceso de reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19 realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto del año 2020.

- 9. Decreto 530 de 2021. Giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC.** 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, que 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 vigencias.

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.

- 10. Resolución 651 de 2021. Modifica los artículos 4, 6, 7 y 8 de la Resolución 166 de 2021 y se sustituye su Anexo Técnico 1.** Mediante la presente resolución, se modifican los criterios para el reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna, así como garantizar mecanismos que permitan el

cargue de información por parte de las entidades responsables de pago de que trata la Resolución 166 de 2021.

A los prestadores y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de acuñación de les reconocerán los costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna en función a las dosis suministradas durante el mes, previa validación de las entidades responsables del aseguramiento en salud, conforme el procedimiento definido en la presente resolución.

- 11. Decreto 404 de 2021. Modifica el artículo 24 del Decreto 109 de 2021.** La presente resolución 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.

- 12. Resolución 496 de 2021. Define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra**



## Nos preguntan

de recaudo de cotizaciones en salud a apropiarse por las EPS y demás EOC para la vigencia 2021. 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.

13. **Resolución 586 de 2021. Presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS.** 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 UPC 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 contributivos y subsidiado.
14. **Resolución 328 de 2021. Determina el procedimiento para efectos de reclamación de recursos de excedentes de aportes patronales conciliados con EPS Liquidadas.** La presente Resolución define el procedimiento para la reclamación de recursos por parte de las entidades empleadoras que suscribieron actas de conciliación, certificaciones de saldos o estados de cuenta en el proceso de saneamiento de aportes patronales con EPS hoy liquidadas, las cuales provisionaron dichos recursos y que en la actualidad se encuentran depositados ante la ADRES.
15. **Resolución 043 de 2021. Fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar en los cuatro primeros meses de la vigencia 2021.**

Mediante la presente resolución, se establece que la ADRES transferirá a las EPS y demás EOC los recursos del presupuesto máximo asignados para los meses de febrero, marzo y abril de 2021, en los términos dispuestos en el artículo 14 de la Resolución 205 de 2020, o la norma que la modifique o sustituya. La transferencia del presupuesto máximo correspondiente al mes de enero podrá realizarse en los primeros quince (15) días calendario del mes de febrero de 2021.

16. **Resolución 166 de 2021. Adopta la metodología y se fijan los valores a reconocer por las actividades asociadas a la aplicación de la vacuna contra la COVID-19, se define el procedimiento para su reconocimiento y pago y se dictan otras disposiciones.** Mediante la presente resolución, se define la metodología y el valor para el reconocimiento del agendamiento y aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) y la gestión de verificación, control y validación asociada. Así mismo, fija los valores unitarios calculados por dosis aplicada, que resulten de la metodología establecida conforme la Tabla 1 de la presente resolución. Se destaca el ajuste al monto inicialmente planteado, así como el reconocimiento de un valor adicional por dosis en la estrategia intramural que implique tiempo de observación para el paciente. En la estrategia intramural por concepto de agendamiento y aplicación de la vacuna, cuando las condiciones técnicas indiquen la necesidad de observación posterior a la vacunación en los términos de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, se adicionará al valor unitario de la tabla 1 los valores según región de la Tabla 2.
17. **Resolución 1341 de 2021. Costos que superen el valor fijado como ingreso de**

presupuesto máximo no serán tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia. Atendiendo a la dinámica de la metodología adoptada para definir el presupuesto máximo y a las variaciones relacionadas con los posibles ajustes a estos, se establece, como medida transitoria, que los costos que superen el valor fijado como ingreso de presupuesto máximo, no sean tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, hasta tanto se logre estabilizar la implementación del presupuesto máximo, haciéndose necesario modificar lo dispuesto en el artículo 17 de la Resolución 586 de 2021.

## V. Procedimientos y reportes de información

1. **Resolución 1133 de 2021. Reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades del Sistema Integral de Información del Sector Salud.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución tienen por objeto establecer las nuevas reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades del Sistema Integral de Información del Sector Salud, definir la responsabilidad sobre la elaboración de las estructuras para el reporte de datos de afiliación y sus novedades, y crear la base de datos de afiliación de las personas privadas de la libertad del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - BDINPEC.
2. **Resolución 1178 de 2021. Incluye el Permiso por Protección Temporal (PPT) como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.** Las entidades responsables de la

**Se establece, como medida transitoria, que los costos que superen el valor fijado como ingreso de presupuesto máximo, no sean tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, hasta tanto se logre estabilizar la implementación del presupuesto máximo**

administración y manejo de las bases de datos dentro del Sistema de la Protección Social efectuarán la actualización y ajustes, incluyendo como documento de identificación el Permiso por Protección Temporal (PPT), y realizarán las validaciones y novedades de acuerdo con la información que suministre la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia.

3. **Resolución 1255 de 2021. Condiciones y la estructura de datos para el reporte de la información de las personas que habitan el país y que no cuentan con un documento de identidad expedido por el Estado colombiano para identificarse.** La presente resolución tiene por objeto definir las condiciones y la estructura de datos que deberán cumplir los municipios, distritos y departamentos con áreas no municipalizadas para el reporte de la información de las personas que habitan en sus jurisdicciones y no cuentan con un documento de identidad expedido por el Estado colombiano para identificarse, conforme al censo de que trata el artículo 8 del Decreto 109 de 2021. Corresponde a municipios, distritos y departamentos con áreas no municipalizadas aplicar un censo que permita identificar la población habitante de su jurisdicción que no cuenta con un documento de identificación expedido por el Estado colombiano. Así, deberán reportar la información, producto del censo realizado, en la estructura de datos prevista en



## Nos preguntan

el anexo que hace parte integral de esta resolución, a través de la Plataforma de Intercambio de Información PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

- 4. Resolución 1379 de 2021. Requisitos de elegibilidad y los criterios de priorización para la asignación de recursos del proyecto con código BPIN 2018011000036 “Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud Nacional”.** De acuerdo con los objetivos del proyecto, sus recursos serán destinados para financiar proyectos de inversión de las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado que cumplan con las reglas y requisitos establecidos en las Resoluciones 2053 de 2019 y 750 de 2020, según corresponda. El Ministerio de Salud, mediante acto administrativo y previa recomendación del Comité Asesor para la Asignación de Recursos de los Proyectos a cargo de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, asignará los recursos y determinará las entidades departamentales, distritales, municipales o las Empresas Sociales del Estado beneficiarias, el monto de los recursos que se asignan, los requisitos para el giro y el seguimiento a la ejecución de estos.
- 5. Resolución 866 de 2021. Reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones.** La presente resolución, tiene por objeto reglamentar el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país, atendiendo, entre otros, a la política de gobierno digital, a los lineamientos de los servicios ciudadanos digitales expedidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las comunicaciones. También adopta el anexo técnico “Estructura y formato del conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia Clínica” que forma parte integral de la presente resolución y establece otras disposiciones para el efecto.

- 6. Resolución 971 de 2021. Procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.** La presente Resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse para las instituciones prestadoras de salud.

- 7. Resolución 996 de 2021. Asignación de plazas de servicios social obligatorio.** Se autoriza la asignación de las siguientes plazas de SSO para reforzar la atención en salud durante la emergencia causada por la COVID-19 de la siguiente manera: trescientas cincuenta (350) plazas en medicina; trescientas cincuenta (350) plazas en enfermería y sesenta y cinco (65) plazas en bacteriología.

La institución prestadora interesada en contar con plazas de SSO para reforzar la atención en salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, solicitará su apertura y aprobación ante la Secretaría de Salud departamental o la entidad que haga sus veces o ante la Secretaría de Salud de Bogotá a más tardar el 30 de julio de 2021, en los términos del artículo 7 de la Resolución 778 de 2020.

8. **Resolución 828 de 2021. Modifican los artículos 11 y 20 de la Resolución 1545 en cuanto al plazo para desarrollo de las mesas de saneamiento de Aportes Patronales y el reporte consolidado de ejecución de recursos del Sistema General de Participaciones.** Dentro de los seiscientos (600) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo a que se refiere el artículo 9 de la Resolución 1545 de 2019, se deberán llevar a cabo las mesas de saneamiento en las que se efectuará la aclaración y conciliación de los recursos de aportes patronales para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2016.
9. **Resolución 800 de 2021. Reporte de información de la población priorizada para recibir la vacuna contra la COVID-19 que pertenece 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.** La información de las poblaciones priorizadas que pertenecen a las etapas 2, 3 y 4 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404, 466 y 630 de 2021, debe ser reportada por las entidades enunciadas en la presente resolución al Ministerio de Salud y Protección Social en los formatos que se publicarán en la página web de dicho ministerio.

Efectuarán un primer cargue antes del 30 de junio de 2021, y posteriormente, actualizarán la información los 10 primeros días hábiles de cada mes.

10. **Resolución 506 de 2021. 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.** El Ministerio de Salud 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 deberá ser adoptado por los facturadores electrónico 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.
11. **Resolución 508 de 2021. Modifica la Resolución 166 de 2021.** 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 “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



### **El gerente o director de las IPS será responsables del cargue de información, la identificación del talento humano y de expedir la certificación de veracidad de la información. Para garantizar la veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente**

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.

- 12. Resolución 521 de 2021. 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 posgrado.** Se habilita de manera permanente el cargue de los registros de información, conforme lo establecido en el Anexo Técnico 2 que hace 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.

El gerente o director de las IPS será responsables del cargue de información, la identificación del talento

humano y de expedir la certificación de veracidad de la información. Para garantizar la veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente.

- 13. Resolución 524 de 2021. Modifican los numerales 4.1. y 4.2. del artículo 4 de la Resolución 144 de 2021, expedida por la ADRES.** 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. Este periodo va del 17 de mayo al 18 de junio de 2021, para lo cual la ADRES dispondrá la plataforma digital 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 periodos que para el efecto establezca esta entidad mediante circular.
- 14. Resolución 587 de 2021. Modifica el artículo 3,5.7 y 9 de la Resolución 618 de 2020. Medios de prueba 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, e incluir los medios de prueba bajo

los cuales se verificará el cumplimiento de las condiciones establecidas en el 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 ajusta los relacionados con servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas/raras.

15. **Resolución 599 de 2021. Responsables de la generación de la información y reporte de la información de la población perteneciente a las etapas 2, 3 y 4.** 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.
16. **Circular 29 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.** 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.
17. **Decreto 376 de 2021. Medidas para realizar el pago de las cotizaciones a pensiones por los periodos correspondientes a abril y mayo de 2020, 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.

18. **Resolución 405 de 2021. Modifica la Resolución 3778 de 2011 con el propósito de avanzar en la implementación de la metodología IV del Sisbén en el Régimen Subsidiado en Salud.** Dado que finalizó la etapa de barrido y el pasado 5 de marzo de 2021 se oficializó la base certificada del Sisbén metodología IV, siguiendo la recomendación establecida en el documento CONPES 3877 de 2016, en relación con la necesidad de un periodo de transición para adoptar dicho instrumento de focalización, es necesario establecer dentro de tal periodo, una etapa de alistamiento para que todos los agentes del sistema de salud efectúen los cambios que se requieran en los procedimientos e infraestructura, y, de esta manera, garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de la población que hoy se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado producto de las metodologías anteriores y permitir la afiliación de quienes aún no lo están.
19. **Resolución 369 de 2021. Habilita nuevamente la plataforma PISIS del SISPRO para los registros que identifican a los habitantes como población objeto del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se establece un nuevo plazo para el reporte de la información del talento humano y del personal de apoyo, logístico y administrativo de los prestadores de servicios de salud.** El plazo máximo para el reporte de información es el 5 de abril de 2021 para que las entidades de que trata el artículo 2 de la Resolución 129 de 2021, reporten a la



## Nos preguntan

población que pertenezca a la etapa 2 contenida en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021. Si las entidades responsables de reportar la información aún tienen personal que, de acuerdo con su criterio, pertenecen a la etapa 1, podrán hacer el reporte correspondiente, pero el registro quedará cargado en la etapa 2.

**20. Resolución 328 de 2021. Determina el procedimiento para efectos de reclamación de recursos de excedentes de aportes patronales conciliados con EPS Liquidadas.** La presente Resolución define el procedimiento para la reclamación de recursos por parte de las entidades empleadoras que suscribieron actas de conciliación, certificaciones de saldos o estados de cuenta en el proceso de saneamiento de aportes patronales con EPS hoy liquidadas, las cuales provisionaron dichos recursos y que en la actualidad se encuentran depositados ante la ADRES.

**40. Resolución 0015 de 2021. Desarrolla el registro de la factura electrónica de venta como título valor y se expide el anexo técnico de registro de la factura electrónica de venta como título valor.** El registro de la factura electrónica de venta como título valor (RADIAN, en adelante RADIAN), permite el registro, consulta y trazabilidad de las facturas electrónicas de venta como título valor que circulan en el territorio nacional, así como los eventos que se asocian a las mismas, por parte de los usuarios del RADIAN. La Dirección de Gestión de Ingresos o la dependencia que haga sus veces de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), es la dependencia competente para administrar el RADIAN, atendiendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos establecidos en el anexo técnico previsto para el citado registro, en lo sucesivo "Anexo técnico RADIAN" y en la presente resolución. Para la inscripción en el RADIAN se requiere: 1. Reunir los requisitos señalados en el artículo 621 del Código de Comercio, el artículo 617 del Estatuto Tributario y el artículo 11 de la Resolución 000042 de 05 de mayo de 2020; 2. Fecha de

vencimiento de la factura electrónica de venta; 3. Acuse de recibo de la factura electrónica de venta; 4. Recibo del bien o prestación del servicio; 5. Aceptación expresa, aceptación tácita o reclamo de la factura electrónica de venta. La generación, transmisión, validación, entrega y recibo de los requisitos de que trata este artículo deberá cumplir con los requisitos, condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos de conformidad con lo indicado en el artículo 68 de la Resolución 000042 del 05 mayo de 2020 "Anexo Técnico de factura electrónica de venta", o la norma que la modifique o sustituya.

**41. Resolución 084 de 2021. Generación de la facturación electrónica de venta en el sector salud y se adopta el Anexo Técnico "Campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta".** Se establecen los campos de datos en formato XML como requisitos adicionales que deberán cumplir los actores del sector salud en la generación de la factura electrónica de venta y que se incorporan en el numeral 4.1. "Extensión Minsalud" del Anexo Técnico de la Factura Electrónica de Venta – Versión 1.7 -2020, Resolución 0042 de 2020 de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). Estos datos permitirán estandarizar la información que se derive de la factura electrónica de venta y facilitara su reconocimiento y manejo por los actores del sector salud. Por lo tanto, los facturadores del sector salud deberán adoptar el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de publicación.

42. **Resolución 126 de 2021. Modifica la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de incluir el procedimiento de la vacuna contra el SARS-CoV- 2 (COVID – 19).** Se adiciona en el listado tabular de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), en la categoría 95.5.2, “OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES”, del Anexo Técnico 2, el procedimiento 99.5.2.02, “ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS-CoV-2 (COVID-19)”.
43. **Resolución 129 de 2021. Herramientas para el reporte de información de la población que será priorizada en la Etapas 1 y 2 de la Fase 1 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se dictan otras disposiciones.** Conforme la presente resolución, se adoptan los siguientes anexos técnicos: I) Anexo Técnico 1. THS-123COVI - Reporte de información de Talento Humano en Salud y del personal de apoyo logístico y administrativo para vacunación por COVID-19; II) Anexo Técnico 2. THS310COVI - Reporte de información de Talento Humano en Salud y del personal de apoyo logístico y los estudiantes de pregrado y posgrados de programas técnicos, tecnológicos y universitarios de ciencias de la salud en práctica clínica en un prestador de servicios de salud (incluye los internos y residentes) para la vacunación por COVID-19.
44. **Resolución 148 de 2021. Establece el procedimiento de habilitación transitoria del servicio de vacunación para COVID-19 para los administradores de los Regímenes Especiales y de Excepción.** Estas entidades previo a presentar la solicitud ante la Secretaria de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que haga

sus veces, verificarán que cumplen con los requisitos de capacidad tecnológica y científica establecidos en el numeral 11.2.3, “SERVICIO DE VACUNACIÓN”, del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la Resolución 3100 de 2019, según la modalidad que pretendan ofertar.

45. **Resolución 200 de 2021. Uso y manejo de las pruebas utilizadas en el punto de atención del paciente (point-of-care testing) dentro de la prestación integral de servicios de salud.** A través de la presente resolución, se establecen disposiciones para el uso y manejo de las pruebas utilizadas en el PUNTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE (*point-of-care testing*) así como para asegurar su calidad y efectividad en la prestación integral de los servicios de salud. Se establecen disposiciones especialmente para aquellas pruebas dirigidas a las poblaciones rurales y dispersas que se lleven a cabo en entornos comunitarios, donde se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en coordinación con las secretarías de salud departamentales y distritales o las entidades que hagan sus veces y demás actores del SGSSS.
46. **Resolución 202 de 2021. Captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.** Con la presente resolución se modifica el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012 e se incorpora el correspondiente a la novedades por persona, de manera que sean actualizados los contenidos de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) y se dé continuidad al registro e integración al SISPRO de las actividades que no se reportan ni vigilan a través de otras fuentes de información, modificando las fechas de reporte previstas en el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012, para los dos primeros trimestres de 2021.

## VI. Inspección Vigilancia y Control

- 1. Resolución 252 de 2021. Prorroga el término de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 800.250.119-1.** Mediante la presente resolución, el Gobierno nacional autoriza la prórroga de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, hasta por el término de ocho (8) meses, contados a partir del 25 de noviembre de 2021 hasta el 24 de julio de 2022. La Superintendencia Nacional de Salud podrá disponer el levantamiento o la modificación de la medida de intervención antes del vencimiento de la presente prórroga.
- 2. Circular Externa 20211700000006-5 de 2021. Instrucciones para la verificación de la correcta implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad.** En el marco de las instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, le corresponde a las IPS privadas, públicas, mixtas y profesionales independientes del SGSSS, lo siguiente: Documentar, socializar e implementar un proceso y/o procedimiento institucional que garantice, en el ámbito de sus competencias, la atención y orientación al paciente que manifieste su derecho a morir dignamente y a su familia, en el que se incluyan los aspectos de las áreas administrativas y asistenciales necesarios para dar cumplimiento a la normativa que regula la materia. Dentro del proceso y/o procedimiento institucional mencionado debe incluirse: articulación con Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidades Adaptadas en Salud, Entidades Pertenecientes a los Regímenes Especial y de Excepción, otros Prestadores de Servicios de Salud y autoridades judiciales o administrativas que

por sus funciones intervengan en el trámite; interacción y acompañamiento a la familia o acudientes; garantía de la atención integral en cuidados paliativos, cuando se cuente con el servicio habilitado de dolor y cuidados paliativos; etapas, elementos, responsables y plazos para dar cumplimiento a las obligaciones a su cargo, incorporando el reporte de información; actividades e intervenciones de seguimiento y control que identifiquen los riesgos y permitan adoptar las acciones preventivas y correctivas que se requieran, entre otros. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de que trata el artículo 24 de la Resolución 971 de 2021, esto es, las que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica, de atención institucional de paciente crónico o de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con protocolos de manejo para el cuidado paliativo, deben adoptar, socializar e implementar su protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia.

- 3. Decreto 1080 de 2021. Modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.** Mediante el presente decreto, se rediseña el modelo de operación y la estructura interna de la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de optimizar el cumplimiento de sus funciones legales y de esta forma proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación ante el incremento del espectro de vigilados.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del

Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011 y 2 de la Ley 1966 de 2019. Se entiende por entidades de aseguramiento en salud las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción en Salud y las compañías de seguros en sus actividades en salud, incluyendo las que administren el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Las facultades de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia sobre las compañías de seguros, incluyendo las que administran el SOAT y las ARL, se realizarán únicamente en sus actividades en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

4. **Resolución 1197 de 2021. Parámetros necesarios para definir e identificar el beneficiario real de los actos de adquisición de que trata el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019.** La presente resolución tiene por objeto precisar los parámetros para la definición y la identificación del beneficiario real de los actos de adquisición del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud en los términos del artículo 75 de la Ley 1955 de 2019. Con base en la información presentada con la solicitud, en el informe de la entidad promotora de salud sobre la debida diligencia y en la información adicional que en los términos del Decreto 256 de 2021 estime necesario requerir

## La Superintendencia Nacional de Salud ordena a la EPS la entrega inmediata de las bases de datos que contengan la información de los afiliados y sus grupos familiares que se requieran para realizar el proceso de asignación, y remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social

a los interesados o a otras personas o autoridades, la Superintendencia Nacional de Salud verificará la identidad del beneficiario real de los actos de adquisición de que trata el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019.

5. **Decreto 709 de 2021. Modifica el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados.** La Superintendencia Nacional de Salud ordena a la EPS la entrega inmediata de las bases de datos que contengan la información de los afiliados y sus grupos familiares que se requieran para realizar el proceso de asignación, y remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la relación de las EPS receptoras que no cuenten con medidas administrativas y se encuentren autorizadas operando el aseguramiento, en el municipio o departamento donde operaba la EPS y certificará si dichas EPS receptoras cumplen o no con el capital mínimo y el patrimonio adecuado, a fin de proceder con la asignación de afiliados bajo las reglas establecidas en el presente acto administrativo.
6. **Resolución 497 de 2021. Reglamenta 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.

- 7. Decreto 256 de 2021. Competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de los actos de adquisición del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud.** El presente decreto aplica a la Superintendencia Nacional de Salud, a las entidades promotoras de salud y a toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera, que realice o sea parte de un acto jurídico de cualquier naturaleza cuyo objeto o efecto sea la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud, mediante una o varias operaciones simultáneas o sucesivas, sin límite de tiempo, en cualquier proporción que la lleve a alcanzar o que incremente ese porcentaje, incluso si el interesado o potencial adquirente, a la fecha de entrada en vigor del artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, ya contaba con ese porcentaje o con porcentajes superiores. De este modo, se modifica lo relativo a la solicitud, aprobación, examen, requisitos, trámite y examen de aprobación de los actos jurídicos o de cualquier naturaleza, cuyo objeto o efecto sea la adquisición directa o indirecta del 10% o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud, ante la Superintendencia Nacional de Salud.

## VII. Otras temáticas

- 1. Ley 2114 de 2021. Amplía la licencia de paternidad, se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, se modifica el artículo 236 y se adiciona el artículo 241a del**

**Código Sustantivo del Trabajo.** De esta manera, el padre tendrá derecho a dos (2) semanas de licencia remunerada de paternidad. La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS y será reconocida proporcionalmente a las semanas cotizadas por el padre durante el periodo de gestación. La licencia de paternidad se ampliará en una (1) semana adicional por cada punto porcentual de disminución de la tasa de desempleo estructural comparada con su nivel al momento de la entrada en vigor de la presente ley, sin que en ningún caso pueda superar las cinco (5) semanas. Los padres podrán distribuir libremente entre sí las últimas seis (6) semanas de la licencia de la madre, siempre y cuando cumplan las condiciones y requisitos dispuestos en este artículo. Esta licencia, en el caso de la madre, es independiente del permiso de lactancia.

- 2. Ley 2121 de 2021. Crea el régimen de trabajo remoto y se establecen normas para promoverlo, regularlo, y se dictan otras disposiciones.** Mediante la presente Ley, se crea una nueva forma de ejecución del contrato de trabajo, denominada trabajo remoto, la cual será pactada de manera voluntaria por las partes y podrá ser desarrollada a través de las tecnologías existentes y nuevas, u otros medios y mecanismos que permitan ejercer la labor contratada de manera remota. Esta nueva forma de ejecución del contrato de trabajo se efectuará de manera remota en su totalidad e implica una vinculación laboral con el reconocimiento de los derechos y garantías derivadas de un contrato de trabajo
- 3. Ley 2088 de 2021 de 2021. Trabajo en casa.** 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.

4. **Circular 24 de 2021. Toma de fotografías, audios o videos en puestos de vacunación.** El Ministerio de Salud y Protección Social, conforme al marco normativo vigente y al desarrollo jurisprudencial, instruye: Los usuarios del SGSSS y de los regímenes especiales y de excepción, tienen derecho a recibir servicios de salud oportunos y de calidad; Los prestadores y las Entidades responsables del aseguramiento en salud no pueden prohibir a los usuarios que acuden a los centros de vacunación, tomar fotografías, audios o videos del personal médico o asistencial que los está atendiendo, siempre que en estos se registre únicamente la persona vacunada o por vacunar que haya otorgado su consentimiento. Los usuarios que acudan a los centros de vacunación para recibir la inmunización o sus acompañantes solo podrán tomar fotografías, audios o videos del personal médico o asistencial que los está atendiendo, si este manifiesta claramente su consentimiento o autorización. Cuando se tomen fotografías, audios o videos de personas que hayan manifestado su consentimiento en este sentido, estos registros no pueden ser publicados para lesionar otros derechos fundamentales como la honra o buen nombre de alguna persona o institución. Cuando los usuarios de los servicios de vacunación consideren



que una institución o persona ha lesionado sus derechos, o cuando se haya detectado irregularidades en la prestación del servicio, deben poner los hechos en conocimiento de las autoridades administrativas o judiciales que sean competentes para adelantar las investigaciones e impartir sanciones a las que haya lugar, garantizando las garantías procesales de las partes; Las autoridades sanitarias, en caso de tener conocimiento de alguna situación que implique alguna anomalía en el proceso de vacunación, deben, en el ámbito de su competencia, iniciar las actuaciones a su cargo.

5. **Decreto 811 de 2021. Acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis.** Mediante el presente decreto se reglamentan los usos del cannabis diferentes a los médicos y científicos, atendiendo a que en las distintas partes de la planta se pueden desarrollar productos de uso industrial, entre ellos los de consumo humano y animal, elaborados a partir del grano, exceptuando al cannabis, o derivados no psicoactivos, siempre y cuando estén limitados a contener una cantidad menor a 2 mg de tetrahidrocannabinol (THC), en formas de presentación dosificadas o por cada gramo o mililitro en caso de soluciones, cremas y similares, lo cual está acorde con las estipulaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al no representar un riesgo de desvío, potencial abuso o dependencia por no ser considerada una sustancia fiscalizada 

# SYAC: 30 años de trabajo, dedicación e innovación en tecnología para el sector salud



Sistemas y Asesorías de Colombia cumple 30 años de trayectoria en el desarrollo de soluciones tecnológicas para el sector salud, años que se han visto enmarcados por la evolución y fortalecimiento de una organización que ha superado las expectativas de sus clientes y del sector, convirtiéndose en la empresa líder y experta en la gestión y operación de los hospitales y clínicas de Colombia.

Todo comenzó el 20 de noviembre de 1991, gracias a la actitud emprendedora de sus fundadores, quienes contaban con una alta dosis de motivación, con capacidad de trabajo, liderazgo, creatividad y con el objetivo de ser la compañía colombiana más importante en el desarrollo de soluciones para el sector salud. Desde entonces, la evolución no ha tenido límites: su calidad y pasión por lo que hacen los ha convertido en una empresa capaz de ofrecer las mejores alternativas tecnológicas para el manejo de la información en las instituciones de salud, siempre basada en los principios de calidad y servicio, buscando generar valor a sus clientes,

a su equipo de trabajo y, por supuesto, a la sociedad en general.

Durante 30 años, SYAC y la plataforma Dinámica Gerencial (DG) han acompañado a las clínicas y hospitales públicos y privados de toda Colombia en el desarrollo y evolución del sector, brindando herramientas que permiten hacer más precisa y óptima la atención de los pacientes, facilitar la toma de decisiones, llegar a lugares de difícil acceso y fomentar la gestión financiera de las instituciones de salud, fortaleciendo el trabajo del equipo médico, asistencial y administrativo. Así, la empresa logra que las instituciones que cuentan con Dinámica Gerencial como su aliado puedan superar y enfrentarse a las situaciones retadoras del sistema de atención de salud de nuestro país.

Gracias a la dedicación de sus directivos, a su equipo de trabajo y, por su puesto, a sus clientes, Sistemas y Asesorías de Colombia durante 30 años ha mantenido su compromiso con el sector salud, superando satisfactoriamente un sinnúmero de dificultades, convirtiéndose en una compañía sólida y con la experiencia suficiente para afrontar retos y proyectos de alta complejidad que hoy en día son exitosos.

Para nadie es un secreto que la salud en Colombia, a pesar de su evolución, sigue enfrentando muchas necesidades y problemas. Es un sector al que no muchas empresas han

mirado, justamente por la complejidad y dificultad para desarrollar proyectos de innovación. Sin embargo, SYAC S. A. cumple 30 años de estar trabajando para el sector, de estar acompañando su problemática y de estar ofreciendo alternativas para solucionarla. Si bien es cierto no ha sido un trayecto fácil, el equipo humano que conforma hoy nuestra compañía y que siempre nos ha acompañado en esta misión, se muestra cada vez más con el entusiasmo y compromiso para seguir trabajando con y para nuestros clientes. Nos preparamos día a día para proyectar el futuro de la salud en Colombia y Latinoamérica, y con la conciencia de que aún tenemos muchas cosas por mejorar y el compromiso de trabajar para siempre ser mejores en los servicios y productos que prestamos, de tal forma que podamos continuar siendo referentes tecnológicos para el sector. Ricardo Pinzón, Directivo SYAC.

Apostar a la construcción de sistemas de información completamente integrados, en línea y que concatenen la operación hospitalaria, asistencial, administrativa y financiera; lograr mantener tecnológicamente actualizada la solución, con el fin de garantizar un sistema de información vigente en el tiempo; la implementación de una importante cantidad de desarrollos de vanguardia, como Historia Clínica Unificada, Inteligencia de Negocios, Inteligencia Artificial,

**Gracias a la dedicación de sus directivos, a su equipo de trabajo y, por su puesto, a sus clientes, Sistemas y Asesorías de Colombia durante 30 años ha mantenido su compromiso con el sector salud, superando satisfactoriamente un sinnúmero de dificultades, convirtiéndose en una compañía sólida y con la experiencia suficiente para afrontar retos y proyectos de alta complejidad que hoy en día son exitosos.**

Aplicaciones WEB, Interoperabilidad, HL7 y protocolos DICOM, sistemas de reconocimiento de voz, biométricos, códigos QR para dispensación y aplicación de medicamentos, han catalogado a Dinámica Gerencial como el producto más importante y robusto en el mercado colombiano para el sector salud.

Esto se ha conseguido gracias al compromiso y al mejoramiento continuo de sus productos y servicios con base siempre en la calidad y excelencia empresarial adoptando siempre lo mejor de las buenas prácticas, que han conservado por más de 15 años la certificación de procesos en el estándar ISO 9001:2015 con cubrimiento en todos los procesos de la compañía. Además, desde hace 12 años SYAC S. A. cuenta con el sello de calidad de CMMI Developer en la versión 2.0 en el nivel 5, sello que se otorga



## De nuestros Patrocinadores



El equipo de SYAC celebrando los primeros 35 años de existencia

únicamente a las empresas que marcan una diferencia en la implementación de técnicas estadísticas de innovación, que involucran las mejores prácticas de la industria del desarrollo, mantenimiento, adquisición y operación de *software*.

---

Sistemas y Asesorías de Colombia es una de las pocas empresas que se encuentran acreditadas en CMMI en el nivel 5, y la única que cumple con todos los estándares que exige la metodología como empresa desarrolladora de software para el sector salud en Colombia. De igual forma, sus servicios de implantación y mantenimiento aplican el blended de las más reconocidas metodologías de gestión de proyectos, tales como PMI, Ágil, Scrum, Prince2, Six Sigma y CCpm, entre otras.

---

**Esfuerzo, dedicación, compromiso, tesón y resiliencia** son las palabras que describen a una compañía que se mueve por satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes:

Permanentemente estamos trabajando para prestar un mejor servicio, para atender sus necesidades [de los clientes] y las de los pacientes; frecuentemente nos trazamos nuevos retos y objetivos para mejorar la experiencia de los médicos, la experiencia del personal de enfermería, la experiencia del paciente, la experiencia de los usuarios administrativos y financieros; diariamente estamos buscando la forma de optimizar procesos y de implementar controles que mejoren la operatividad de las clínicas y hospitales. Así lo afirma Pinzón, Directivo del SYAC.

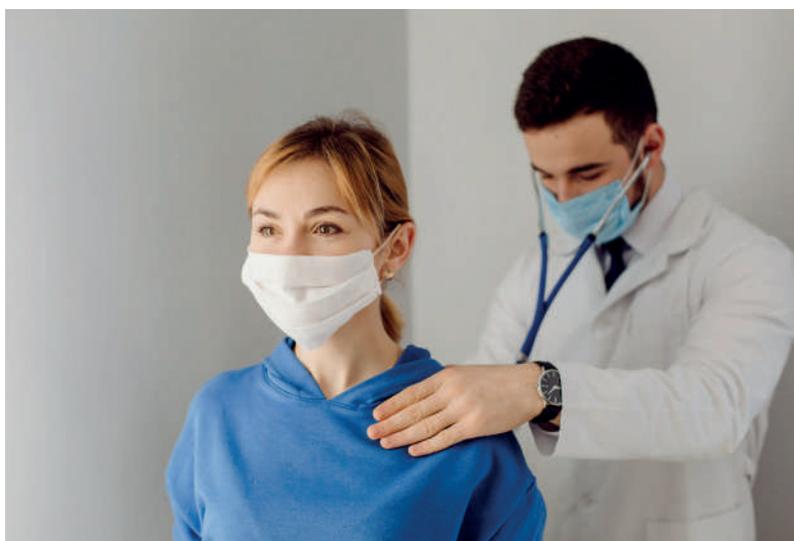
Cumplir 30 años para SYAC S. A. significa un logro muy importante. Es el resultado de innumerables recuerdos y sueños hechos realidad, es la ilusión de seguir haciendo las cosas con pasión por la salud de los colombianos y el bienestar de todo un país. Celebran su trigésimo aniversario con la intención de continuar conquistando el territorio colombiano y latinoamericano, y, sobre todo, con el firme compromiso de seguir construyendo una empresa sostenible, líder y orientada por los valores de servicio, calidad y eficiencia. **H**

# Pacientes con cáncer advierten que siguen teniendo barreras de acceso a los servicios de salud

**E**l 66% de los pacientes con cáncer perciben que los servicios de salud durante el 2021 no se normalizaron y las barreras de acceso a los servicios de salud persisten más allá de la pandemia por COVID-19. Así lo presenta la más reciente encuesta realizada por la Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma (FUNCOLOMBIANA) a 831 pacientes con cáncer entre el 19 de abril y el 13 de agosto de este año.

A pesar de los insistentes llamados para que los pacientes con cáncer no suspendieran su atención médica por cuenta de la pandemia, el 33% ha tenido que suspender o aplazar algún servicio relacionado con su tratamiento oncológico durante el año 2021. El 40% ha tenido que suspender o aplazar citas con especialista, el 36% ha tenido demoras con la entrega de medicamentos y el 23% ha tenido que suspender o aplazar sus quimioterapias.

A la pregunta sobre si cree que los servicios de salud se han normalizado durante el 2021, el 66% consideró que no y que estos siguen igual, ya que, con o sin pandemia, se han vis-



to enfrentados a barreras de acceso para recibir los servicios de salud que requieren.

Las razones o causas para estas barreras fueron relacionadas con la EPS en un 55%, con la IPS en un 34%, con su condición de salud en un 21% y con el aislamiento por COVID-19 en un 11%.

## Acceso a vacunación contra el COVID-19 en pacientes oncológicos

A pesar de la prioridad dada a los pacientes con cáncer para acceder a la vacunación, al mes de agosto aún el 33% no había sido vacunado contra el COVID-19. Las razones expuestas para



## De los usuarios

no haber accedido a la vacuna fueron: por recomendación médica (20%); porque fue diagnosticado con COVID-19 (19%); por decisión personal (19%); y por dificultades con la EPS (6%). El porcentaje de pacientes vacunados (67%) coincide con la percepción positiva frente a la vacuna, que fue reportada por el 70% de los pacientes. Los indecisos o los que tienen una percepción negativa frente a la vacuna corresponden al 29%. Un dato interesante es que, a mayor nivel educativo, aumenta la percepción positiva frente a la vacuna.

### ¿Qué pasó con el diagnóstico del cáncer durante el año 2020?

Del total de pacientes encuestados (831), el 27% afirmó haber recibido su diagnóstico durante el 2020, un año marcado por la pandemia. De estos, el 51% reportó demoras o barreras de acceso para su atención. Las causas predominantes fueron las relacionadas con la EPS en un 66%, las relacionadas con la IPS en un 45%, y las relacionadas con el aislamiento obligatorio por COVID-19 en un 40% de los pacientes encuestados. Ante la presentación de síntomas, el 51% acudió a cita con medicina general (virtual o presencial) y el 19% al servicio de urgencias. Si se observa el recorrido de estos pacientes diferencialmente por diagnósticos, encontramos que el 52% de pacientes con leucemia, linfoma y mieloma múltiple ingresaron por el servicio de urgencias, lo que hizo que su proceso diagnóstico se surtiera más rápidamente de lo

usual, tomando 41 días desde la conciencia de los síntomas hasta la confirmación diagnóstica (mediana). Para el caso de las pacientes con cáncer de mama, el recorrido para el 50% de las pacientes tomó 90 días desde la conciencia de los síntomas hasta la confirmación diagnóstica.

### Los pacientes frente a la telemedicina

La emergencia sanitaria trajo consigo un fortalecimiento de la telemedicina, siendo este un aspecto importante en términos de continuidad del seguimiento oncológico. El 60% de los pacientes refirió que había accedido a esta modalidad de atención (consulta virtual o telefónica) para el seguimiento de su condición.

El 60% expresó que la teleconsulta fue menos efectiva que la consulta presencial, el 36% consideró que fue igual de efectiva y solo un 4% consideró que fue más efectiva. Esto evidencia la preferencia de los pacientes oncológicos por la consulta presencial, la cual, sin duda, genera mayor seguridad cuando se padece una condición como el cáncer. La encuesta también evidenció que a menor nivel educativo aumenta la insatisfacción frente a la teleconsulta.



Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

# Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

## [www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)

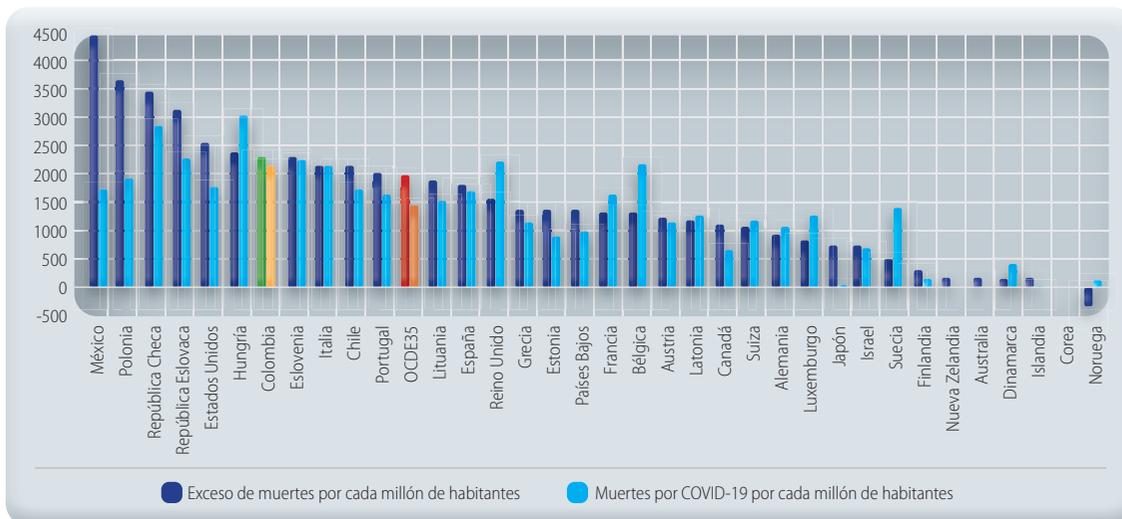
# Indicadores de salud 2021 para Colombia: OCDE

En la más reciente revisión de indicadores de salud de los países que integran la OCDE, realizado en el informe “Panorama de la Salud 2021”, el organismo revela los principales impactos que ha tenido la pandemia en el desempeño de los sistemas de salud en los 37 países que la integran.

A nivel general, la organización identifica que la COVID-19 ha contribuido a un aumento del 16%

en el número esperado de muertes en 2020 y la primera mitad de 2021, la esperanza de vida ha caído en 24 de los 30 países con datos comparables, principalmente en Estados Unidos (1,6 años) y España (1,5 años), y el impacto en la salud mental ha sido alto en la mayor parte de los países, ya que la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión se ha duplicado en naciones como México, Reino Unido y Estados Unidos, siendo los grupos sociales y los jóvenes los más afectados.

Exceso de mortalidad acumulado en comparación con las muertes por COVID-19 reportadas por cada millón de habitantes, enero de 2020 a finales de 2021



Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

Otro aspecto general que analiza el informe de salud 2021 de la OCDE es el impacto en la salud de personas que no han sido contagiadas de COVID-19 y señala que el número de exámenes de detección de cáncer de mama, por ejemplo, se redujo en 5 puntos porcentuales, en promedio, entre 2019 y 2020, en los países de la OCDE; el tiempo medio de espera para la cirugía ha aumentado en un promedio de 58 días para la cirugía de reemplazo de cadera y 88 días para la cirugía de reemplazo de rodilla.

Respecto al gasto en salud, este llegó a 8,8% del PIB, en promedio, en 2019, y al 9,7% en 2020 en los países de la OCDE, para los que se dispone de datos comparables. En los países más afectados por la epidemia, el aumento observado no tiene precedentes. El Reino Unido estima así haber pasado del 10,2% del PIB, en 2019, al 12,8%, en 2020, mientras que Eslovenia espera un nivel de gasto superior al 10% del PIB, frente al 8,5% anterior.

En las notas por país del informe de la OCDE para Colombia del año 2019, los siguientes son los principales resultados en los indicadores evaluados:

La esperanza de vida en Colombia está por debajo del promedio de la OCDE, aunque la salud autoevaluada es alta



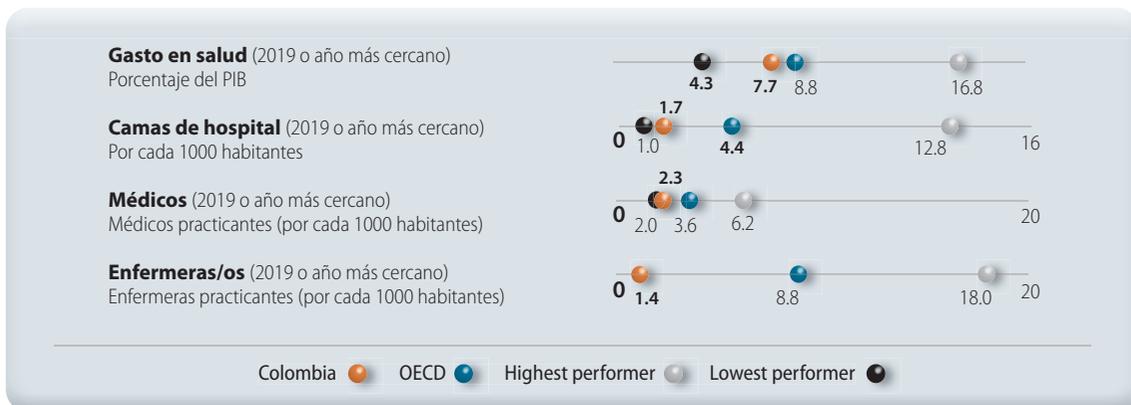
Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

La cobertura de salud y la satisfacción con la disponibilidad de atención médica de calidad están por debajo del promedio de la OCDE



Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

Los recursos para la salud están por debajo del promedio de la OCDE, con un bajo nivel de médicos y enfermeras per cápita



Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

# La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:



Colombia está por encima del promedio de la OCDE en medidas de atención primaria y secundaria efectiva



Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

El consumo de alcohol y las muertes por contaminación del aire en Colombia son inferiores al promedio de la OCDE



Fuente: OCDE, Health at a Glance – Resumen para Colombia

La OCDE advierte que, aunque en la mayoría de los países ha crecido el número de cupos para las profesiones sanitarias, el personal de salud sigue siendo insuficiente y que es importante dedicar más recursos, en los próximos años, a mejorar la atención primaria y la prevención, así como a fortalecer la resiliencia y preparación de los sistemas de salud. De hecho, en el informe aparece que el gasto en salud sigue destinado principalmente a la atención curativa, en detrimento de la prevención y la promoción de la salud, y que los recursos financieros asignados a los hospitales superan con creces a los de los servicios de atención primaria.

El envejecimiento de la población aumenta la demanda de servicios de salud, y la proporción de la población de 65 años o más alcanzó el 17% en 2019. COVID-19 ha

subrayado las debilidades preexistentes en el sector de la atención a largo plazo, incluidos los desafíos con el control de infecciones en las instalaciones, y los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios constituyen la mayor parte del gasto en salud. Por lo general, estos representan el 60% de todo el gasto en salud.

Finalmente, advierte que los riesgos de comportamientos poco saludables se han elevado, ya que el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad aumentan la probabilidad de morir por COVID-19. Sin embargo, el gasto destinado a financiar la prevención de enfermedades sigue siendo relativamente bajo, ya que representa, en promedio, solo el 2,7% de todo el gasto en salud. **III**

# GLOSARIO NORMATIVO ACHC

\*\*\* Trascendente

\*\*Importante

\*Informativa

## 1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### **\*\*Resolución 1539 (1 de octubre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 1 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.

En el marco de la presente resolución, se asignaron 852.400 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante las Resoluciones 1109, 1182, 1203 y 1244, todas de 2021.

### **\*\*Resolución 1538 (1 de octubre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 1 de octubre de 2021 por el fabricante AstraZeneca.

Se asignan 1.855.760 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio, AstraZeneca a los departamentos y distritos señalados, para inmunizar a la población de 18 años y más.

### **\*\* Resolución 1561 (7 de octubre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 6 de octubre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.

Mediante la presente resolución, se asignan 126.360 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución.

### **\*\* Resolución 1552 (6 de octubre)**

Por la cual se realiza una segunda distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 20 de septiembre y 1 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.

Con la presente resolución, se asignan 919.520 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados en el presente acto administrativo, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante Resoluciones 1109, 1182, 1203 y 1244, todas de 2021.





### **\*\*\*Resolución 1576 (11 de octubre).**

Por la cual se establece el pago por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios para los meses de enero a abril de la vigencia 2021.

El pago por disponibilidad de camas para la atención de la COVID- 19 en los servicios de cuidado intensivo e intermedio por el número de camas - día de los meses de enero a abril de 2021, se reconocerá a los prestadores de servicios de salud, siempre que: i) se haya superado el 30% de disponibilidad en cada servicio por cada sede y cada día dentro del período de reconocimiento; ii) tales servicios hayan estado disponibles para ese propósito y, iii) el reporte de ocupación se haya realizado en el Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. El valor por reconocer será determinado por la ADRES, y corresponderá a la diferencia entre la ocupación total validada por la ADRES y el 80% de la capacidad total instalada por cada uno de estos servicios en la respectiva sede de la IPS, reportada en el Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS, teniendo en cuenta los valores definidos por cama/día de estos servicios, así: Unidad cuidados Intensivos \$472.459 y Unidad de Cuidados Intermedios \$359.702.

Adicionalmente, la ADRES efectuará los siguientes ajustes sobre el valor a reconocer: i) un 10% adicional a los prestadores cuyas sedes estén ubicadas en los municipios que se encuentran clasificados como zonas especiales de dispersión geográfica, señalados en el Anexo 1 que hace parte integral de esta resolución; y, ii) un 37,9% adicional a los prestadores cuyas sedes estén ubicadas en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Para tal efecto, las IPS deberán remitir certificación firmada por el representante legal de la entidad, en la que conste el número de camas habilitadas disponibles por día de las unidades de cuidado intensivo e intermedio del mes objeto de reconocimiento, la cual deberá ser consistente con la información reportada en el REPS, de manera diaria para cada servicio, junto con el llenado de los requisitos establecidos en la presente resolución.

### **\*\*\*Resolución 1585 (13 de octubre).**

Por la cual se determina el valor a reconocer por parte de

la ADRES a las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar por concepto de las Canastas de servicio y tecnologías para atención del Coronavirus COVID-19.

La presente resolución tiene por objeto determinar el valor a reconocer por parte de la ADRES a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás EOC por concepto de las siguientes canastas de servicios y tecnologías para la atención de la COVID-19: i) atención hospitalaria básica, II) atención hospitalaria media, y iii) atención en servicio hospitalario Unidad de Cuidado Intensivo, por los meses de mayo y junio de 2021, así como las condiciones para su giro.

La ADRES realizará el giro directo de los recursos a las IPS de acuerdo con los beneficiarios y montos que definan las EPS. En el evento en que el representante legal de la EPS certifique que no tiene deuda con las IPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud brindados a afiliados hospitalizados por COVID-19, la ADRES podrá hacer el giro a la EPS. Dicha administradora establecerá los términos y condiciones operativas para efectuar el giro de los recursos a los beneficiarios.

### **\*\*Resolución 1596 (13 de octubre).**

Por la cual se realiza la distribución y Asignación de las Vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 9 de octubre de 2021- de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.

Mediante la presente resolución, se asignan 805.560 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH, a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución

realizada mediante Resoluciones 1109,1182, 1203 y 1244 de 2021.

**\*\*\*Resolución 1627 (19 de octubre).**

Por la cual se actualizan los criterios y condiciones para la distribución y asignación de vacunas contra el COVID -19 en el Marco del Plan Nacional de Vacunación.

Se da apertura a la Etapa 5 del Plan Nacional de Vacunación, de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021.

Los departamentos y distritos, en coordinación con las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer las estrategias para complementar la inmunización de las personas que pertenecen a las etapas 1, 2, 3 y 4 del Plan Nacional de Vacunación contra el Covid – 19, haciendo énfasis en las personas con mayor riesgo, mayores de 50 años y personas diagnosticadas con cualquiera de las comorbilidades contenidas en el numeral 7.1.3.2 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 ambos de 2021.

**\*\*\*Resolución 1645 (21 de octubre).**

Por la cual se adopta la metodología para definir el Presupuesto máximo fijado a las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar para la Vigencia 2020.

Con la presente resolución, se adopta la metodología para la definición del ajuste definitivo del presupuesto máximo fijado a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar — EOC para vigencia 2020, contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Los recursos para la financiación del ajuste de que trata la presente resolución serán apropiados y ejecutados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES.

**\*\*\*Resolución 1656 (22 de octubre).**

Por la cual se modifican los Anexos Técnicos 1,6,8 y 10 de la resolución 1151 de 2021 en relación con la vacunación inadvertida a gestantes, aplicación de dosis de refuerzo, reducción de plazo para vacunación de personas con antecedentes de covid-19 e inclusión de población mayor de 12 años con el biológico Moderna RNAm-1273.

El Ministerio de Salud dispone la aplicación de la vacuna del biológico Pfizer, único autorizado a la fecha para mujeres con más de 12 semanas de gestación, autoriza la aplicación de dosis adicional de refuerzo con el biológico disponible a personas que se desplacen al extranjero en representación del Estado o en el ejercicio de sus funciones. Así mismo, autoriza realizar la vacunación de personas recuperadas de Covid-19, a partir del día 30 después de la infección, teniendo en cuenta que no existe contraindicación para vacunarlas más tempranamente y se incluye a la población mayor de 12 años con el biológico Moderna RNAm-1273.

**\*\*Resolución 1704 (26 de octubre).**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID — 19 entregadas al Estado colombiano de los días 15 y 20 de octubre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. - BioNTech.

Mediante la presente resolución, se asignan 1.127.880 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, a los departamentos y distritos que se señalan a continuación.

**\*\*Resolución 1712 (27 de octubre).**

Por la Modifica la resolución 3132 de 2017 - modificada por la Resolución 2895 de 2019 -en relación con la prórroga del plazo para ejecutar los recursos a entidades intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.



Si al 30 de octubre de 2023 quedasen en los encargos fiduciarios constituidos por las Empresas Sociales del Estado relacionadas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la presente resolución, saldos de recursos no comprometidos, los mismos, así como sus rendimientos financieros deberán ser devueltos dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la cuenta que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

**\*\*Resolución 1724 (28 de octubre).**

Por la cual se realiza la distribución y asignación especial de las vacunas contra el COVID -19 entregadas al Estado colombiano los días 26 de octubre de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.

Con la presente resolución, se asignan 1.499.600 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19, del laboratorio Moderna Switzerland GMBH, a los departamentos y distritos señalados.

**\*\*Resolución 1770 (29 de octubre).**

Por la cual se definen los montos a aportar, reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud - EPS y a las demás Entidades a Compensar - EOC para la vigencia 2021- en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad "HEMOFILIA A SEVERA".

A través de la presente resolución, se definen los montos a aportar, reconocer y pagar a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las demás EOC, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad "Hemofilia A Severa", una vez aplicado el mecanismo de cálculo para la vigencia 2021.

**\*\*Resolución 1738 (29 de octubre).**

Por la cual se modifican los Anexos Técnicos 1, 2 y 7 de la Resolución 1151 de 2021, en relación con la vacunación de población pediátrica con el biológico Coronavac de Sinovac Life Sciences Co., Ltd, contra el Covid-19.

Con la presente resolución, se modifican los lineamientos técnicos y operativos de la vacunación contra

el Covid-19 adoptados mediante el Anexo 1 de la Resolución 1151 de 2021, modificado por la Resolución 1656 de 2021 y sustituir los Anexos Técnicos 2 y 7 del citado acto administrativo, teniendo en cuenta, que la población escolar y preescolar desde los 3 años, aunque tienen bajo riesgo de complicaciones y muerte por COVID-19, tiene una interacción social dentro y fuera de las instituciones educativas, que también es intergeneracional y que determina una contribución al riesgo poblacional y a la transmisión comunitaria. Adicionalmente, la vacunación de estos grupos de edad contribuye a la restauración de la salud y el bienestar físico, psicológico y social, así como a la reactivación económica.

**\*\*Resolución 1740 (29 de octubre).**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 17 de octubre de 2021, por el fabricante AstraZeneca.

Mediante de la presente resolución, se asignan 1.000.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio AstraZeneca, para inmunizar a la población de 18 años en adelante.

**\*\*Resolución 1741 (29 de octubre).**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 24 y 25 de septiembre de 2021, del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV.

Se asignan 529.150 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Janssen Pharmaceutica Ny, a los departamentos y distritos de las entidades territoriales señaladas.

**\*\*Resolución 1742 (29 de octubre).**

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

Estado colombiano el 19 de octubre de 2021, del laboratorio Sinovac Life Sciences Co.,Ltd denominada CoronaVac.

Se asignan 2.260.800e dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., a los departamentos y distritos que señalados, para dar continuidad al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

**\*\*Resolución 1792 (4 de noviembre).**

Por la cual se determinan los criterios para la asignación de recursos del Proyecto de Inversión con Código BPIN 2020011000097 “Fortalecimiento de la Atención en Salud de la Población Migrante no Asegurada Nacional” para atención de partos a mujeres migrantes Venezolanas no aseguradas y se definen los valores a reconocer por dicha atención.

Las disposiciones previstas en el presente acto administrativo se encuentran dirigidas a los departamentos y distritos que a través de las Empresas Sociales del Estado brinden atención de urgencias a mujeres venezolanas migrantes no aseguradas que demandan servicios de partos vaginales o cesáreas, que sean atendidas en Empresas Sociales del Estado a partir del 1 de mayo de 2021.

**\*\*\*Resolución 1437 (9 de noviembre).**

Por el cual se modifican los artículos 2.6.4.2.1.2, 2.6.4.2.1.3, 2.6.4.2.1.4, 2.6.4.2.1.5, 2.6.4.2.1.26, 2.6.4.2.2.1.3, 2.6.4.3.1.1.1, 2.6.4.3.1.1.4, 2.6.4.3.1.1.5, 2.6.4.3.1.1.6, 2.6.4.3.5.1.3, 2.6.4.3.5.1.7 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de adoptar medidas para incrementar la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud y agilizar su flujo.

El decreto realiza algunas modificaciones respecto a las reglas respecto a las cuentas a las cuentas de recaudo de cotización,

estableciendo que las EPS recaudarán las cotizaciones al SGSSS en las cuentas bancarias abiertas por la ADRES en entidades bancarias vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, de las cuales será titular. La ADRES establecerá el procedimiento y cronograma de conciliación y cierre de las actuales cuentas maestras de recaudo. La operación para la apertura de las cuentas de recaudo, así como diseño e implementación de los desarrollos tecnológicos que se requieran para su puesta en funcionamiento se realizará a más tardar el 31 de enero de 2022, de acuerdo con el plan de trabajo que la ADRES establezca.

Las EPS y demás EOC únicamente podrán recaudar las cotizaciones en salud que se realicen a través de la Planilla PILA, en las cuentas bancarias de recaudo abiertas por la ADRES. Se considera una práctica no permitida, cualquier transacción de recaudo o depósito de cotizaciones en cuentas diferentes a las aquí determinadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá anualmente el porcentaje de los rendimientos financieros generados por el manejo de los recursos en las cuentas bancarias de recaudo de las cotizaciones, que será reconocido y girado a las EPS y demás EOC.

**\*\*Resolución 1913 (25 de noviembre).**

Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19 - declarada mediante la resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844,1462.2230 de 2020 y 222-738-1315 de 2021.

Se prorroga la emergencia sanitaria hasta el 28 de febrero de 2022, la cual podrá finalizar antes de la fecha señalada o cuando desaparezcan las causas que le dieron origen.

**\*\*Resolución 1182 (24 de noviembre).**

Por la cual se ordena el giro de los recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, para el pago de las atenciones de urgencias prestadas a población migrante.



Se ordena el giro de los recursos del presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a la ADRES, por valor de quinientos mil millones de pesos (\$500.000.000.000,00) m/cte., para cofinanciar el pago de las deudas reconocidas por las entidades territoriales por concepto de las atenciones de urgencia prestadas a la población migrante, para el giro directo a las IPS públicas, privadas y mixtas en nombre de las entidades territoriales.

**\*\*\*Resolución 1897 (24 de noviembre).**

Por medio de la cual se asignan los recursos a departamentos y distritos destinados a la conformación de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante.

Con la presente resolución, se asigna la suma de CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS (\$460.423.542.200,00) M/CTE a departamentos y distritos, con el propósito de cofinanciar el Pago de las deudas reconocidas de las cuentas auditadas y conciliadas por dichas entidades territoriales por concepto de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante, y se dispone el giro de estos recursos a las IPS públicas, privadas y mixtas, beneficiarias de estos recursos y habilitadas en el REPS, de la facturación radicada con corte al 30 de abril de 2021.

**\*\*Resolución 252 (24 de noviembre).**

Por la cual se prorroga el término de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 800.250.119-1.

Mediante la presente resolución el Gobierno Nacional, autoriza la prórroga de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, hasta por el término de ocho (8) meses, contados a partir del 25 de noviembre de 2021 hasta

el 24 de julio de 2022. La Superintendencia Nacional de Salud podrá disponer el levantamiento o la modificación de la medida de intervención antes del vencimiento de la presente prórroga.

**\*\* Resolución 2007 (25 de noviembre).**

Por la cual se realiza distribución y asignación especial de vacunas contra la COVID-19 -al Distrito Capital de Bogotá.

Se asignan al Distrito Capital de Bogotá — Secretaria Distrital de Salud, 100.620 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, para la aplicación de las dosis asignadas mediante la presente resolución.

**\*\*Resolución 1959 (25 de noviembre).**

Por la cual se realiza distribución y asignación de las vacunas contra el COVID 19 al Departamento de Vichada.

La presente Resolución asigna a Vichada — Secretaría de Salud Departamental - 4.926 dosis de vacunas la COVID-19 para continuar con el Plan Nacional de Vacunación.

**\*\*Resolución 1958 (25 de noviembre).**

Por la cual se realiza distribución y asignación de vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 17 de octubre de 2021 por el laboratorio AstraZeneca, el 27 de octubre por el laboratorio Pfizer Inc. - BioNTech, el 31 de octubre de 2021 por el laboratorio Moderna Switzerland GMBH y el 2 de noviembre de 2021 por el laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Se asignan 999.600 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., denominada CoronaVac, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución. **II**