

| Año 26 N° 149 | noviembre - diciembre de 2024 |



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

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

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org

A stylized, high-contrast illustration of a man's face and upper torso. The man is wearing a dark suit jacket, a white shirt, and a red tie. His face is rendered in shades of yellow, orange, and blue, with a serious expression. The background is a deep blue with numerous thin, white, radiating lines that create a sense of depth and focus on the man's face.

**El desafío de mejorar
la salud mental
en Colombia**

Nuestros servicios



Consulta médica general y especializada



Promoción y prevención



Atención domiciliaria



Odontología



Imagenología



Programas de cohortes especializadas



Procedimientos y cirugía ambulatoria



Hospitalización



Urgencias



Rehabilitación



Amplia aquí la información sobre nuestros servicios.

Cundinamarca



Cartagena



Bogotá D.C.



Calidad e innovación para mejorar **TU SALUD**





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

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

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

Periodista free lance, Olga Lucia Muñoz.

JUNTA DIRECTIVA 2023 - 2025

PRESIDENTA

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

VICEPRESIDENTES

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

PRINCIPALES

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

SUPLENTE

SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS -
JUAN FELIPE VALENCIA RÍOS (MANIZALES)
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL - MAURICIO TAMAYO PALACIO (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DAGER FERNÁNDEZ (CALI)
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - DIEGO CASTRESANA DÍAZ (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS (BOGOTÁ)
CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIQUÍA ORLANT S.A. – GUSTAVO RESTREPO
NICHOLLS (MEDELLÍN)
CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA - ALVARO ANDRÉS SALGAR VALERO (CÚCUTA)
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE – FELIPE JOSÉ TINOCO ZAPATA (TULUÁ)

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

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

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIQUÍA - JAMEL HENAO CARDONA

MIEMBROS HONORARIOS

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ
ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ

DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

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

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

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD

Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

Pilas con la salud mental

4 De portada

El desafío de mejorar la salud mental en Colombia: un compromiso de país

43 Agenda gremial

- 1.er Encuentro de Agregación de Valor a la Atención del Paciente reunió a entidades hospitalarias que avanzan en la transformación de la atención en el país
- ACHC pidió acciones inmediatas al Gobierno nacional para dar solución a la crisis financiera de las IPS

48 Notas del sector

- La oferta educativa del Instituto de Educación de la Cruz Roja Bogotá, una apuesta por el fortalecimiento de la respuesta en salud
- Clínica del Caribe reafirma su calidad en la atención al recibir la Acreditación en Salud por Icontec
- La Fundación Santa Fe de Bogotá celebró 52 años de compromiso y excelencia con la salud en Colombia y la región
- Somer Incare realizó el primer trasplante de corazón en el Oriente Antioqueño

56 Internacional

Priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad y alcanzar los ODS en América Latina y el Caribe: Cepal y OPS

58 Nos preguntan

Principal reglamentación en materia de salud en el 2024

82 De nuestros Patrocinadores

Siemens Healthineers: 70 años de innovación, digitalización y visión para el futuro del sector salud colombiano

84 Cifras del sector

Cartera hospitalaria a junio del 2024, estudio ACHC

95 Glosario

Pilas con la salud mental

Las estadísticas globales o nacionales sobre la salud mental de la población son algo más que preocupantes. Hombres y mujeres, jóvenes y viejos, ricos y pobres, de distintas maneras y en diferentes proporciones, viven el día a día con ansiedad o depresión; consumen cantidades crecientes de alcohol, psicofármacos o drogas ilícitas; se agreden a sí mismos, a sus parejas o a sus vecinos y, más grave aún, ven con desesperanza el futuro de un planeta cada vez más deforestado, más contaminado, más impredecible y más violento.

Los efectos de la pandemia de la COVID-19 fueron más allá del incremento en la mortalidad atribuible y el colapso de las unidades de cuidado intensivo (UCI). El encierro y el freno a la actividad productiva, al afectar sobre todo la economía informal, agudizó los problemas de inequidad, golpeando con más fuerza a las poblaciones de por sí más vulnerables. Los niños y los jóvenes, privados de la interacción social en una edad crítica y sometidos a un rezago en su desarrollo educativo fueron particularmente impactados. El incremento en el consumo problemático de alcohol y en las lesiones autoinfligidas no se hizo esperar.

Como señalan varios de los entrevistados por *Hospitalaria*, las maneras de enfrentar estos retos no son fá-

ciles de implementar. Muchas, casi todas, van más allá de las funciones y capacidades de un sistema de salud cada vez más ilíquido y, en muchos casos, más ineficiente. Desde hace años se sabe que la salud pública, incluyendo la salud mental colectiva, requiere esfuerzos coordinados de amplios sectores para mejorar la convivencia ciudadana (la recién promulgada Ley Contra el Ruido va encaminada en este sentido), y para mejorar las condiciones de vida tanto en el entorno laboral como en la movilidad cotidiana y en la búsqueda del bienestar que debe acompañar al uso adecuado del tiempo libre.


Aunque los logros de las mujeres en las últimas décadas son significativos, aún persisten las brechas de inequidad, así como esa problemática de la cultura machista, relacionada por tradición y tan difícil de cambiar al acoso, al abuso y a la violencia doméstica. No es de extrañar que las mujeres puntúen más alto en síntomas depresivos y en ansiedad generalizada. La reducción tan dramática de la natalidad puede ser un signo más de esa visión de futuro cada vez menos ligada a la maternidad, a la crianza y a los oficios

domésticos, y más centrada en el desempeño profesional y laboral.

Llama la atención la diferencia en la prevalencia del Alzheimer entre mujeres y hombres, en donde los registros de este trastorno neurodegenerativo en ellas duplican a los del sexo masculino. La mayor longevidad de las mujeres es solo parte de la explicación. Es sabido que la escolaridad es un factor protector, y ese grupo etario de 70 años y más, en el que se concentra el diagnóstico, tuvo en su momento menos oportunidades de acceder a una educación de calidad. Otra posible explicación es que las mujeres de esa edad desempeñan muchas más funciones sociales y familiares que los hombres. Ellas cocinan, realizan otros oficios domésticos, son cuidadoras informales de niños y adultos mayores y, ante una eventual falla, va a ser más probable que la familia acuda al sistema de salud en busca de un diagnóstico.

En resumen, la sociedad contemporánea está enfrentando un problema complejo que requiere la colaboración de diversos actores, incluyendo gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado.

La salud mental del sexo masculino muestra un perfil distinto, más asociado con la violencia, con el suicidio, con el consumo de sustancias y con las conductas riesgosas como la conducción irresponsable, que ha llevado a un incremento dramático en las muertes y lesiones de motociclistas. Cómo implementar intervenciones de promoción y prevención en este campo es todavía un territorio sin respuestas, no solo aquí sino en Ucrania, en Siria o en la Franja de Gaza. Qué papel desempeñan en la conducta violenta la pobreza y la inequidad es todavía materia de debates políticos y filosóficos.

En resumen, la sociedad contemporánea está enfrentando un problema complejo que requiere la colaboración de diversos actores, incluyendo gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. Más que nunca, hoy se necesitan soluciones innovadoras y colaborativas para hacer frente a este desafío que nos permitan construir comunidades más saludables y resilientes. 

El desafío de mejorar la salud mental en Colombia: un compromiso de país



En Colombia, al igual que en el resto del mundo, la pandemia de la COVID-19 desnudó el aumento de la problemática de salud mental y una atención insuficiente e inadecuada; la misma emergencia sanitaria y la pospandemia contribuyeron a aumentar exponencialmente el número de personas con afectaciones en su salud mental.

La salud mental es un estado de bienestar mental; es parte fundamental e intrínseca de la salud, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Por ello las afectaciones a la salud mental constituyen hoy en día

uno de los más grandes problemas de salud pública, que demanda intervenciones efectivas para alcanzar beneficios reales en todos los ámbitos.

“Transformar la salud mental para todos en todas partes”, como propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2022, junto con la acción climática conjunta para recuperar el planeta, constituyen los desafíos más grandes para la humanidad a finales del primer cuarto del siglo XXI, pues de ellos dependen la supervivencia como especie y el logro del bienestar mental necesario para construir un mejor futuro.

En el 2019, una de cada ocho personas en el mundo (unos 970 millones) padecía un trastorno mental, el 82% de ellas en países de ingresos bajos y medianos. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en el 2020 aumentaron considerablemente por causa de la pandemia: las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28%, respectivamente, en solo un año. La OMS prevé que en el 2030 la salud mental sea la primera causa de enfermedad en el mundo y ya en el 2020 denunció que los países solamente destinan el 2% en promedio de sus presupuestos sanitarios a atenderla, un porcentaje insuficiente.

¿Qué se entiende por salud mental?

En el 2022 la OMS en su nota descriptiva “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”, definió la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia, y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes” (OMS, 2022).

En su *Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos*, publicado también en el 2022, la OMS presentó este mismo concepto simplificado: “Salud mental. Estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar, y es más que la ausencia de trastorno mental”.

En Colombia la Ley 1616 del 2013 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y

En su informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos, publicado también en el 2022, la OMS presentó este mismo concepto simplificado: “Salud mental. Estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera”

colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. Según el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2014), en esta definición es importante tener en cuenta que

1. La forma como nos comportamos y relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren percepciones, pensamientos, emociones, creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.
2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

¿Qué se entiende por trastorno mental?



La pregunta sobre las causas de los trastornos mentales se aborda desde diferentes perspectivas de las ciencias sociales y biomédicas como la antropología, la sociología, la filosofía y las neurociencias. En los años sesenta en Francia y Estados Unidos surge el debate entre diversas disciplinas para problematizar la enfermedad mental desde una perspectiva holística y multidimensional. Los debates integran posturas neurobiológicas que describen enfermedades como la esquizofrenia o las demencias a partir de la comprensión de la estructura y función cerebral a nivel genético, molecular y macroscópico, y la interacción del sistema nervioso con otros sistemas orgánicos. Y, por otro lado, las perspectivas sociales críticas que emergen de la filosofía, la antropología y la sociología describen los trastornos mentales como un producto de las categorizaciones de la psiquiatría moderna; desde estas perspectivas, la regulación y el control de la sociedad contemporánea evidenciada en instituciones como la escuela, la cárcel y centros de trabajo, orientan la conceptualización de la enfermedad mental como la conocemos actualmente. De esta manera, quienes no cumplen los estándares de desempeño personal, familiar o institucional que se esperan y aceptan convencionalmente en diferentes momentos del ciclo vital tienden a clasificarse con etiquetas que tienen una gran carga patologizante, asociadas con diagnósticos, déficits o trastornos (Montero y Liévano, 2022).

Las perspectivas de la salud mental comunitaria o el enfoque de determinantes sociales de la salud mental son dos tradiciones críticas relevantes; sin embargo, su impacto en el campo de la salud mental *real*, en los modos de entendimiento y acción de los servicios de salud mental, es limitada. Esto mismo sucede en los ámbitos institucionales y formadores dominantes en salud mental. Y si bien se insiste en que el modelo de base es biopsicosocial, en los hechos predomina un modelo médico-biológico, especialmente en la psiquiatría, que restringe las prácticas de atención en salud mental y favorece la ya extendida psicopatologización de la sociedad (Cova, 2021).

Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer distinción entre normalidad y anormalidad mental, ni se conocen claramente las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, los criterios y pautas diagnósticas de los trastornos mentales señalados por los sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su tercera edición, *DSM-III*, y sus sucesores *DSM-IV* en 1994 y *DSM-V* en el 2013), y de la OMS (un capítulo de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE), en sus ediciones CIE-10 en 1992 y CIE-11 en el 2019), se volvieron obligatorios para la conceptualización, la investigación y el diseño de políticas públicas en el ámbito de la salud mental.

La undécima revisión de la CIE-11 indica que un trastorno mental es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estos trastornos generalmente se asocian con malestar psicológico

o deficiencia en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento”.

Para Rodrigo Córdoba, profesor de la Universidad del Rosario y miembro del *Board* de la Asociación Mundial de Psiquiatría, “la salud mental es de todos, es de los ciudadanos, porque salud mental es la capacidad de gestionar las emociones, es decir, de enfrentar los retos de la vida cotidiana, de la vida ordinaria. Esto no solo tiene que ver con los fenómenos emocionales sino con la transectorialidad de este proceso, como es la vivienda, la seguridad, la movilidad, el cambio climático, tiene una visión mucho más amplia e incluye a todos”.

Considerando que las definiciones de *salud mental* y de *trastorno mental* a veces se amalgaman o se confunden, generando confusión en la comunidad, Córdoba aclara: “otra cosa son los trastornos mentales, caracterizados por un cambio en el funcionamiento previo, es decir, estoy siendo de una manera y empiezo a ser de otra, una presencia de síntomas durante una unidad de tiempo; por ejemplo, estoy con un ánimo distinto y me empiezo a poner triste. Voy a tomar el ejemplo de la depresión: tristeza, pérdida del gusto por las cosas de la vida, comer mal, dormir mal, sentirme cansado, perder la iniciativa, además de empezar a pensar de manera pesimista y recurrente, todo esto impacta sobre mi funcionamiento. Eso ya sería un trastorno, una enfermedad o un desorden como dicen los norteamericanos”.

Por su parte, los *problemas de salud mental* son referidos como un “término amplio que abarca las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial. También engloba otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo” (OMS, 2022).

Un problema de salud mental también afecta la forma en que una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de la vida se experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que generen malestar o inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en la vida social, laboral u otras áreas importantes de la cotidianidad.

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad explica que una discapacidad psicosocial es “la que surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Algunos ejemplos de este tipo de barreras son la discriminación, la estigmatización y la exclusión.

También es importante identificar los *eventos en salud mental*, que se



Foto: Archivo Personal

▼
Rodrigo Córdoba, profesor de la Universidad del Rosario



Considerando los conceptos previos, cabe afirmar que cualquier persona puede presentar un trastorno, un problema o un evento de salud mental en algún momento de su vida

refieren a “desenlaces o ‘emergencias’ que surgen, bien como derivados de un problema o trastorno mental, como en el caso del suicidio, la discapacidad, el comportamiento desadaptativo, o bien ni siquiera derivados de una condición de salud mental sino de hechos vitales como la exposición a la violencia” (McDouall, 2014).

Considerando los conceptos previos, cabe afirmar que cualquier persona puede presentar un trastorno, un problema o un evento de salud mental en algún momento de su vida; esto dependerá de la forma como interactúen sus particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida.

El enorme peso del trastorno mental en el mundo

De acuerdo con el *Atlas de recursos de salud mental en el mundo 2001* de la OMS, la primera de esta serie que constituye la fuente más completa y ampliamente utilizada de información sobre la situación de la salud mental en el ámbito mundial, se indicó que los trastornos mentales más comunes en el mundo son la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la epilepsia, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el Alzheimer, las demencias, los trastornos por estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico y el insomnio primario.

Con suficiente evidencia, se ha demostrado que los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de 1 de cada 6 años vividos con discapacidad; que las personas con trastornos mentales

graves mueren en promedio 10 a 20 años antes que la población general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles; que el abuso sexual en la infancia y el acoso por intimidación son importantes causas de depresión, y que las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, las guerras y las crisis climáticas constituyen amenazas estructurales para la salud mental en el mundo.

Los costos directos del tratamiento de problemas de salud mental implican costos indirectos asociados con reducción de productividad económica, mayores tasas de desempleo y otros efectos. Investigadores del Foro Económico Mundial calcularon que un conjunto amplio de problemas de salud mental le costó a la economía mundial aproximadamente 2,5 billones de dólares en el 2010, entre la pérdida de productividad económica (1,7 billones de dólares) y costos directos de la atención (0,8 billones de dólares). Se proyectó que este costo aumentaría a 6 billones de dólares en el 2030, junto con el aumento de costos sociales; esta cifra es mayor a las previstas para los costos sumados del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

Asimismo, se estima que en el mundo cada año se pierden 12.000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad, a un costo de 1 billón de dólares por año en pérdida de productividad. Esto incluye los días perdidos por ausentismo, presentismo (cuando las personas van a trabajar, pero tienen un rendimiento inferior) y rotación del personal.

En el mundo laboral, debe considerarse que cerca del 60% de la población mundial trabaja. En el 2019 se estimó que el 15% de los adultos en edad de trabajar tenía un trastorno mental. Los sitios de trabajo son generadores

de riesgos para la salud mental por sobrecargas de trabajo, inseguridad laboral, discriminación y desigualdad. Por eso los gobiernos, los empleadores y las organizaciones gremiales y sindicales, así como otras partes responsables de la salud y la seguridad de los trabajadores, pueden ayudar a mejorar la salud mental en el trabajo mediante la adopción de medidas encaminadas a prevenir esos riesgos; proteger y promover la salud mental en el trabajo; apoyar a los trabajadores con problemas de salud mental para que participen y prosperen en el trabajo, y crear un entorno propicio al cambio. Si bien el Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Seguridad y Salud en el Trabajo y la Recomendación 164 proporcionan un marco legal para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores. El **Atlas de salud mental** de la OMS reveló que solo el 35% de los países cuentan con programas nacionales de promoción y prevención de la salud mental en el trabajo.

Con respecto a la población adolescente, en el 2020 vivían en el mundo más de 1200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años, y según estimaciones de Unicef a partir de un estudio de la carga mundial de enfermedades, más del 14% padecía algún trastorno de salud mental. Es decir, 168 millones de niñas, niños y adolescentes (NNA) enfrentan situaciones como depresión, ansiedad, bipolaridad, desórdenes en la alimentación, esquizofrenia, entre otros; uno de cada siete jóvenes entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental y estas afecciones representan el 15% de la carga mundial de morbilidad entre adolescentes. Depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes. El suicidio es la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años. Y cuando un trastorno de salud

mental de un adolescente no se trata, sus consecuencias se extienden a la edad adulta, perjudican su salud física y mental, y limitan sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro.

¿Cuál es el panorama de la salud mental en Colombia?



Antes de pandemia, la problemática de salud mental de los colombianos ya mostraba signos de alarma: en las tres primeras versiones de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) en 1993, 1997 y el 2003, se observó un crecimiento en las tasas de ansiedad e intento de suicidio en la población. Y la cuarta Encuesta en el 2015 evidenció que un 11% de la población colombiana entre los 18 a 45 y mayor de 45 años había presentado un trastorno mental alguna vez en la vida. Como indica el psiquiatra Rodrigo Córdoba, se encontró que 1 de cada 10 colombianos ha tenido, tiene o tendrá en algún momento de su existencia una enfermedad mental que incida en su calidad de vida. También se encontró que alrededor del 52,2% de los jóvenes encuestados presentaba entre uno o dos síntomas de ansiedad.

Desde el 2020 se adelantan investigaciones para dimensionar el impacto de la pandemia en la salud mental de los colombianos. Por ejemplo, la encuesta Pulso Social del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en febrero del 2021, reveló que casi la mitad de las personas encuestadas (el jefe de hogar o su cónyuge) reportó sentir niveles particularmente altos

En octubre del 2023, en encuesta realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el Centro Nacional de Consultoría se encontró que el 66,3% de los colombianos en algún momento de su vida ha enfrentado algún problema de salud mental.

de preocupación o nerviosismo a raíz de la pandemia. Consistente con este hallazgo, el Ministerio de Salud y Protección Social reportó que durante la pandemia aumentaron en un 30% las consultas a las líneas territoriales de asistencia psicológica, en especial por síntomas de depresión y ansiedad, así como por casos de violencia intrafamiliar.

En la encuesta longitudinal RECOVR aplicada en mayo, agosto y noviembre del 2020, se encontró que más del 50% de los hogares encuestados reportaron el deterioro en la salud mental de al menos un adulto del hogar, mientras más del 30% reportó el deterioro en salud mental en NNA. Este deterioro es mayor en función de la vulnerabilidad socioeconómica de los hogares previa a la pandemia, relacionada con una mayor probabilidad de haber perdido el trabajo y experimentado reducciones en el ingreso y en la seguridad alimentaria como consecuencia de la pandemia. En concordancia con la evidencia de otros estudios nacionales e internacionales, estos resultados sugieren que el impacto en la salud mental de la pandemia no se distri-

buyó de igual forma y que su afectación se concentró en los segmentos más vulnerables de la población.

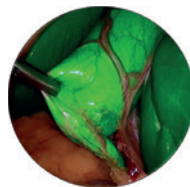
Cabe anotar que en el 2020 no se pudo hacer la Encuesta Nacional de Salud Mental que se efectúa cada cinco años, por causa de los confinamientos y las medidas de restricción social de la pandemia. Se tiene proyectado realizarla en el 2025, luego de surtir la fase 1 o fase de diseño temático, técnico y estadístico de la encuesta; en la primera semana de diciembre pasado se hizo la prueba piloto y a partir de esa prueba se harán los ajustes del caso para iniciar las fases 2 y 3, que corresponden a la toma de datos o aplicación de la encuesta.

En octubre del 2023, en encuesta realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el Centro Nacional de Consultoría dentro del proceso de actualización de la Política Nacional de Salud Mental ordenada por el artículo 166 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, se encontró que el 66,3% de los colombianos en algún momento de su vida ha enfrentado algún problema de salud mental. Este porcentaje es significativamente mayor entre las mujeres con un 69,9%, destacándose que en el rango de 18 a 24 años se presenta el indicador más alto con el 75,4%. Estos resultados coinciden con lo evidenciado en estudios epidemiológicos adelantados en el país en esta materia, que revelan la alta carga de enfermedad mental existente, especialmente en la población joven y en las mujeres.

stryker

Plataforma 1788

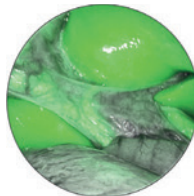
Experimente una nueva ola de visualización quirúrgica.



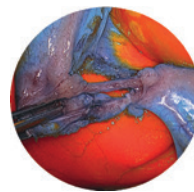
Modo SPY
Overlay



Modo SPY Contraste



Modo ENV



Modo CSF

Experimenta 1 billón de colores

Vea 62,5x más colores para una mejor diferenciación entre tonos y una imagen quirúrgica sorprendentemente vibrante.

Ahora con el modo CSF

El modo de Color Segmentado de Fluorescencia (CSF) proporciona un mapa de colores diferenciable para percibir más fácilmente un rango más amplio de intensidades de fluorescencia mientras muestra la imagen en luz blanca.

Nuevo modo de visualización (CSI)

CSI es una técnica cistoscópica mejorada, que funciona emitiendo únicamente longitudes de onda azul corta y verde para resaltar las estructuras vasculares en la superficie mucosa.

Presentamos el Modo Tono



Diseñado para equilibrar la iluminación en todo el campo de visión al mejorarla en la zona posterior posterior, sin comprometer los detalles del primer plano.

El futuro, en sus manos.

Este documento es sólo para uso de profesionales de la salud.

Los cirujanos siempre deben usar su juicio clínico profesional para decidir si usan o no un producto en particular en el tratamiento de un paciente. Stryker no ofrece ninguna asesoría médica y recomienda a los cirujanos estar enterados en el uso del producto antes de utilizarlo en cirugía. La información presentada es para demostrar un producto de Stryker. Los cirujanos deben siempre consultar el folleto incluido en el producto, la etiqueta de producto y/o las instrucciones de uso incluyendo las instrucciones de limpieza y esterilización (si aplica) antes de usar cualquier producto Stryker. Es posible que algunos productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad de productos está sujeta a las legislaciones y/o prácticas médicas vigentes en cada mercado. Por favor contacte a su representante de Stryker Local si tiene preguntas sobre la disponibilidad de productos Stryker en su área. Todas las marcas registradas son marcas registradas de sus respectivos propietarios o poseedores.

Calle 116 No. 7-15 Piso 10. Oficina 1001
Bogotá, Colombia
P +571 743 8200
www.stryker.com



De portada

Otros resultados muestran que al 70,9% de la población casi nunca le preguntan sobre su salud mental cuando acude a los servicios de medicina o enfermería, puerta de entrada al sistema de salud y que constituiría el momento ideal para identificar riesgos de salud mental y canalizar a las personas de manera oportuna en caso de ser necesario. Entre quienes han usado los servicios de salud mental en el sistema de salud, un 34,6% califica la atención como Mala o Muy mala, y un 40,6% la considera regular; este resultado muestra que la experiencia de las personas en estos servicios no es buena y deben implementarse estrategias para mejorar los estándares de calidad y la humanización.

El 93,7% de los encuestados considera importante que la salud mental esté incluida en el sistema de salud, lo cual revela que es necesario fortalecer dichos servicios y garantizar la oportunidad y continuidad en la atención que no se ha logrado. Y el 42% de la población considera que consultar al psicólogo o al psiquiatra les ayuda a mejorar como personas.

Seis de cada diez colombianos declaran que su salud mental es Muy buena o Buena, un 10% declara que su salud mental es Mala o Muy mala y el 30% de la población considera que es regular. El 57,1% de la población estima que la salud mental depende de uno mismo, resultado que según análisis de expertos del área de Enfermedades No Trasmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social se asocia a la limitada cobertura de las acciones de salud pública desde el sistema de salud, especialmente de educación en salud, que no logran instaurar prácticas de cuidado colectivo; esto indica que el sistema de salud se concentra en la atención a la enfermedad y trabaja poco en promoción y prevención, lo cual facilita la construcción de imaginarios centrados en la responsabilidad absoluta del individuo en su propia salud.

Finalmente, que el 83,4% de la población está a favor de la participación activa de la comunidad ante casos de salud mental, señala que puede haber un ambiente favorable para implementar estrategias de cuidado mental que empoderen a la comunidad para ofrecer apoyo emocional en momentos de crisis.

Debe considerarse que la problemática de salud mental en Colombia es particularmente compleja, pues guarda una estrecha relación con adversidades sociales e históricas en materia de políticas, inequidades y desastres, tanto naturales como a causa de la violencia. A esto se suma que el país no ha avanzado en el abordaje comunitario de la enfermedad mental que se promueve en el mundo, pues el sistema de salud hace énfasis en la atención a la enfermedad y no en la promoción y la prevención.

Al ser consultada sobre los avances en el Modelo de Atención y las Rutas de Atención en Salud Mental bajo el enfoque de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y determinantes sociales, la coordinadora del Grupo de Gestión Integrada de la Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, Nathalia Rodríguez, señaló: “se cuenta con la priorización para el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) de Salud Mental que está basado en indicadores de salud mental y determinantes sociales por municipios; se tiene prelación por aquellos con mayor vulnerabilidad de sus poblaciones y se termina con la priorización de 20 poblaciones en específico. Actualmente se está avanzando en la propuesta del Modelo de Atención y Rutas de Atención en Salud Mental, con el enfoque de Equipos Básicos en Salud”.

Y agregó: “Colombia, al ser un territorio diverso tanto a nivel poblacional como geográfico, requiere que las políticas respondan de manera diferencial a las condiciones de cada territorio. De esta manera, en el caso de la salud mental, la diversidad de brechas provoca problemáticas relacionadas con el acceso a servicios de calidad, recurso humano suficiente y seguimiento a casos. Por este motivo, más las condiciones asociadas a la pandemia por la COVID-19, se hace necesario realizar una actualización de la Política Nacional de Salud Mental con el fin de

responder a las condiciones actuales en materia de salud mental y los retos nacionales en cuidado y atención de poblaciones vulnerables. De esta manera, el artículo 166 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 establece el mandato de actualizar la Política Nacional de Salud Mental para todos los colombianos, enfatizando en cada uno de los enfoques de la salud, los determinantes sociales y la creación de una Red Mixta Nacional y Regional en Salud Mental”.

Hoy, en el 2024, con aumento sostenido en los últimos años en la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes, una curva creciente del suicidio en los últimos 11 años, insuficiencia de la capacidad instalada para la demanda de servicios, inadecuada atención, privilegio de la atención institucionalizada y poco avance en atención comunitaria, insuficiencia en la oferta de profesionales de psiquiatría y psicología para la atención, falta de información actualizada e investigaciones, desactualización de la normativa y raquíuticos presupuestos estatales, la problemática de la salud

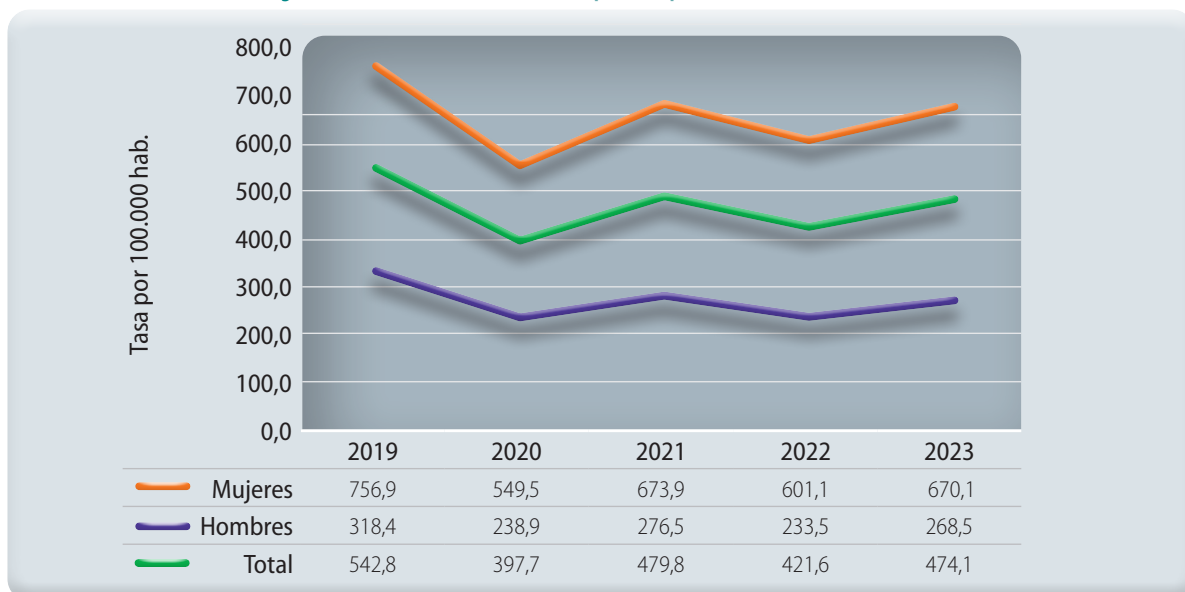
mental en Colombia plantea un gran desafío al actual y a los próximos gobiernos, a la institucionalidad pública y privada de todos los sectores socioeconómicos, a la academia, a las instancias de participación social y a los propios individuos en particular, para dar respuestas efectivas, articuladas, costo-eficaces y oportunas a corto, mediano y largo plazo.

En Colombia aumentó la prevalencia de trastornos mentales más frecuentes entre el 2019 y el 2023

De acuerdo con información del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, entre el 2019 y el 2023 se registra en términos generales una curva creciente en los indicadores de prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en Colombia.

En cuanto a los trastornos depresivos, en Colombia en el periodo 2019-2023 se registraron 1.186.547 casos, de los cuales el 72% se presentó en mujeres, quienes tuvieron más del doble del riesgo (IRR = IRR = 2,30; IC95% = 2,23-2,36). Puede observarse el aumento desde el 2022 (figura 1).

Figura 1. Prevalencia de trastornos depresivos por sexo en Colombia, 2019-2023



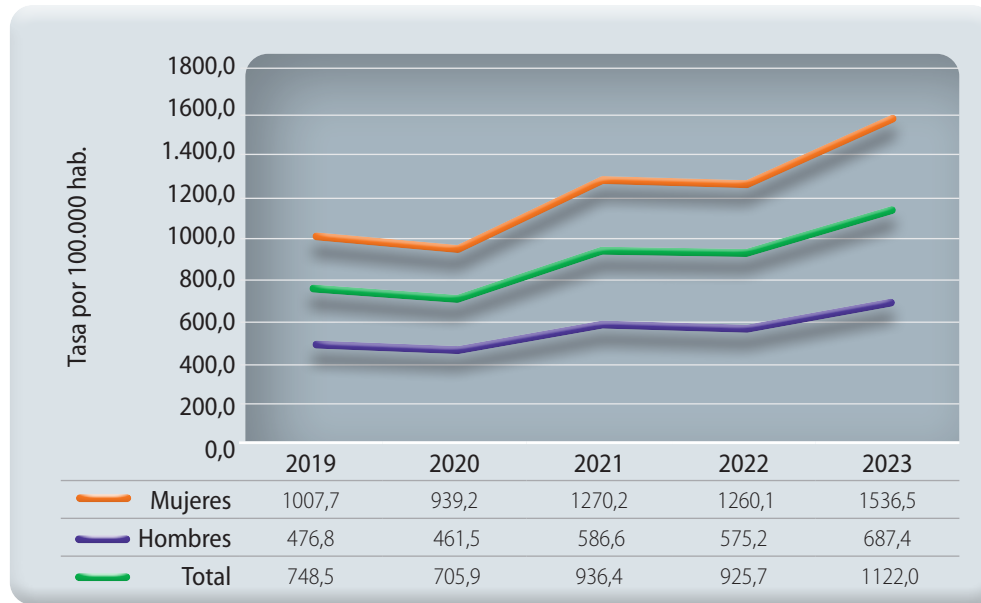
Códigos CIE 10: F320-323, F328-F334, F338-F339.

Fuente: Minsalud con datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), consultados en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) en octubre del 2024.

En lo referente a los trastornos de ansiedad en el país durante el periodo analizado se presentaron 2.281.871 casos; de estos, las mujeres representaron el 69%, mostrando el doble de riesgo de padecer

ansiedad en comparación con los hombres (IRR = 2,02; IC95%: 1,98-2,06). También se observa un crecimiento sostenido desde el 2022 (figura 2).

Figura 2. Prevalencia de trastornos de ansiedad por sexo en Colombia, 2019-2023



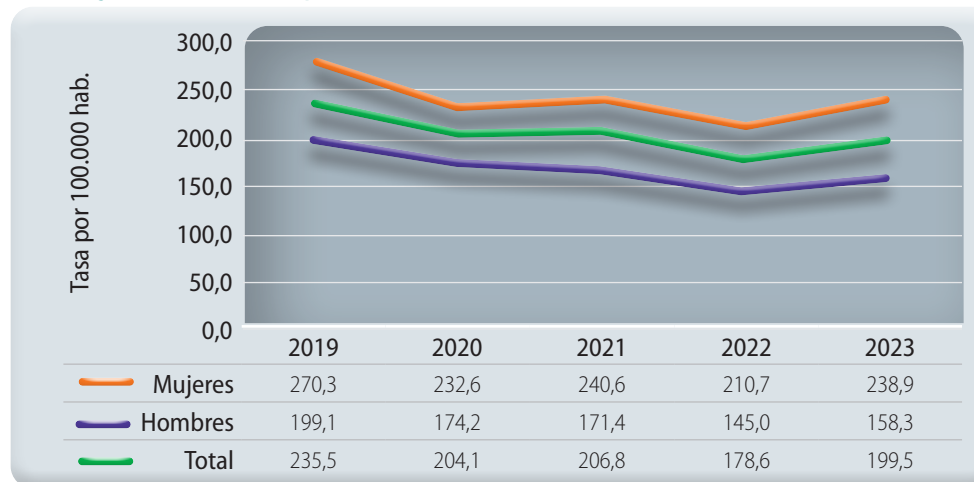
Códigos CIE 10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

Fuente: Minsalud con datos de los RIPS, consultados en SISPRO en octubre del 2024.

Para el trastorno afectivo bipolar (TAB), en Colombia desde el 2019 al 2023 se han presentado 525.058 casos, de los cuales el 60% se registraron en mujeres, quienes tuvieron un 30% más de riesgo de sufrir este

trastorno en comparación con los hombres (IRR = 1,30; IC95% = 1,27-1,33). Igualmente se observa una curva ascendente desde el 2022 (figura 3).

Figura 3. Prevalencia TAB por sexo en Colombia, 2019-2023



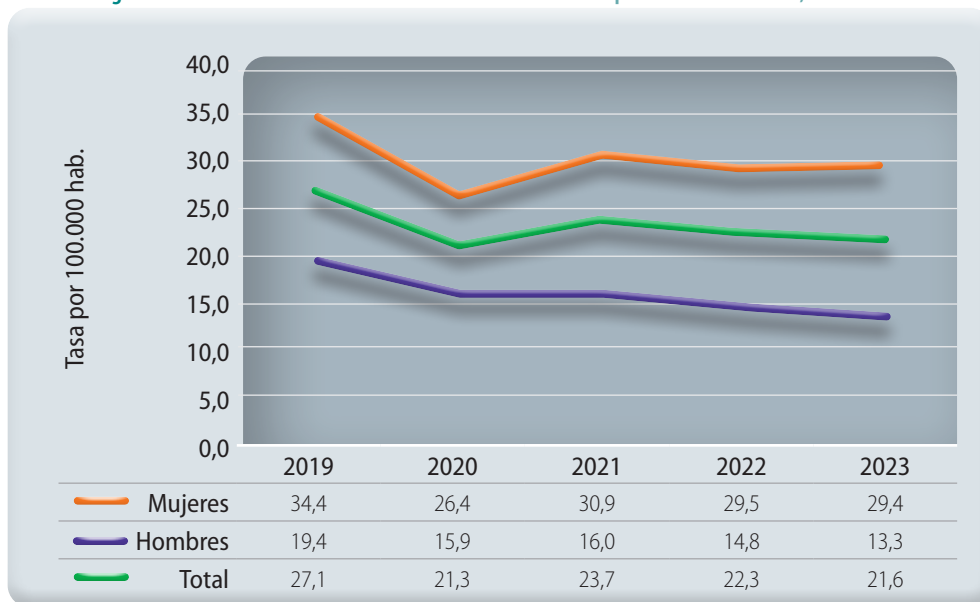
Códigos CIE 10: F310-F319.

Fuente: Minsalud con datos de los RIPS, consultados en SISPRO en octubre del 2024.

Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria en el país en el periodo analizado se presentaron 71.861 casos; de ellos, el 63,2% correspondió a mujeres, quienes presentaron

un 59% más de riesgo de presentar estos trastornos (IRR = 1,59; IC95% = 1,49-1,69). A diferencia de los demás, en el indicador de este trastorno se observa una ligera tendencia descendente desde el 2021 (figura 4).

Figura 4. Prevalencia trastornos de la conducta alimentaria por sexo en Colombia, 2019-2023



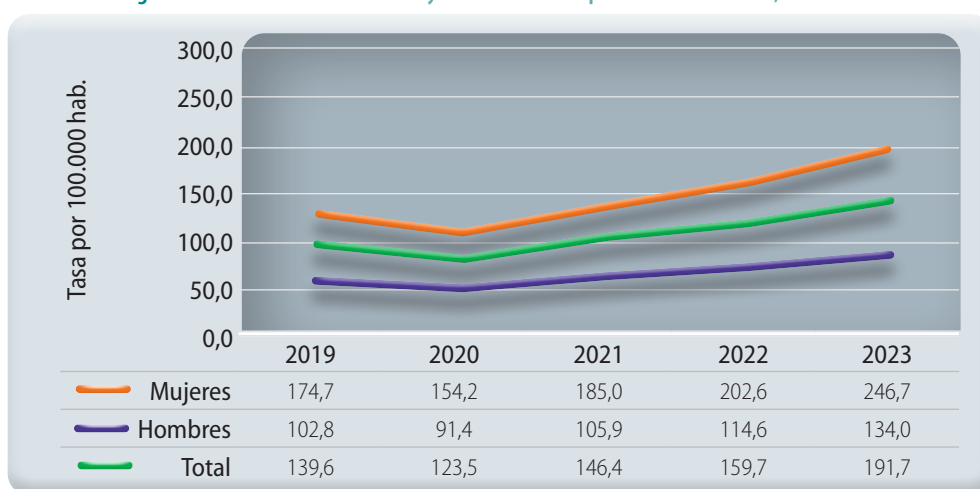
Códigos CIE 10: F500-F505, F508-F510.

Fuente: Minsalud con datos de los RIPS, consultados en SISPRO en octubre del 2024.

En referencia al Alzheimer y otras demencias en el país en el periodo analizado, se presentaron 397.115 casos. De estos, el 64,5% correspondió a mujeres, quienes tienen un 34% más

de riesgo de desarrollar estas condiciones en comparación con los hombres (IRR = 1,34; IC95% = 1,30-1,37). En este indicador la tendencia es ascendente desde el 2020 (figura 5).

Figura 5. Prevalencia de Alzheimer y otras demencias por sexo en Colombia, 2019-2023



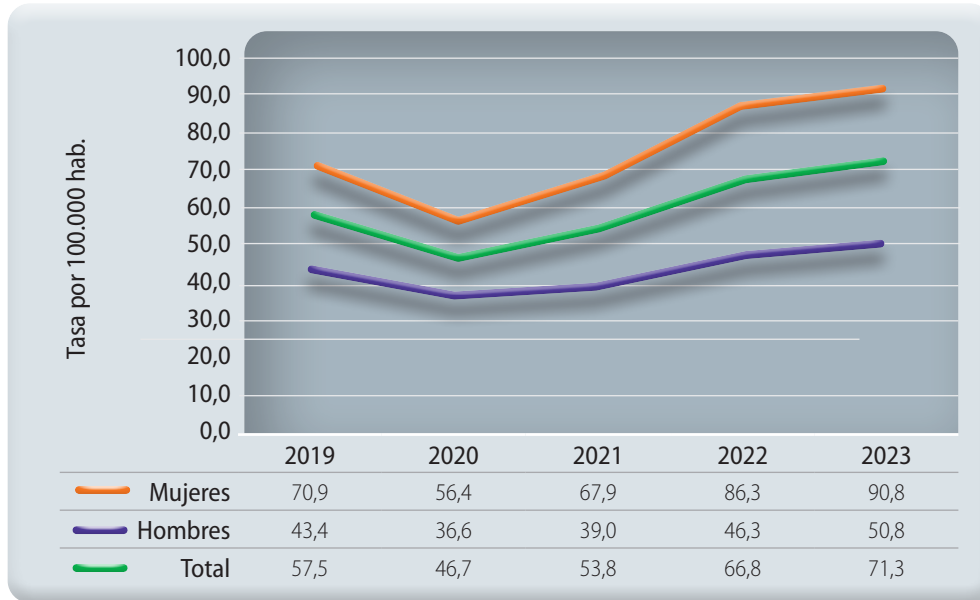
Códigos CIE 10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

Fuente: Minsalud con datos de los RIPS, consultados en SISPRO en octubre del 2024.

De acuerdo con datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), en Colombia en el periodo 2019-2023 se han presentado 151.158 intentos de suicidio; de estos, el 64,4% fueron realizados por mujeres,

quienes presentaron un 78% más de riesgo de intentar suicidio que los hombres (IRR = 1,79; IC95% = 1,72-1,84). También se registra una tendencia ascendente desde el 2020 (figura 6).

Figura 6. Tasas intento de suicidio por sexo en Colombia, 2019-2023



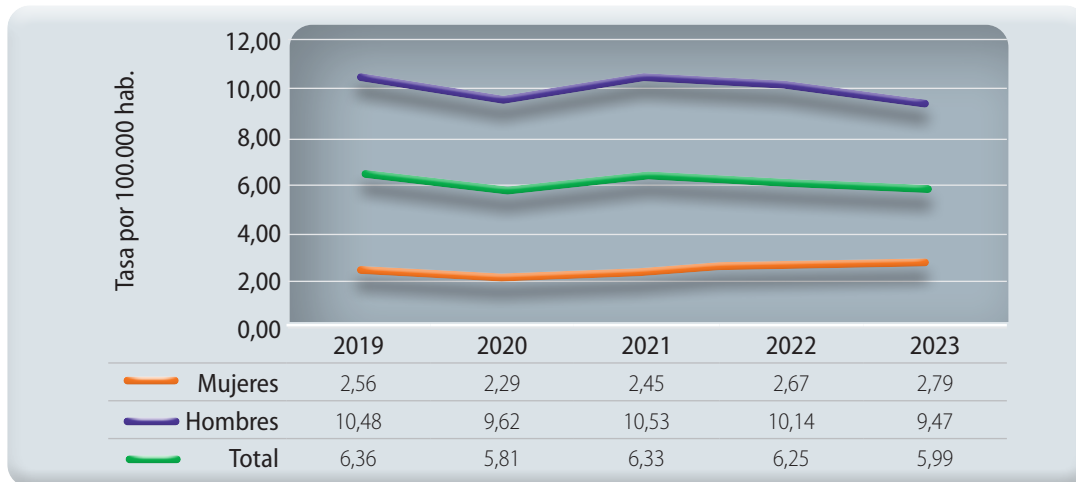
Evento 356: intento de suicidio.

Fuente: Minsalud con datos de Sivigila, consultados en SISPRO en octubre del 2024.

De acuerdo con datos de Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE correspondientes al tipo de defunción no fetal, en Colombia en el periodo analizado se presentaron 16.211 muertes a causa del suicidio "lesiones o envenenamientos

autoinfligidos". El 79,5% de los casos correspondió a hombres, quienes presentan casi el triple de riesgo de morir por esta causa en comparación con las mujeres (IRR = 2,83; IC95% = 2,70-2,96) (figura 7).

Figura 7. Tasa ajustada por sexo y edad de defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos en Colombia, 2019-2023



Nota: se hizo corrección del subregistro (12,9%).

Fuente: Minsalud con datos de EEVV, consultados en SISPRO en octubre del 2024, "Tipo de defunción no fetal". Códigos: X60-X84.

Leve disminución en el 2024

Un análisis del Laboratorio de Gobierno de la Universidad de La Sabana (GovLab), con base en datos oficiales de Medicina Legal, concluyó que entre enero y julio del 2024 se registraron 1677 suicidios en Colombia, lo que representa una disminución del 8,66% en comparación con el mismo periodo del 2023, cuando se reportaron 1836 casos.

En el estudio se observó una tendencia a la baja en la cantidad de suicidios reportados mes a mes. Por ejemplo, en mayo del 2023, uno de los meses con más casos, se registraron 298 suicidios, mientras en mayo del 2024 la cifra disminuyó a 239. Asimismo, en junio del 2023 se reportaron 264 casos y en junio del 2024 fueron 230 casos.

El análisis indica que el 78,62% de los casos corresponden a hombres y el 21,38% restante involucra a mujeres. Se evidencia que los hombres tienden a utilizar métodos más letales y definitivos, mientras las mujeres recurren principalmente a sustancias tóxicas.

GovLab señala que entre las principales causas de suicidio se encontraron las enfermedades de salud mental, con 251 casos; las decepciones amorosas, con 111; y los conflictos con pareja o expareja, con 107. Además, se indica que las personas solteras con 787 casos y aquellas en unión libre, con 403, son más propensas a cometer suicidio.

El país avanza en estrategias de prevención del suicidio

Actualmente, la prevención del suicidio es una prioridad mundial, como se refleja en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, en el que la meta 3.4 promueve la salud mental

En el estudio se observó una tendencia a la baja en la cantidad de suicidios reportados mes a mes. Por ejemplo, en mayo del 2023, uno de los meses con más casos, se registraron 298 suicidios, mientras en mayo del 2024 la cifra disminuyó a 239.

y el bienestar. Para ayudar a los países a alcanzar esta meta, la OMS preparó el enfoque VIVIR LA VIDA para la prevención del suicidio, en el que se priorizan cuatro intervenciones de reconocida eficacia: limitación del acceso a medios que posibilitan el suicidio, interacción con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio, desarrollo de aptitudes sociales y emocionales para la vida en población adolescente, y la intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos suicidas.

En el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social planteó la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, la cual delimitó siete componentes básicos para la prevención y esbozó los elementos diferenciales que deben considerarse según el momento del curso de vida, el género y la pertenencia étnica. Recogiendo evidencia científica y recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se proyectaba visibilizar la conducta suicida como el peor desenlace en salud mental, acompañando a los actores del sector salud y de otros que intervienen en el goce efectivo de la salud en la ejecución de acciones que impacten los determinantes sociales de la salud de manera integral e integrada, partiendo del enfoque de derechos, la intersectorialidad, la interseccionalidad y la participación comunitaria.

Y también desde el Ministerio de Salud y Protección Social, a mediados de este año, se inició la aplicación de un *Plan de choque de la conducta suicida* mediante la capacitación a los departamentos para que fortalezcan las

Colombia cuenta con varias normas que regulan temáticas de salud mental en el país. En 1998 la Resolución 2358 adopta la Política Nacional de Salud Mental y en el 2013 se expide la Ley 1616 o Ley de Salud Mental, cuyo objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana

estrategias de prevención de la conducta suicida, el cual se continuará desarrollando el próximo año. En Colombia es necesario implementar medidas de prevención del suicidio que aborden factores de riesgo específicos, fortalezcan la educación emocional y la salud mental, y restrinjan el acceso a sustancias tóxicas para reducir la incidencia de suicidios en el ámbito nacional.

Marco legal y normativa sobre salud mental en Colombia

Colombia cuenta con varias normas que regulan temáticas de salud mental en el país. En 1998 la Resolución 2358 adopta la Política Nacional de Salud Mental y en el 2013 se expide la Ley 1616 o Ley de Salud Mental, cuyo objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a NNA mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Ley 1751 del 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, señala en el artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y para tal fin se le ordenan una serie de obligaciones.

En el 2018 Colombia adopta la Política Pública de Salud Mental mediante la Resolución 4886, dando cumplimiento a uno de los indicadores del Plan de Acción de la OMS 2013-2020 para prevenir, tratar y rehabilitar un país que en salud mental presenta indicadores altos de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Posteriormente, se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Resolución 089 del 2019. El documento Conpes 3992 del 2020 establece la Estrategia para la Salud Mental en Colombia. Y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incluyen directrices de promoción de la salud mental y prevención de la violencia.

Y la Ley 2294 del 2023 o Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia potencia mundial de la vida”, incorpora varios artículos relacionados directamente con la salud mental: el artículo 166 que ordena la actualización de la Política Nacional de Salud Mental; el artículo 167 sobre atención en salud mental para el sector carcelario y penitenciario en Colombia, y el artículo 348 en la creación del Programa Nacional Jóvenes en Paz.

Capacidad instalada en servicios de salud mental en Colombia en el 2024

En Colombia, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tienen 7100 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que prestan servicios de salud mental, de las cuales el 84% son IPS privadas y el 14% son IPS públicas (figura 8).

¡Descubre la excelencia en servicios hospitalarios con **Cruz Verde!**

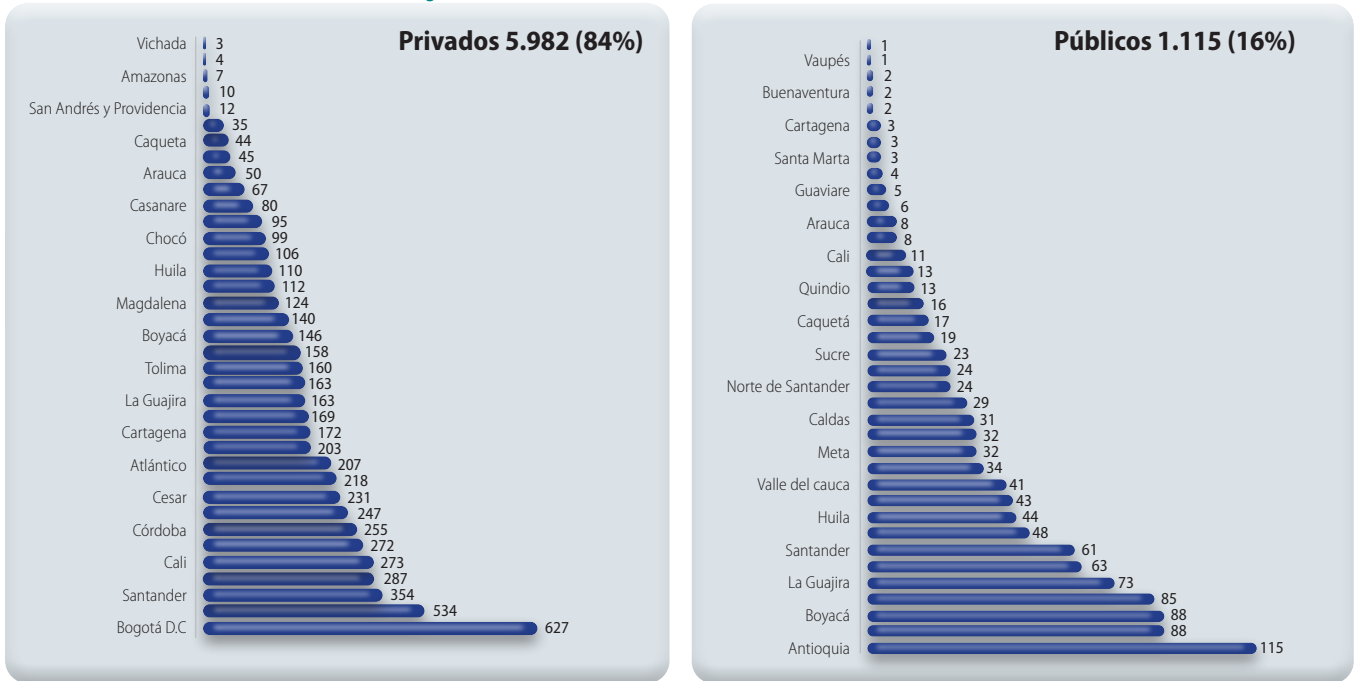
Facilitamos la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos para clínicas y hospitales. Nuestro objetivo es impulsar el desarrollo de las instituciones y mejorar el bienestar de los pacientes.



Escanea el código QR
conoce más sobre
nuestros servicios
institucionales.



Figura 8. IPS con servicios de salud mental en Colombia, 2024



Fuente: Minsalud

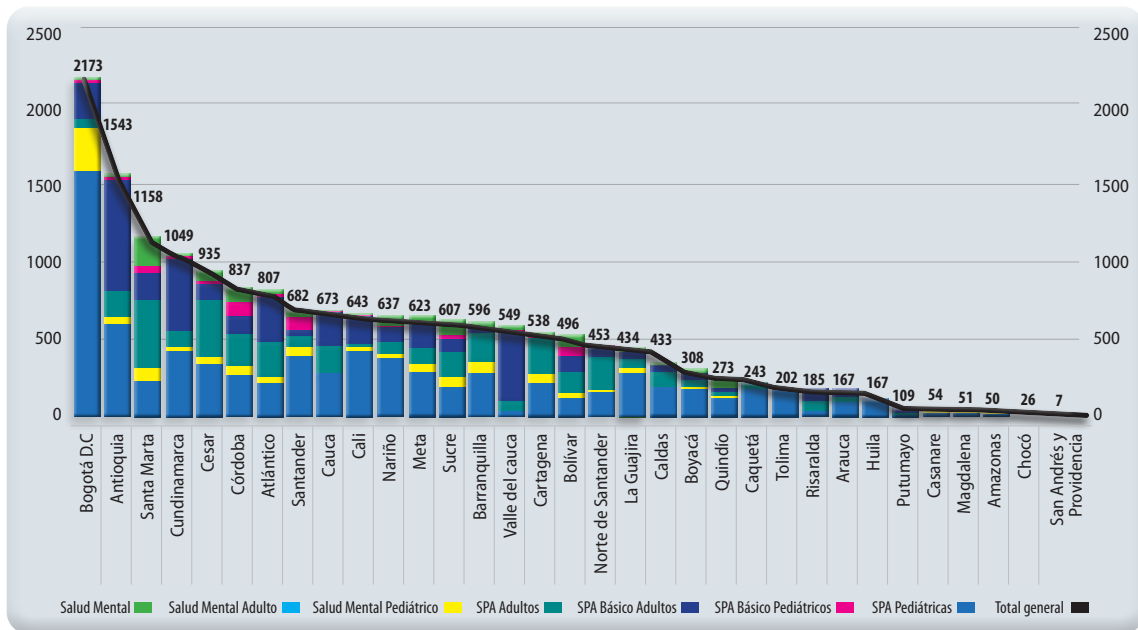
IPS privadas: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) corte 6 agosto del 2024.

IPS públicas: https://minsaludcolmy.sharepoint.com/personal/maruiiz_minsalud_gov_co/Documents/Documentos/Documentos/MINISTERIO%20DE%20SALUD/MSPS-41-2024/4%20Eventos%20Interes%20Salud%20Publica/sALUD%20MENTAL/prestacion%20de%20servicios/salud%20mental%20por%20municipio.xlsx

En el país se dispone de 17.708 camas para salud mental, el 85% de ellas en servicios de salud privados y el 15% en servicios de salud públicos. Bogotá, Antioquia,

Santa Marta, Cundinamarca y Cesar cuentan con el mayor número de camas en servicios de salud mental (figura 9).

Figura 9. Camas para servicios de salud mental por departamento, 2024



Fuente: Minsalud - Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), corte 6 de agosto del 2024.

En cuanto a capacidad instalada, en Colombia se tienen servicios de salud mental para adultos y servicios de salud mental pediátricos;

asimismo, se cuenta con servicios para atención a población con consumo de SPA tanto para para adultos como servicios pediátricos (tabla 1).

Tabla 1. Capacidad Instalada para Servicios de Salud Mental

Capacidad instalada observación y hospitalización			Camas hospitalización	
SERVICIOS	CAPACIDAD INSTALADA	CANTIDAD	CAMAS POR SERVICIOS	CANTIDAD
Salud Mental	CAMAS	60	Salud Mental	60
	CAMILLAS	358	Salud Mental Adulto	7.897
	SILLAS	2.060	Salud Mental Pediátrico	1.084
Salud Mental Adulto	CAMAS	7.897	SPA Adultos	3.652
Salud Mental Pediátrico	CAMAS	1.084	SPA Básico Adultos	3.619
SPA	CAMILLAS	295	SPA Básico Pediátricos	471
	SILLAS	1.983	SPA Pediátricas	925
SPA Adultos	CAMAS	3.652	Total general	17.708
SPA Básico Adultos	CAMAS	3.619		
SPA Básico Pediátricos	CAMAS	471		
SPA Pediátricas	CAMAS	925		
Total general		22.404		

Fuente: Minsalud REPS, corte 6 de agosto del 2024.

Y de acuerdo con el Observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social, en consulta del 25 de noviembre del 2024, en Colombia hay 31.409 profesionales en psicología, 1613 especialistas en psiquiatría, 52 psiquiatras de enlace y 115 psiquiatras pediátricos.

Avances en la actualización de la Política Nacional de Salud Mental

En el IV Foro “La realidad de la salud mental en Colombia: logros y desafíos de los territorios”, realizado el pasado 1.º de noviembre en Bogotá y organizado por la Procuraduría General de la Nación, la coordinadora del Grupo de Gestión Integrada de la Salud Mental del Ministerio de Salud, Nathalia Rodríguez, presentó los avances en la actualización de la Política Nacional de Salud Mental.

Se parte de considerar que el artículo 166 de la Ley 2294 del 2023-Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia potencia mundial de la vida”, determina la orientación

de la ruta a seguir en esa actualización. Dicho artículo establece:

“Política Nacional de Salud Mental. El Gobierno, bajo la coordinación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y con la participación del Consejo Nacional de Salud Mental, actualizará la Política Nacional de Salud Mental individual y colectiva, en la cual se abordarán líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud mental, por entornos de desarrollo, curso de vida, distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que complementen la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y las situaciones de violencia. Esta Política deberá abordar también la eliminación del estigma y discriminación, el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales, y la identificación oportuna de problemas mentales. Así mismo, se realizará asistencia técnica articulada con las entidades territoriales del país, para la implementación de dicha política en articulación con la estrategia de atención primaria en salud y rehabilitación basada en la comunidad”.



De portada

Informó Nathalia Rodríguez que el año pasado se surtió el alistamiento, se avanzó en un diagnóstico amplio para identificar causas y problemas que demandan estrategias puntuales, en la formulación y validación, y ahora se trabaja en lo que será la implementación, la evaluación y el seguimiento.

En este proceso se han tenido espacios de participación en foros y encuentros territoriales con organizaciones de la sociedad civil para recibir recomendaciones sobre la construcción de propuestas de trabajo. Como resultado de ese proceso se tiene una definición construida de lo que es la salud mental hoy en día; se tienen 63 documentos de observaciones de la sociedad, 846 observaciones al documento y 553 observaciones al marco operativo para un total de 1399, todas las cuales se han respondido.

Durante este proceso se identificaron necesidades y prioridades de la población relacionadas con la salud mental. Esto permitió incluir a más de 20 poblaciones específicas dentro de la actualización y permitió definir unos ejes orientadores a partir de los 5 ejes de la Atención Primaria en Salud Mental, sus componentes y estrategias. Además, la elaboración del Análisis de Situación en Salud incluyó una mirada a partir de los determinantes sociales de la salud, los ODS y prioridades del actual Plan Nacional de Desarrollo.

Los elementos clave para actualizar en la política pública tienen que ver con la actualización de la definición de salud mental; los derechos de las personas con trastornos mentales, sus familiares y cuidadoras(es), en articulación con el sistema de cuidado; la promoción de la salud mental en materia de comunicaciones y entornos digitales que demandan atención; el acceso equitativo a los servicios de salud mental; los modelos de APS, de promoción-prevención y rehabilitación (PPyR), de Redes Integradas e Integrales en Salud (RIIS), de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con énfasis en salud mental, los Equipos Básicos de Salud y los procesos de Vigilancia Comunitaria; la atención a los problemas de poblaciones en condición de vulnerabilidad y víctimas

que deben estar más visibles y articularse con otros mecanismos como la Ley de Víctimas actualizada; la participación inter y transectorial; la prevención del suicidio y del consumo de SPA y alcohol; la salud mental comunitaria que es una apuesta a reforzar y los factores protectores; la salud mental y el ambiente, y en emergencias y desastres; el sistema de Seguimiento y Evaluación, y el enfoque étnico y poblacional.

Se destaca en esta actualización que lo comunitario, las acciones de RBC y la necesidad de reducción de brechas de acceso en salud mental son el foco del proceso, por lo cual todo en su conjunto se encuentra en consonancia con el Modelo de Atención Primaria en Salud, la implementación de Equipos Básicos de Salud y centros de atención comunitaria, los cuales permitirán una cercanía con las personas que requieren los servicios y el acompañamiento.

Actualmente se avanza en el proceso de retroalimentación con el Consejo Nacional de Salud Mental del documento técnico que acompañará la expedición del acto administrativo; asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social avanza en el proceso de aprobación para la expedición del decreto correspondiente a la actualización de la política de salud mental.

En qué va la implementación de la Política Nacional de Salud Mental y Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas

En dicho foro la Procuraduría General de la Nación presentó un análisis sobre el estado de implementación de las políticas de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, resultado de un trabajo articulado entre la Procuraduría, Coodes y la firma de consultoría Gressa.

Se trabajó como línea de base la información recogida por la Procuraduría en los últimos años y luego se llegó hasta las entidades territoriales para entender cómo avanza la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, con un enfoque de derechos humanos, enfoque de género y enfoque diferencial. Se concluyó que después de cinco años de implementación de estas políticas se ha avanzado de forma relevante en muchos temas y se abre camino a lo que traerá su actualización.

Los cinco ejes de la Política Nacional de Salud Mental son los siguientes: Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación e Intersectorialidad. En el estudio se indican los avances, lo que está en proceso y las alertas en estos ejes.

- *En planeación, evaluación y verificación:* el 61% de los territorios han avanzado en la implementación de la política. Existen sistemas de información propios, hay vinculación de la sociedad civil y mantenimiento de RBC en algunos departamentos como estrategia diagnóstica.

Entre el 30 y el 60% está en proceso, por cuanto algunos de los departamentos generan indicadores en todos los ejes de la política en los planes de acción anuales; existe Consejo Departamental de Salud Mental como herramienta diagnóstica y de articulación, y hay vinculación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) a los procesos de planificación y evaluación.

Genera alerta que en menos del 30% de los territorios hay desarticulación del área de promoción y prevención con las áreas de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), de prestación de servicios de salud y financiamiento; que la asistencia técnica periódica no es estable y no siempre tiene objetivos claros, y que la ruta integral de salud mental no se ha adaptado y no cuentan con planes territoriales de salud.

Los cinco ejes de la Política Nacional de Salud Mental son los siguientes: Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación e Intersectorialidad. En el estudio se indican los avances, lo que está en proceso y las alertas en estos ejes.

- *En promoción:* más del 61% de los territorios avanzan en implementación de RBC, en entrenamiento en primeros auxilios psicológicos, y se trabaja en reducción de brechas en salud mental (MhGAP) en algunos departamentos como estrategia de formación para los Equipos Básicos de Salud.

Entre el 30 y el 60% tienen en proceso el desarrollo de estrategias comunitarias de cuidado al cuidador estables, se implementan acciones para mitigar el estigma asociado a la salud mental, y aquellas de mitigación consideran enfoques diferenciales, incluyendo aspectos étnicos y del curso de vida.

Y en menos del 30% genera alerta que el Programa Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas tiene un componente de promoción en salud mental, pero hay poca o ninguna articulación con este. No hay identificación de espacios seguros para NNA para la promoción de su salud mental, y no se cuenta con acciones de promoción de cuidado de la salud mental basadas en la evidencia y articuladas con otros sectores.

- *En prevención:* más del 61% de los territorios tienen campañas de movilización comunitaria, hay vinculación de grupos de apoyo comunitario y líneas de atención en salud mental 24/7.

Entre el 30 y el 60% tienen en proceso la implementación de estrategias de prevención en salud mental, de prevención integral no limitadas únicamente al suicidio sino que aborden diversos problemas y trastornos en salud mental,



De portada

y que las acciones preventivas se extienden a múltiples áreas de la salud mental, buscando un enfoque más completo de los diversos trastornos.

Genera alerta que en menos del 30% de los territorios no existe una estrategia clara para acciones de prevención en salud mental, que las campañas de comunicación son el principal enfoque de prevención y, en ocasiones, el único, y que no se identifica ni vincula adecuadamente a ciertas poblaciones vulnerables (gestantes, cuidadores, personas con discapacidad y personas privadas de la libertad) con acciones en salud mental.

- *En atención:* en más del 61% de los territorios hay mesas de trabajo con EAPB para verificar el cumplimiento de actividades, hay diseño conjunto de acciones para ayudar a mitigar la brecha de atención en zonas rurales y se implementan equipos de atención que se desplazan a la comunidad para brindar servicios de salud.

Entre el 30 y el 60% tienen en proceso la vinculación de los profesionales de las EAPB en el desarrollo de capacidades territoriales en salud mental, las brigadas en concurrencia que movilizan mecanismos de atención de las IPS y algunos departamentos cuentan con estrategias diferenciales de trabajo con las Secretarías Municipales de Salud.

Genera alerta que menos del 30% tiene deficiencia en recurso humano porque hay una escasez de profesionales en salud mental, lo que limita la atención adecuada; existen barreras administrativas y actitudinales que dificultan el acceso a la prestación de servicios de salud, y falta evaluación y articulación porque no se evalúa la pertinencia de los tratamientos ni hay articulación con el sistema Inpec, y la división de roles en las Secretarías de Salud es excluyente para la atención en salud mental.

- *En rehabilitación:* más del 61% trabajan en mitigación de brechas, haciendo buen uso de la RBC; hay enfoque diferencial porque se diseñan procesos de rehabilitación que consideran un enfoque diferencial en ciertos casos, y es importante la

RBC, pues hay experiencias valiosas de su implementación efectiva para mejorar la atención en rehabilitación.

Entre el 30 y el 60% tienen en proceso el mantenimiento de la estrategia RBC en funcionamiento, el cierre de la desigualdad en la implementación porque existe una disparidad en la continuidad de la estrategia entre los diferentes departamentos capacitados, y aunque todos recibieron capacitación inicial en esta metodología, no todos la han sostenido.

Genera alerta que en menos del 30% no hay suficientes IPS de tratamiento para los trastornos por consumo de SPA, no se evalúa la pertinencia ni calidad de los mecanismos de rehabilitación, y no se realiza acompañamiento a procesos de reinserción social.

- *En intersectorialidad:* más del 61% de los territorios diseñan estrategias conjuntas entre salud y educación para el desarrollo de competencias socioemocionales, hacen prevención del matoneo en ambientes escolares y el Consejo Departamental de Salud Mental se dedica a la salud mental y la gestión de estupefacientes, fortaleciendo la colaboración intersectorial.

Entre el 30 y el 60% tienen en proceso la formación en MhGAP y RBC, fuera del sector salud, la cualificación de orientadores escolares y agentes educativos, y la vinculación de acciones con el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

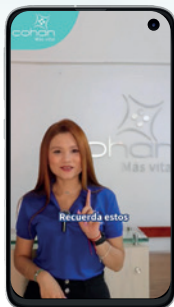
Genera alerta que menos del 30% sigue considerando al sector salud como el único responsable del cuidado de la salud mental, falta sensibilización estatal porque no todos los sectores estatales están sensibilizados sobre la importancia de la salud mental y su papel

MÁS VITAL MÁS INTEGRAL

Disfruta en Youtube nuestra serie
"Del laboratorio a tus manos"

COHAN, experto en la Gestión Farmacéutica Integral

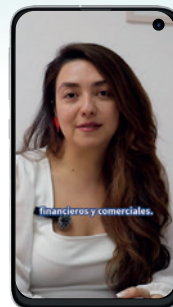
*A través de diferentes capítulos, conoce cómo nuestros clientes
y usuarios reciben sus medicamentos
cuando es, donde es y con el servicio que es.*



Entrega 1:
Bienvenidos a COHAN



Entrega 2:
Distribución de medicamentos
y dispositivos médicos



Entrega 3:
Economía de escala



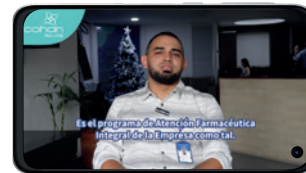
Entrega 4:
Operación logística



Entrega 5:
Servicios farmacéuticos ambulatorios



Entrega 6:
Servicios farmacéuticos hospitalarios



Entrega 7:
PAFI



Escanea el código QR

y explora nuestra lista de reproducción en **YouTube**
donde podrás encontrar los videos completos.

**La gestión farmacéutica de las instituciones
de salud en un solo operador y gestor farmacéutico.**

en su promoción, y los incentivos y la vinculación son limitados porque los estímulos para fomentar la articulación en el cuidado de la salud mental no son tangibles y hay una falta de intervención del sector empresarial en este ámbito.

“Se necesita un compromiso más riguroso con la salud mental en Colombia”
Rodrigo Córdoba



Rodrigo Córdoba, profesor de la Universidad del Rosario y miembro del *Board* de la Asociación Mundial de Psiquiatría, afirma que ante la problemática creciente de la salud mental en Colombia es urgente una intervención más comprometida de todos los sectores involucrados.

“Cuando uno ve un incremento en la demanda de los servicios de atención en salud mental, 35% en adultos, 60% en NNA, sin duda tenemos que mejorar las rutas de acceso, fortalecer los modelos de atención, capacitar profesionales en salud men-

tal para que hagan parte de equipos direccionados por los psiquiatras. Además que el Gobierno, los aseguradores, los prestadores, en general los actores del sistema de salud comprometan una posición mucho más rigurosa con el mejoramiento de la salud mental que hoy en día es un problema de política pública”.

Córdoba explica que, a pesar de que siguen existiendo limitaciones importantes en el acceso a los servicios de salud mental en el país, debe reconocerse que se han logrado avances: “gracias a un trabajo mancomunado que ha comprometido no solo la política pública del Gobierno sino también la motivación de los medios de comunicación, sin duda hemos conseguido mejorar el acceso y hay unas rutas integrales de atención”.

Pero alertó sobre la persistencia de dos problemas grandes: “por un lado el subdiagnóstico, porque definitivamente muchas personas se quedan sin recibir un diagnóstico, y muchos de ellos si lo reciben se quedan sin el manejo adecuado; y de otro lado, el gran inconveniente del desabastecimiento de medicamentos que se está presentando para los trastornos que nosotros manejamos, hace más complejo el tratamiento”.

El profesor Córdoba también señala que en Colombia se están adelantando algunos estudios para actualizar la información sobre el tema: “por ejemplo, tenemos la Cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental publicada

en el 2015, que mostraba que 1 de cada 10 colombianos ha tenido, tiene o tendrá en algún momento de su existencia una enfermedad mental que incida sobre su calidad de vida. Y lo segundo, si tomamos el estudio de la OPS sobre carga de enfermedad, es decir, los años de vida ajustados por discapacidad, si el 59% corresponde a enfermedades no transmisibles, la quinta parte corresponde a trastornos mentales, neurológicos, abuso de sustancias o suicidio. Necesitamos actualizar esa información”.

En cuanto a la existencia de especialistas capacitados para la atención, Córdoba señala que en Colombia se tienen alrededor de 1400 psiquiatras, de los cuales 180 son del área pediátrica y más o menos unos 70 de enlace en

los hospitales generales: “todavía tenemos un vacío significativo frente a las recomendaciones de la OMS, de tener 5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Por eso creo que se debe tener una mirada mucho más amplia, debemos capacitar a los psicólogos clínicos y a las enfermeras que podrían ayudarnos a cumplir una tarea muy significativa en ese sentido”.

Frente a la propuesta de la RBC, Córdoba señala que todavía sigue siendo un reto y una tarea pendiente en Colombia, porque la llegada y el desarrollo de esta estrategia todavía no es suficiente. Finalmente, el profesor hizo una convocatoria urgente para que todos los colombianos nos unamos alrededor de las campañas de prevención del suicidio: “el incremento de cifras geométricas de los suicidios en el país, sobre todo en personas jóvenes e incluso en niños, nos obliga a comprometernos de manera conjunta en esa tarea”.

Clínica Montserrat aumentó el 40% su capacidad instalada ante demanda creciente de servicios



La Clínica Montserrat es la única institución privada especializada en salud mental acreditada en Bogotá y la segunda en el país. En el 2023 se convirtió en el Hospital Universitario número 23 y el primero formalmente reconocido como especializado en salud mental. Y este año recibió el galardón Hospital Seguro de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), siendo la primera institución especializada en salud mental en recibirlo.



De portada

Para responder al aumento exponencial de la demanda de servicios de salud mental en la pandemia y la pospandemia entre el 2020 y el 2022, el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso-Clínica Monserrat amplió en cerca del 40% su capacidad instalada en hospitalización y consulta externa.

Omar Cuéllar Alvarado, director de la clínica, señala que desde antes de la pandemia ya se observaba esa curva creciente en la necesidad de atenciones en salud mental, que se disparó durante y después de la emergencia sanitaria: “no solamente a nivel institucional sino a nivel local, regional y mundial se observó un crecimiento de estas necesidades que llevaron al aumento constante de la consulta y a requerir mayores atenciones relacionadas con temas de salud mental. Ante ese crecimiento de la demanda de atención tuvimos que hacer una ampliación de la capacidad instalada en todos nuestros servicios de hospitalización y consulta externa casi en un 40%”.

Agrega que especialmente en el periodo 2021-2022, en plena reapertura económica después de la pandemia y luego de la retracción durante los confinamientos, se ocasionó un efecto rebote sumado al estrés colectivo de la sociedad que generó unas grandísimas necesidades de atenciones en salud mental que se ha mantenido a lo largo del tiempo en una curva creciente y que se ve reflejado en todos los servicios.

“Hace cinco años teníamos dos sedes y en la actualidad abrimos una tercera. Cuando recibí esta administración teníamos 75 camas de hospitalización en la sede principal, hoy tenemos 116 camas que incluyen una Unidad de Cuidados Intensivos adicional; es decir, tenemos dos Unidades de Cuidado Agudo Psiquiátrico que suman 30 camas, una Unidad de Cuidado Intermedio con 10 camas y una Unidad Infanto Juvenil con 20 camas. Todo esto lo hemos venido construyendo en los últimos años”, indicó el directivo.

Un aumento de la demanda se dio especialmente en la atención a menores de edad, frente a lo cual señala Cuéllar Alvarado: “antes aquí no había unidades especializa-

das para menores de edad, porque hace 6, 7 u 8 años era muy raro ver pacientes menores de edad hospitalizados, especialmente menores de 16 años; hoy en día tenemos un número habitual promedio entre 25 y 30 pacientes menores de edad hospitalizados, por lo que a pesar de tener una unidad especial de 20 camas no estamos dando abasto para atender a los que nos llegan”.

La segunda sede de la Clínica Monserrat, que funciona desde hace 30 años, es el Centro de Rehabilitación de Adicciones Campoalegre, el cual pasó de tener 11 a 17 camas y maneja ocupaciones elevadas. También ha venido creciendo la demanda de servicios en este programa, jalonada por el aumento del consumo de SPA.

Explica el director que ante el requerimiento de prestar más servicios, dada la creciente curva de necesidades de atención, hace dos años trasladaron todos los servicios ambulatorios a una tercera sede donde se tienen 16 consultorios de consulta externa de psiquiatría, salud mental y actividades relacionadas con todas las subespecialidades en psiquiatría, adicciones, pareja, familia, psicogeriatría, niños y adolescentes, terapia ocupacional, consulta de psicología, consulta de neuropsicología, psicoterapia, todas las consultas de primera vez y controles de psiquiatría.

Asimismo, se ofrece el servicio de Clínica Día, un programa de semihospitalización en clínicas diurnas especializadas donde el paciente llega a las 9 de la mañana y, dependiendo del programa, permanece mediodía o la jornada completa. En este programa se hace énfasis en el seguimiento ambulatorio, en la adaptación poshospitalaria y otros aspectos puntuales.

Explica Cuéllar Alvarado: “con este traslado a la nueva sede triplicamos la capacidad instalada de servicios ambulatorios, o sea, triplica-

mos el número de pacientes que estábamos atendiendo y que podemos recibir en las clínicas diurnas desde hace dos años. Así, la Clínica Monsestrate quedó solo con hospitalización y consulta de urgencias; todos los servicios ambulatorios de consulta externa y clínica diurna quedaron en el nuevo edificio y se mantiene el Centro de Rehabilitación de Adicciones en Campoalegre”.

Las cifras de aumento en las modalidades de consulta son las siguientes: consulta externa, incluyendo prioritaria y programada, cerró en el 2021 con 9907 consultas, mientras al 30 de septiembre del 2024 registró 14.764 consultas. Se estima que al agregar las atenciones de octubre, noviembre y diciembre, muy seguramente este año cierre con 17.000 o 18.000 consultas, casi el doble de consulta en todas sus modalidades.

En hospitalización se pasó de 29.413 noche/cama/día de hospitalización en el 2021 a 26.296 al 30 de septiembre del 2024. Considerando que el 2023 cerró con 35.364 noche/cama/día hospitalizados, se espera que en los tres últimos meses del año, que son bastante congestionados, se supere esa cifra de hospitalización en todas las modalidades. Indica el director de la clínica que realmente ha habido un crecimiento muy importante, que ha sido mucho más alto en los servicios ambulatorios porque la gente consulta más.

Y otra modalidad de atención que creció de manera exponencial fue la

Las cifras de aumento en las modalidades de consulta son las siguientes: consulta externa, incluyendo prioritaria y programada, cerró en el 2021 con 9907 consultas, mientras al 30 de septiembre del 2024 registró 14.764 consultas.

consulta virtual: “una de las ventajas que nos dejó la pandemia fue la virtualidad, que permite que mucha gente consulte con más facilidad, permitiendo llegar a otras regiones y lugares fuera de la ciudad. En psiquiatría tenemos la ventaja de que mucha parte del trabajo consiste en hablar con el paciente, escucharlo, entonces la virtualidad se presta para buena parte de ese ejercicio. Entre un 15 y un 25% de las modalidades de consulta en sus diferentes formas de prestación se lleva a cabo a través de consulta virtual”, explica Cuéllar Alvarado.

Entre los diagnósticos más frecuentes, el 60% de las atenciones en las diferentes modalidades de hospitalización y consulta externa son trastornos del afecto, y dentro de estos la depresión mayor representa entre el 50 y el 60% de la consulta. Los trastornos de ansiedad también se ubican en ese gran grupo, pues muchas veces son trastornos comórbidos; la depresión y la ansiedad colindan de manera recurrente. Entonces el 60% de la atención en la clínica es para trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.



Responsabilidad social empresarial en salud mental

Esta institución fundada hace 73 años empezó a abrirse a la comunidad hace 5 años con actividades de responsabilidad social empresarial, para atender al interés creciente de la gente de recibir información sobre cuidado de la salud mental. En estos años se desarrollaron varias líneas de trabajo, una de las cuales son las intervenciones en cerca de 100 colegios públicos y privados de Bogotá; desde psiquiatría infantil asesoran a los equipos docentes y al personal de psicología en temas de salud mental, líneas de atención y cómo buscar ayuda.

Y con multinacionales y empresas nacionales que se han percatado de que el estrés en el sitio de trabajo impacta a los trabajadores, se hacen actividades terapéuticas y de desestigmatización de la salud mental. En reconocimiento a esta labor con la comunidad empresarial, el Grupo Gelsa le otorgó en noviembre pasado el Premio Transformando País a la Clínica Montserrat, seleccionada entre más de 1000 empresas.

Con la campaña “Sin miedo a hablar” instalan tropezones en lugares estratégicos de instituciones de salud y escenarios públicos, con personas que llevan unos mensajes para hacer reflexionar al público sobre los cuidados de su salud mental. Frases como “he pensado en morirme y no le he contado a nadie en mi familia” son mensajes impactantes para sensibilizar sobre circunstancias en las que se debería buscar ayuda. Esta campaña ha sido muy exitosa y se ha llevado a muchos escenarios como el Congreso de la República.

Asimismo, en la Clínica Montserrat surgió el Observatorio de Salud Mental Positiva de la iniciativa de José Posada, experto en psiquiatría social, con el ánimo de hacer trabajo no solamente clínico y asistencial sino también comunitario. El Observatorio trabaja con la metodología de la salud mental positiva surgida en Canadá hace unos 50 años, que propone hablar de los determinantes sociales que impactan en la salud mental de la población y allí se analizan diferentes temas y se cruzan datos de fuentes oficiales para llegar a conclusiones con respecto a la

salud mental; luego se llevan esos datos para facilitar la toma de decisiones desde la política pública. Ahora en el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental de Bogotá se trabaja en la implementación de la Política Pública Distrital de Salud Mental y se está aprovechando esa información recolectada en el Observatorio.

Colombia debe aumentar la inversión en salud mental

Reitera Cuéllar Alvarado que desde antes de la pandemia ya se observaban necesidades crecientes en materia de salud mental en la población y que estas se dispararon en los últimos años. Por ello considera prudente que desde el direccionamiento público respectivo y los creadores de la política pública, se busquen mayores recursos para atender dichas demandas.

“Hace dos años la OMS dijo que los presupuestos para salud mental en los presupuestos nacionales de salud de manera general en el mundo no eran más del 3%. Era un llamado de la OMS a los gobiernos, de que cómo era posible que con un estrés creciente y colectivo que vivió la población durante y después de una situación pública como la pandemia, los gobiernos no estuvieran invirtiendo en salud mental. Colombia no es ajena a esta situación, pues a pesar de que tiene una Ley de Salud Mental y hay una propuesta de reforma a esa ley en el Congreso, los legisladores deben promover todo lo relacionado con el cuidado de la salud mental de la población; pero no es solo atender la salud mental, sino atender toda esa multiplicidad de factores que nos impactan desde los determinantes sociales. Es un trabajo multidisciplinario de brindarle seguridad y garantías al ciudadano que le permitan crecer en un entorno lo más tranquilo posible para poder desarrollar todas sus actividades.

ESTAR A TU LADO



Profamilia



BRINDARTE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Pregunta por nuestros servicios en:



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



**Laboratorio
Clínico**



Anticoncepción



Vacunación



Ginecología



Urología



Medicina General



Salud Mental

¡Agenda tu cita!

Línea Nacional: 300 912 4560

Chat Emilia: 318 531 0121

profamilia.colombia

@profamiliacol

Profamilia Colombia

profamilia.colombia



profamilia.org.co

Es una invitación al Gobierno nacional, al Congreso de la República y a los encargados del diseño de políticas públicas de pensar todos esos factores, porque mientras exista más estrés, la población se enfermará más en temas mentales”, concluyó Cuéllar Alvarado.

Reforma a la salud mental con enfoque promocional empezaría a regir en 2025

Luego de ser aprobado por unanimidad en sus cuatro debates, el Proyecto de Ley 029 del 2024-Senado, que modifica la Ley 1616 del 2013 y busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a NNA y jóvenes mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al precepto del artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de Vida y la estrategia y principios de la APS.



Olga Lucía Velásquez, representante a la Cámara y quien ha liderado esta iniciativa, afirmó que lo más relevante de esta reforma es el enfoque promocional: “en la Ley 1616 del 2013 la salud mental estaba muy patologizada, muy centrada alrededor de las patologías, y en cambio aquí tenemos más promoción de la salud mental, partiendo de que es mejor prevenir que curar. Por ejemplo, en nuestro país en los últimos 10 años gastamos 56.500 millones de

dólares en rehabilitación y tratamiento de personas que intentaron quitarse la vida; es decir, el intento de suicidio generó en los últimos 10 años un costo adicional al sistema de salud de 56.500 millones de dólares. Entonces tenemos que hacer más acciones preventivas”.

La congresista hace énfasis en la necesidad de diferenciar salud mental y trastornos mentales: “en la medida en que cada colombiano haga conciencia de la importancia de la salud mental en su propia vida, en la de su familia, va a autocuidarse y a tener nuevas prácticas más saludables. Hay que tener claridad sobre la salud mental como un estado dinámico de bienestar, de identificar los riesgos, superarlos y encontrar el proyecto de vida, tener buenas relaciones unos con otros, comunicación asertiva. Y trastornos mentales son las enfermedades mentales: en el mundo el 5% de la población sufre depresión y el 18% padece o padeció en algún momento depresión. La ansiedad e intentos de suicidio generan discapacidades en muchas personas. Entonces el tema de salud mental es preventivo; hacer esa diferencia entre salud mental y trastorno: tenemos que prevenir y combatir los trastornos, y tenemos que fomentar la salud mental”.

Lo que trae la reforma a la Ley de Salud Mental

Entre los 33 artículos distribuidos en 8 capítulos, se distinguen los siguientes aspectos relevantes:

1. *Fortalecimiento del enfoque educativo en salud mental.* Se implementarán programas de salud socioemocional en colegios y universidades. Docentes, personal educativo y padres de familia recibirán capacitación para identificar señales tempranas de trastornos mentales en el estudiante y se promoverán actividades que fomenten bienestar emocional.

2. *Creación del Mes de la Salud Mental en octubre.* Octubre se institucionaliza como el Mes Nacional de la Salud Mental para realizar campañas de sensibilización y prevención, y todas las entidades del orden nacional presentarán informes sobre el estado de la salud mental. Esto permitirá medir avances y establecer prioridades anualmente en la agenda pública.

3. *Red Nacional y Territorial de Salud Mental.* Se creará una red mixta de prestación de servicios de salud mental en los ámbitos nacional y territorial. Esta red garantizará la oferta de servicios especializados en todo el país, coordinando esfuerzos entre las instituciones públicas y privadas para atender las necesidades de las comunidades urbanas y rurales.

4. *Derecho a la atención integral e integrada en salud mental.* Busca garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud mental, desde la promoción y la prevención hasta el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Estos servicios estarán disponibles en todos los niveles de complejidad, asegurando continuidad y calidad en la atención.

5. *Involucramiento de la comunidad mediante agentes comunitarios en salud mental.* Se capacitarán líderes comunitarios como agentes en salud mental que trabajarán en sus comunidades para promover prácticas saludables, vincular a las personas con los servicios de salud y fomentar entornos protectores, en coordinación con las instituciones pertinentes.

6. *Recursos directos para salud mental mediante un trazador presupuestal.* Se establece un trazador presupuestal que permitirá identificar de forma clara los recursos destinados a la salud mental dentro de los presupuestos públicos, para garantizar que lleguen los fondos necesarios a los programas y servicios pertinentes.

7. *Protección contra el estigma y la discriminación.* Se establecen medidas claras para eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales. Se garantizará

que reciban un trato digno en todas las instituciones y espacios de la sociedad, protegiendo sus derechos fundamentales y promoviendo su integración social.

8. *Observatorio Nacional de Salud Mental.* Se creará un observatorio que monitoree y evalúe continuamente indicadores de salud mental en el país, proporcionando información actualizada para orientar la toma de decisiones y diseñar políticas públicas más efectivas.

9. *Tres días libres remunerados por salud mental.* Los trabajadores tendrán derecho a tres días de descanso remunerados al año si presentan afectaciones emocionales que impacten su desempeño laboral. Deben ser prescritos por un profesional de salud mental, para que el empleado disponga de tiempo para su recuperación sin afectar su estabilidad económica.

10. *Incorporación de programas de atención en salud mental en el sistema penitenciario.* Se busca asegurar que las personas privadas de la libertad reciban atención integral en salud mental. Y se implementarán programas en el sistema penitenciario para acompañar procesos de resocialización, garantizando trato digno y fomentando el bienestar emocional.

También se destacan otros aspectos:

- *El talento humano en salud mental tendrá derecho a la objeción de conciencia* y a negarse a participar en prácticas que considere contrarias a su ética profesional o convicción.
- *Red integral de prestación de servicios de salud mental.* Para tener una puerta de entrada a la red, el primer nivel de atención deberá implementar un enfoque biopsicosocial con el fin de promover los entornos protectores en función de la prevención de trastornos o enfermedades mentales. Las redes integrales deberán aplicar campañas de promoción en salud mental con énfasis en autocuidado, con el debido seguimiento y evaluación de metas.
- *Mejoramiento continuo del talento humano.* Prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende servicios de salud mental en nuevos méto-



dos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial. La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) vigilará el cumplimiento e informará al Ministerio de Salud y Protección Social.

- *Talento humano en atención primaria y prehospitalaria.* Miembros del equipo de atención primaria y prehospitalaria en salud mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. Los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano de atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y el fortalecimiento continuo de competencias y capacitación en salud mental comunitaria o campos del bienestar psicosocial, así como en el manejo de urgencias psicológicas y psiquiátricas. El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará estrategias con los entes territoriales para la convocatoria y capacitación de agentes comunitarios en salud mental en los programas.
- *Recursos para la prevención de enfermedades o trastornos mentales y la atención y cuidado de la salud mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social creará la subcuenta y el trazador presupuestal para proyectar y cubrir el gasto específico como el presupuesto requerido anualmente para la atención integral en salud mental como la promoción y la prevención, en concordancia con el Marco Fiscal a Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.
- *Instancia directiva para salud mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social creará una instancia de nivel directivo de Salud Mental a cargo del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios para hacer efectiva una política integral de salud mental.

El proyecto se construyó en el 2023 con la colaboración virtual de miembros de aproximadamente 60 organizaciones como el Colegio Colombiano de Psicólogos y la Red de Apoyo en Salud Mental, y más de 120 representantes de la sociedad civil. Se conformaron siete mesas de trabajo y luego tres mesas de validación, y con dos formularios se recogieron comentarios de la ciudadanía antes de radicar el documento final acumulado con cinco

proyectos ante la Cámara de Representantes el 25 de julio del 2023. La participación activa de los ciudadanos y las entidades fue fundamental para proponer una transformación cultural que permita avanzar poco a poco en la eliminación del estigma de la enfermedad mental.

En ningún debate recibió votos negativos y en todos fue aprobado por unanimidad, resalta la representante Velásquez: “es un tema de convicción, de vida. Tenemos que trabajar por el bienestar y la salud mental de todas las personas, los individuos, las familias, la comunidad. Si trabajamos todos en beneficio de nuestra salud mental, vamos a tener un mejor país”.

Reitera que es fundamental el enfoque comunitario, porque la salud mental no es solo individual; también es familiar y comunitaria: “son fundamentales los primeros auxilios en salud mental para la comunidad, todos tenemos que aprender a sortear dificultades, tener habilidades para la vida. Tenemos que hacer grandes transformaciones sociales como país para tener mejor salud mental, porque la [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico] OCDE dice que un país con adecuada salud mental produce 4 puntos por encima del PIB, pero hoy gastamos 4,4 puntos más según el Consejo Colombiano de Seguridad por tener una carga de enfermedad mayor a la de otros países”.

Explica que se da un paso fundamental al logro de la salud mental, no solo por la protección a la población sino por la promoción del bienestar integral que beneficiará a generaciones futuras: “estamos creando desde el Congreso un entorno más seguro y saludable para todos al proteger la salud mental de nuestra población. Estamos construyendo un país donde cada individuo pueda alcanzar su máximo potencial, contribuyendo así al desarrollo nacional”.

Y agrega: “este es el primer paso para un cambio trascendental en la forma en que tratamos la salud mental en nuestro país. Queremos darle a la ciudadanía las garantías que necesita para recibir atención que responda a sus necesidades y contextos, así como adecuada prevención y promoción para tener una buena salud mental. Que no solo esté libre de enfermedades, sino que también le permita vivir una vida plena”.

La congresista concluyó: “cada persona debe hacer conciencia de la importancia de la salud mental en su vida, en la de su familia y en la comunidad. Si cada uno es consciente de la importancia de la salud mental en su vida, va a autocuidarse, a protegerse y a proteger a las personas alrededor. Si somos conscientes de que cada hora en nuestro país 12 personas están siendo víctimas de violencia intrafamiliar y que

al día 300 personas son víctimas de violencia intrafamiliar, que cada hora 5 personas intentan quitarse la vida y cada noche 120 personas intentaron quitarse la vida, y cada día 9 personas se quitan la vida porque sienten que no hay otra salida a su sufrimiento, el día que entendamos que estas no son cifras sino personas, son María, son Juan, son Pedro, personas que tienen familias que quedan devastadas, personas que no encontraron alternativas en una sociedad que solamente premia al que le va bien, pues nos tenemos que replantear como sociedad. Tenemos una bomba de tiempo en nuestras manos y si no hacemos nada se puede estallar hasta en nuestra familia; debemos hacer conciencia antes de que llegue a nuestra familia, no esperemos a que llegue ese momento, actuemos ya, y todos podemos actuar desde donde estamos, no necesitamos ser psicólogos o psiquiatras para dar una voz de aliento, para dar una palabra adecuada, para dar un abrazo. Necesitamos hacer conciencia de la importancia de la salud mental en nuestra vida y en la vida de nuestra familia y de nuestra comunidad”.

10 recomendaciones de *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas (NASMA)*

Reconociendo que los responsables de las políticas necesitaban una orientación sobre las prioridades inmediatas, la OPS conformó la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 con 17 miembros que representan a gobiernos, organizaciones de salud, sector académico, sociedad civil y expertos. Tras analizar los efectos de la pandemia y soluciones innovadoras basadas en buenas prácticas en el contexto pre-pandemia, los comisionados señalaron algunas esferas prioritarias y consultaron a las principales partes interesadas y expertos para formular recomendaciones. El resultado de su evaluación es el documento *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas (NASMA)*, publicado en el 2023, que hace las siguientes 10 recomendaciones:

1. Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional.
2. Integrar la salud mental en todas las políticas.
3. Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental.
4. Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.
5. Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida.
6. Mejorar y ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario.
7. Fortalecer la prevención del suicidio.
8. Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental.
9. Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental.
10. Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental.

Referencias

Congreso de la República de Colombia (2024). Proyecto de Ley 029 del 2024-Senado, 014 del 2023 Cámara acumulado con los Proyectos 080 del 2023; 143 del 2023; 261 del 2023; 268 del 2023 y 151 del 2023 de Cámara “por medio del cual se modifica la ley 1616 del 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o Enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la Salud mental”. Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2024). Proyecto de Ley 145 del 2024-Cámara, “por medio del cual se modifica la Ley 1917 del 2018 con el fin de mejorar las condiciones laborales, prevenir el maltrato, establecer canales de denuncia y promover la salud mental de los residentes médicos en Colombia”-Ley Doctora Catalina. Congreso de la República de Colombia.

Cova, F. (2021). ¿Problemas de salud mental o trastornos mentales? Una distinción ilusoria. *Praxis Psy, Verano 2021(36)*, 1-125.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). *Encuesta Pulso Social. Octava ronda*. DANE.

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023). *Forensis 2022*. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Martín Peñuela, P. S. (2014). *Suicidios en Colombia, así van las cifras del 2024*. Universidad de La Sabana.

McDouall, J. (2014). *Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental. Propuesta conceptual, metodológica y operativa*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Montero, J. P. y Liévano, D. J. (2022). ¿Qué es lo normal en salud mental? Discusiones sociocríticas y neurocientíficas de los trastornos mentales [curso de vacaciones]. Universidad de los Andes.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Atlas recursos de salud mental en el mundo 2001*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS/OPS.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS/OMS.



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Revista Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



Información:

comunicaciones@achc.org.co
publicidadhospitalaria@achc.org.co

Celular:

310 2616106 – 315 2031887

Fijo: 601-3124411

¡Paute con nosotros!

Las faltas de respeto en los hospitales: un problema que requiere intervención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la violencia y el acoso en el trabajo como un riesgo laboral de los trabajadores del sector salud. El trabajo en salud es considerado uno de los más estresantes y la literatura norteamericana refiere que quienes laboramos en esa área estamos cinco veces más expuestos a agresiones que en otras ocupaciones y profesiones. En los hospitales, en particular, lidiamos con la muerte, la tristeza y la desesperanza, y nuestra tarea es hacer el camino de los pacientes y sus familias menos tortuoso tratando de no hacernos daño nosotros mismos; aun así, inevitablemente, nos exponemos a tensiones físicas y psicológicas.

Pero si bien estamos expuestos a factores estresantes, también estamos obligados a ser respetuosos con los pacientes y sus familias y con nuestros compañeros de trabajo; sin embargo, en las últimas décadas el respeto en los hospitales ha tomado mucha importancia por las implicaciones que ha demostrado tener sobre la salud mental de los trabajadores de salud, la recuperación de los pacientes y el clima laboral de los hospitales, entre otros aspectos.



En la literatura se encuentran numerosos artículos científicos en los que se ha estudiado las faltas de respeto bajo diferentes denominaciones: incivilidad, violencia, agresividad, abuso, son algunos términos usados para referirse a un amplio espectro de faltas de respeto que bajo algunas definiciones incluyen conductas delictivas como el abuso sexual. Todas estas definiciones se centran principalmente en la afectación de quienes reciben las faltas de respeto. Sin embargo, en la década de los noventa se empezó a usar un nuevo término para referirse a estas faltas de respeto: *comportamientos o conductas disruptivas*.

Los comportamientos disruptivos son definidos como interacciones personales irrespetuosas que ocurren entre los miembros del equipo

Gloria Lucía Arango Bayer

Docente titular, facultad de enfermería,
Universidad Nacional de Colombia.
Sede Bogotá.

Angélica Villalba Matamoros

Médica, epidemióloga, Hospital
Simón Bolívar, Subred Norte E.S.M

Todos podemos tener un mal día y ser disruptivos en algún momento, sin intención, por la alta carga emocional de la jornada, problemas de salud o situaciones personales o familiares que nos afectan. Sin embargo, que en algún momento seamos irrespetuosos no nos hace ser reconocidos como personas disruptoras o disruptivas.

de salud y que afectan la seguridad del paciente y la calidad de la atención. El término *disruptivo* se usa para hacer énfasis en la interrupción del flujo regular de la atención en salud que se presenta o podría presentarse a causa de estas conductas. Esta definición, a diferencia de otras, pone un acento en las repercusiones que pueden tener las inadecuadas interacciones entre los miembros del equipo de salud sobre los desenlaces en el paciente; además, por supuesto, de reconocer las implicaciones en los proveedores de la atención y en la propia institución hospitalaria.

Una de las dificultades para trabajar en este asunto es que no hay mucha claridad en relación con aquello que tendría que considerarse como comportamiento disruptivo. Algunos autores, por ejemplo, consideran disruptivas las conductas repetidas como el acoso laboral y sexual, es decir, no se centran en un episodio o en un momento disruptivo, sino que tienen en cuenta como este tipo de

comportamiento la repetición de dichos episodios por parte de la misma persona, lo que requiere hacer una aclaración entre un episodio disruptivo y una persona disruptiva.

Todos podemos tener un mal día y ser disruptivos en algún momento, sin intención, por la alta carga emocional de la jornada, problemas de salud o situaciones personales o familiares que nos afectan. Sin embargo, que en algún momento seamos irrespetuosos no nos hace ser reconocidos como personas disruptoras o disruptivas. Se reconoce a una persona disruptiva porque sus interacciones habituales muestran falta de respeto. Por ejemplo: alguien que con frecuencia acude a la vulgaridad para expresarse, que regularmente no responde las llamadas o consultas que se le hacen durante la jornada laboral, que habitualmente recarga su propio trabajo a los otros, puede distinguirse bajo esta denominación.

No obstante lo anterior, es importante aclarar que no siempre los comportamientos disruptivos son intencionales; en ocasiones hay faltas de respeto que se cometen sin intención de hacer daño a otro.

La preocupación por estudiar estas conductas surgió en Estados Unidos. El doctor Alan Rosenstein observó que las enfermeras renunciaban a sus trabajos aduciendo como razón las faltas de respeto de los médicos. Esta observación dio origen a una serie de trabajos en los que el doctor Rosenstein ha examinado el fenómeno en instituciones hospitalarias de ese país.

Inicialmente se hacía referencia al *médico disruptor*, pues se consideraba que eran los médicos quienes con su comportamiento alteraban la dinámica de la atención en salud por sus faltas de respeto. Artículos publicados en las décadas de los ochenta y noventa del siglo XX usaban este término. La AMA lo incluye en su Código de Ética para referirse a actos del médico que afectan negativamente al paciente o la capacidad de trabajar con el resto del equipo de salud y lo diferencia de la crítica de buena fe, que busca mejorar la atención del paciente.

Pero progresivamente el estudio de estos comportamientos se ha extendido a trabajadores de salud e incluso a otros colaboradores de los hospitales. Se suman además las faltas de respeto *institucionalizadas o sistemáticas* que, desafortunadamente, no son infrecuentes en nuestros hospitales y quizás por ello son consideradas normales: la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos físicos, las jornadas o turnos prolongados, la falta de insumos para poder hacer el trabajo bien, entre otras. Más recientemente se han considerado también las faltas de respeto desde y hacia los pacientes, si bien su estudio suele considerarse por separado.

¿Cómo se clasifican los comportamientos disruptivos?

Aunque existen diversas clasificaciones de los comportamientos disruptivos, lo cierto es que varias coinciden en reconocer unas conductas o comportamientos como faltas de respeto evidentes. Esto incluye la grosería, la vulgaridad, los gritos, lanzar objetos, entre otros.

Hay otras más sutiles, que tienen el mismo efecto. Algunos autores las reconocen como conductas pasivo-agresivas, pasivas, microa-

gresiones o como conductas pasivas. Al margen de su denominación, son conductas no profesionales que interfieren en la atención. Estas conductas incluyen negarse o llegar tarde al turno o a las reuniones programadas, mostrarse impaciente con preguntas, estar pendiente del teléfono durante las reuniones y los comentarios despectivos derivados de los prejuicios.

El trato humillante a personas de menor jerarquía, como enfermeros y estudiantes, ha sido incluido en algunas de estas clasificaciones, al igual que el trato displicente a los pacientes y las conductas disruptivas institucionalizadas que, como se mencionó, incluyen programación inapropiada de horarios, no permitir el adecuado descanso, entre otras.

¿Cuáles son las causas de los comportamientos disruptivos?

En el estudio de las conductas o comportamientos disruptivos se han reconocido causas endógenas de la persona disruptiva, así como causas exógenas de la institución en la que se presentan estos comportamientos.

Entre las causas endógenas se mencionan, particularmente entre los médicos, el narcisismo y otros rasgos de personalidad. El abuso de sustancias, las enfermedades mentales, los antecedentes de victimización, la inseguridad frente a las propias capacidades, el considerarse con más poder y la ansiedad que generan altas cargas de trabajo son otras causas de esta naturaleza.

En cuanto a las causas exógenas, en estas se incluyen las culturas empujadas de los hospitales, en las cuales pesa más el poder que el argumento, la cultura de la tolerancia a estas conductas, las presiones por la productividad y la sobrecarga de trabajo. También la inadecuada programación de los turnos y los equipos de trabajo poco cohesionados contribuyen a que esto ocurra.

La jerarquía en los hospitales ha mostrado ser un factor relevante que contribuye a que se presenten los comportamientos disruptivos. Esas estructuras informales y formales

de poder pueden facilitar su ocurrencia e incluso normalizarlas, haciéndolas parecer como parte de la rutina.

Adicional a esto, la investigación científica ha mostrado que hay servicios en los hospitales que son más proclives a los comportamientos disruptivos, por sus particularidades. La incertidumbre en servicios de urgencias, en salas de cirugía y en gineco-obstetricia, por ejemplo, es un factor que puede hacer más irritables a las personas y, por tanto, más predisuestas a estos comportamientos.

¿Por qué debemos intervenir sobre los comportamientos disruptivos?



Los comportamientos disruptivos no solo tienen implicaciones sobre quien recibe las faltas de respeto; su ocurrencia afecta también a los equipos de trabajo, a las instituciones hospitalarias y a los pacientes.

Las afectaciones para la salud física y mental de los integrantes del equipo de salud son dramáticas: *burnout*, depresión, alteraciones del sueño y la alimentación, ansiedad y problemas musculoesqueléticos son solo algunas de ellas. Se presenta desmotivación e insatisfacción con el trabajo, así como deseos de renunciar a él y a la profesión u ocupación que se ejerce.

En los equipos de trabajo, los comportamientos disruptivos afectan la moral del equipo, la colaboración entre sus miembros, la disposición a cooperar y a compartir información relevante, de modo que la comunicación y la coordinación, esenciales en el proceso de atención, pueden verse seriamente afectadas.

Esto a su vez genera ineficiencias para los hospitales, no solo porque los efectos en los individuos pueden proyectarse en reducción de la productividad, quejas y demandas, sino también por el aumento del ausentismo y del presentismo y las dificultades para retener a los colaboradores; esto sin contar con el abandono del puesto, un fenómeno que parece ir en aumento.

Pero merecen especial atención los efectos de los comportamientos disruptivos en los pacientes, quienes justamente han depositado en nosotros

su confianza de que recibirán la mejor atención posible. Las consecuencias de estos comportamientos para ellos pueden llegar a ser fatales. La ausencia de comunicación y cooperación del equipo que resulta de las faltas de respeto, así como la nula retroalimentación sobre los cambios en la condición de los pacientes terminan conduciendo a errores y eventos adversos, incluso a la muerte; los errores en la medicación aumentan, al igual que los retrasos en el proceso de atención, afectándose la seguridad del paciente.

Como es de esperarse, las fallas en el proceso de atención pueden resquebrajar la confianza de los pacientes y sus familias, lo que puede conducirlos a ser irrespetuosos con los proveedores de salud haciendo mayor el problema, puesto que se pueden terminar sumándose a una dinámica interna de hostilidad.

Conscientes de las muchas implicaciones de los comportamientos disruptivos y de su gravedad, en Estados Unidos la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud expidió en el 2008 una alerta a partir de la cual las instituciones deben tomar medidas para evitar y manejar este tipo de conductas, que también tienen importantes efectos en las personas que están en proceso de formación en los hospitales. Una investigación cualitativa finalizada recientemente así lo evidenció.

En dicho estudio se entrevistó un total de 23 personas (13 internos y 10 residentes) que se encontraban haciendo su formación en instituciones hospitalarias del país, con edades entre los 23 y los 45 años. Todos refirieron haber experimentado y también observado varios comportamientos disruptivos durante su formación en el internado y en la residencia.

Dentro de dichos comportamientos se encuentran el abuso de poder, humillaciones

(gritos, apodos, sacar del servicio), agresiones sexuales (desde comentarios e insinuaciones hasta tocamientos inapropiados e incluso chantajes), recargar el trabajo propio a otros y especialistas tanto como profesores que se niegan a enseñar a los internos y residentes son algunas de las faltas de respeto que con más frecuencia fueron referidas por quienes participaron en el estudio.

Los entrevistados reconocen que la formación de sus docentes o de los superiores, las relaciones de poder y jerarquía que son evidentes desde que se inicia la formación y que se repiten de generación en generación, explican en buena medida estas conductas. Cabe resaltar que otras causas como las relaciones interpersonales y el hecho de simpatizar o no con un docente puede hacer agobiante la experiencia del internado o la residencia.

En esta investigación se encontró que cuando una persona recibe u observa una falta de respeto en el escenario hospitalario la gran mayoría de las veces, tanto las víctimas como los observadores, guardan silencio por temor a represalias, lo que ha convertido la práctica de la profesión médica en un ejercicio de obediencia y resignación. Algunos de los entrevistados manifestaron que muchos de los afectados por estas situaciones buscan inicialmente apoyo en sus familias, alertando sobre el riesgo de enfrentarse a episodios y, sobre todo, a personas disruptivas.

Las consecuencias para quienes están en entrenamiento médico no son menores. Los entrevistados reportan alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación y, en casos más graves, afectación mental (sentimiento de frustración o angustia, ideación suicida, gesto suicida y tristemente suicidio), deseos de retiro del internado o la residencia, falta de interés por estudiar o aprender, cambio de lugar de rotación, así como abandono y desprecio por la carrera en varias ocasiones.

Todo lo anterior trae también, como se mencionó, consecuencias negativas para la institución y, más importante aún, para los pacientes, poniendo en riesgo su seguridad y afectando la calidad de la atención por las fallas en la comunicación y el ambiente hostil del equipo, por



cansancio o por sobrecarga de trabajo. A ello se suma el riesgo de mala praxis.

Además de lo anterior, se ha mencionado afectación de la relación médico-paciente generando desconfianza por parte de los pacientes y muchas veces incredulidad con el tratamiento que indica la persona en formación.

Finalmente, las instituciones educativas ven afectada su imagen en vista de la falta de mecanismos para denunciar este tipo de conductas, así como la falta de acciones efectivas cuando las denuncias son recibidas.

¿Cómo manejar esta problemática en los hospitales?

Fomentar una cultura de amabilidad y respeto en los hospitales no resulta fácil, en especial si ya se ha instaurado una cultura contraria, en la que la hostilidad hace parte del trabajo cotidiano.

Tener una política de cero tolerancia a las faltas de respeto en los hospitales es un paso importante para prevenir y manejar los casos y para construir una cultura de respeto. Esta política requiere precisar en códigos, reglamentos o manuales qué se considera como falta de respeto, para evitar vacíos y ambigüedades que puedan mantener a la sombra algunas de estas conductas. Requiere además establecer con precisión las formas de respeto, seguimiento y sanciones a las conductas, de manera que tanto quienes cometen las faltas de respeto como quienes las reciben sepan que la institución tiene claro cómo actuar frente a los episodios y frente a las personas disruptivas.

Evidentemente, los procesos de contratación en los hospitales desempeñan un papel importante en este asunto, por lo que ha de prestarse atención a los antecedentes del comportamiento de los candidatos a los diferentes cargos en los hospitales. Las entrevistas y la conversación con antiguos empleadores sobre las interacciones de los candidatos pueden parecer costosas en los procesos de selección, pero su costo podría ser menor frente a los que genera una persona disruptiva en un hospital.

En el proceso de inducción debe presentarse la política de cero tolerancia a las faltas de respeto. Para garantizar que esto se ha comprendido, al igual que con otros temas y requerimientos del hospital, puede hacerse una prueba de verificación al candidato.

La concientización sobre la importancia del respeto en la institución debe ser parte de las estrategias para la prevención de los comportamientos disruptivos. Esto, eventualmente, requiere intervenir también factores endógenos con talleres para manejo del estrés y de los conflictos, por ejemplo.

Para el manejo de los episodios, cuando se presenten, se sugiere llevar un registro detallado, al cual se tenga acceso restringido. El conocimiento y el seguimiento de los casos ha de manejarse con prudencia y alto sentido humano. Las sanciones a comportamientos de este tipo deben hacerse efectivas demostrando que efectivamente no se toleran.

El trabajo sobre comportamientos disruptivos debe incluir la revisión del propio hospital de aquellos institucionalizados, que influyen en la ocurrencia de los demás tipos de comportamientos. Los hospitales necesitan autoexaminar sus políticas, prácticas y procedimientos en términos de carga de trabajo, duración de la jornada laboral, periodos de descanso de los trabajadores, y reconocer si hay presiones a la productividad que estén detonando estos comportamientos.

Por supuesto, la transformación de la cultura organizacional es un proceso largo, que requiere perseverancia y paciencia, pero sobre todo coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. La mejor manera de promover el respeto en los hospitales es demostrando a los colaboradores que la organización los respeta y los valora. **III**

1.º Encuentro de Agregación de Valor a la Atención del Paciente reunió a entidades hospitalarias que avanzan en la transformación de la atención en el país

En el marco del programa de Formación de Herramientas para la Implementación de Atención en Salud Basada en Valor, de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y Johnson & Johnson Medtech, los pasados 28 y 29 de octubre se realizó en Bogotá el 1er. Encuentro de Agregación de Valor a la Atención del Paciente, en el que 22 hospitales y clínicas colombianos presentaron los avances y resultados iniciales en la puesta en marcha de este modelo de atención, en diversas patologías que atienden estas instituciones.

“Hace tres años, en plena pandemia, acuñamos un concepto que quiero destacar hoy: la gestión de la generosidad. En aquel entonces fuimos generosos al compartir conocimiento, unir esfuerzos y buscar soluciones conjuntas. Este programa sigue esa línea, con la convicción de que la generosidad no debe ser solo voluntad, sino técnica para lograr resultados sostenibles... Lo especial de este programa es que no es una petición, sino una oferta que hacemos como sector para contribuir al país y al sistema de salud. Este enfoque re-

fleja madurez: dejamos de esperar y nos enfocamos en lo que podemos aportar desde nuestro conocimiento para construir una realidad diferente”, explicó Juan Carlos Giraldo Valencia, director general de la ACHC, en el conversatorio de inicio del Encuentro.

En este espacio académico, que se desarrolló en el auditorio Carlos Francisco Corredor de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, entidades hospitalarias públicas y privadas de diferentes regiones y niveles de complejidad como el Hospital Universitario Nacional, el Hospital Militar Central, Javesalud, el Hospital Universitario Méderi, la Clínica Reina Sofía, la Clínica Palmira S. A., la Clínica de Occidente, la Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia (Orlant), la Fundación San José de Buga, Davita, el Hospital Departamental Tomás Uribe, el Instituto de Niños y Ciegos, la Clínica Universitaria Bolivariana, la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, el Hospital Pablo Tobón Uribe, el Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, el Hospital Infantil Los Ángeles, Profamilia Barranquilla, la Clínica de la Costa y la Clínica San Juan de Dios-La Ceja, presentaron





los resultados que han alcanzado con la implementación de la atención basada en valor en la atención del parto, así como en enfermedades cardiovasculares y oncológicas y patologías de ortopedia, otorrinolaringología, salud reproductiva, salud mental y el cuidado paliativo en la última etapa de la vida, entre otros.

Juan Camilo Giraldo, director de Eticom Johnson & Johnson Med Tech región Norte Latam, indicó: “es importante aprender a balancear el corto y el largo plazo. No son conversaciones excluyentes. Si no resolvemos lo urgente, nunca llegaremos a construir lo importante. Sin embargo, enfocarse únicamente en la coyuntura limita la visión a futuro. Este programa nos ayuda a encontrar un equilibrio y motiva a nuestras organizaciones a pensar más allá de los problemas inmediatos”, y agregó: “sabemos que movilizar instituciones no es fácil. Muchas veces los proyectos no son la prioridad para todos, pero a través de nuestras redes y el aprendizaje colec-

tivo hemos logrado avanzar. Este es un punto de partida para algo mucho más grande. Es nuestra manera de dejar un legado al sistema”.

Las entidades participantes en esta primera cohorte en el desarrollo del encuentro coincidieron en afirmar que este programa les permitió fortalecer sus procesos de atención, implementar nuevas acciones para satisfacer la necesidad de los pacientes, tener procesos más eficientes, robustecer la calidad y entregar una atención integral que empieza a mostrar mejores resultados en la salud de las personas.


Este encuentro fue el escenario de cierre de la primera cohorte del proceso de formación que emprendió la ACHC y Johnson & Johnson Medtech en agosto del 2023, con el objetivo de formar a profesionales de las entidades afiliadas a la Asociación en los principales conceptos de este innovador modelo de atención, acompañar a las entidades que ya estaban gestionando el cambio hacia la atención

basada en valor a fortalecer sus procesos y a las que aún no habían iniciado, ayudarlas a identificar cómo hacerlo.

Desde la ACHC y Johnson & Johnson la invitación final fue a seguir trabajando al interior de las instituciones en la expansión de este modelo a otras patologías, integrando todos los niveles de la organización, y hacia afuera a buscar las alianzas con los grupos de usuarios y con las diferentes instancias del sector para seguir transformando juntos el sistema de salud.

Al cierre de encuentro el director general de la ACHC reiteró el agradecimiento a todas las entidades que participaron en esta cohorte, especialmente a las que abrieron sus puertas

para llevar a cabo las sesiones presenciales en cada ciudad donde se adelantó la formación: la Clínica Universitaria Bolivariana en Medellín, el Instituto de Niños Ciegos y Sordos en Cali, la Clínica de la Costa en Barranquilla y el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, para el desarrollo del encuentro. “Gracias a todos por hacer la diferencia en este sector. Hoy es solo el comienzo de algo que nos inspira a seguir adelante con determinación y esperanza”, concluyó el Dr. Giraldo.

En febrero del 2025 se dará inicio a la segunda cohorte de formación en herramientas para implementar atención en salud basada en valor, nuevamente bajo el liderazgo técnico de Carmen Elisa Núñez, directora asociada y líder del equipo de Economía de la Salud & Acceso a Mercados en el Northern Clúster de Johnson & Johnson. 

ACHC pidió acciones inmediatas al Gobierno nacional para dar solución a la crisis financiera de las IPS

En una comunicación enviada al ministro de Salud y Protección Social, Guillermo Alfonso Jaramillo, y al superintendente Nacional de Salud, Giovanni Rubiano, la ACHC pidió que se implementen medidas de mantenimiento y otras de emergencia para garantizar el funcionamiento y la operación continua del sistema asistencial y de prestación de servicios, ya que la crisis financiera del sistema de salud se ha agravado significativamente en el último semestre: “según el más reciente estudio de cartera, las cifras de deuda se han incrementado de manera significativa, pasando de 16,8 billones de pesos a 18,9 billones de pesos en solo un semestre; la morosidad que venía estando en un nivel alto (54%) ha empeorado un punto

y ahora alcanza el 55%”, expone la misiva (véase el estudio en la sección “Cifras del sector”).

La ACHC insiste en la necesidad de implementar un plan extraordinario de liquidez, que contemple el fortalecimiento del giro directo, mecanismo diseñado para asegurar el flujo de recursos a las IPS, que aún no ha logrado el impacto esperado: “se tiene que obligar sin más miramientos, a todas las entidades a la disposición y postulación completa del recurso. En el mismo sentido de lo anterior, el restante porcentaje no puede quedar en la tesorería de las EPS; se tiene que obligar a las entidades a utilizar la totalidad de los recursos para la prestación, descontando los puntos que corresponden a la administración”, explica la ACHC en su comunicación.

Entre las propuestas de la Asociación también se incluyen la compra de cartera, nuevas líneas de crédito a



La ACHC calificó de inaceptable que los procesos administrativos en estas entidades generen interrupciones en los pagos, lo que afecta tanto a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) como a los pacientes. Advirtió que cualquier retraso adicional en las transferencias de recursos pone en peligro la atención a la población.

través de Findeter; la liberación de reservas técnicas de las entidades promotores de salud (EPS), estimadas en 5 billones de pesos, y la reorientación de recursos de fuentes como el IVA social. Estas medidas, según el gremio, son urgentes para garantizar la estabilidad financiera de las IPS y el pago a su personal, especialmente en el cierre del año.

Otro punto clave planteado es la necesidad de garantizar el flujo continuo de recursos, incluso en EPS intervenidas. La ACHC calificó de inaceptable que los procesos administrativos en estas entidades generen interrupciones en los pagos, lo que afecta tanto a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) como a los pacientes. Advirtió que cualquier retraso adicional en las transferencias de recursos pone en peligro la atención a la población, especialmente en un contexto de alta demanda de servicios. “En este inmediato plazo urgimos al Ministerio de Salud, a la Superintendencia de Salud para que imparta precisas instrucciones a todos los interventores de dar continuidad a los procesos anunciados y a los compromisos y acuerdos pactados con la red de prestadores de servicios de salud”, puntualiza el gremio en su solicitud.

El director general de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, subrayó que el flujo oportuno de recursos no debe depender de si las EPS están intervenidas o no, ya que cualquier interrupción en los pagos afecta directamente

la atención a los pacientes y la sostenibilidad del sistema. Además, solicitó al Gobierno y a la Contraloría General de la República aclarar interpretaciones sobre la anualidad de la unidad de pago por capitación (UPC) para evitar retrasos en el giro de los recursos, el cumplimiento de las obligaciones y a la vez convertirse en un asidero para nuevas excusas por parte de algunos infractores crónicos a las normas de flujo de recursos del sistema de salud.

Con esta carta, la ACHC reitera la urgencia de adoptar un curso de acción inmediato y efectivo, haciendo énfasis en que el sector salud no puede esperar más. Se espera que las decisiones que se tomen permitan superar estas dificultades y garantizar la continuidad y normalidad asistencial.

Posterior al envío de esta comunicación y ante las inquietudes manifestadas por los prestadores sobre los pagos de noviembre por parte de la EAPB intervenidas a su red de prestadores, el director de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, asistió a una reunión convocada por el superintendente Nacional de Salud, Giovanni Rubiano García, en la que además asistieron los agentes interventores de las EPS intervenidas, el señor viceministro de Salud y Protección Social, el director de la Adres, algunos funcionarios de la Supersalud y la ACHC y la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI) como representantes de las IPS.

En dicha reunión la ACHC expuso la situación actual del sector prestador y reiteró la necesidad de tomar medidas urgentes para garantizar el pago de las atenciones prestadas. Las autoridades e interventores se comprometieron a agilizar los pagos y a hacer reuniones de seguimiento por regiones y trabajar conjuntamente [II](#)

Austco

108 121

Fundación
Cardioinfantil | laCardio

Innovamos y apropiamos las **mejores tecnologías** para asegurar una atención segura y centrada en el paciente.

Dr. Dario Echeverri
Director del Departamento
de Cardiología - LaCardio

En LaCardio hoy y siempre
#PuedesConfiar.



Escanea el código para conocer más de **nuestro portafolio de especialidades.**

La oferta educativa del Instituto de Educación de la Cruz Roja Bogotá, una apuesta por el fortalecimiento de la respuesta en salud



La nueva sede está ubicada en el barrio San Felipe, en la localidad de Barrios Unidos en Bogotá

Con un completo portafolio de formación para profesionales y técnicos del sector salud, y para la comunidad en general, el Instituto de Educación de la Cruz Roja Bogotá busca posicionarse como entidad líder en formación en primeros auxilios, atención prehospitalaria, soporte vital y otros ejes temáticos fundamentales para una óptima respuesta en salud.

Este centro de estudios, además de pertenecer a la institución humanitaria más grande del mundo, tiene una trayectoria de 30 años formando a personal de la salud con un enfoque práctico, técnico, humano y con sentido social y comunitario.

Entre su oferta educativa se destacan los programas técnicos dirigidos, en especial, a jóvenes, con los busca abrirles espacio en el ámbito laboral a partir de una formación técnica que les permitirá dar el paso inicial en una ruta de formación profesional.

Durante más de dos décadas ha formado a miles de personas como técnicos auxiliares de Enfermería y técnicos de Salvamento Acuático, pero como parte de su proceso de renovación en el 2024 abrió matrículas para dos nuevos técnicos en Auxiliar en Servicio Social y Comunitario en Derechos Humanos y en Cuidado Integral del Adulto Mayor.

Esto se suma a la inauguración de una nueva sede ubicada en el barrio San Felipe, en la localidad de Barrios Unidos, en la que se cuenta con una completa estructura de aulas y laboratorios experienciales que facilitan la formación de los estudiantes.

Profesionales de la salud competentes y con sentido ético

Por otro lado, el Instituto se destaca por los programas de formación para

técnicos y profesionales de la salud con la que busca fortalecer la prestación de servicios, mientras facilita a los trabajadores del sector la ampliación de su perfil laboral, la renovación de los cursos solicitados por ley y, especialmente, la adquisición de nuevos conocimientos con el respaldo no solo de la Cruz Roja, sino de instituciones como la Asociación Americana del Corazón (AHA) que, por ejemplo, avala los cursos de BLS, BLS + ACSL y Salvacorazones.


Además, brinda los cursos Dolor y Cuidados Paliativos, Vacunación, Inyectología, Manejo de Heridas y Ostomías, entre otros que se suman a la oferta virtual que incluye, además, Atención a Víctimas de Sustancias Químicas, Manejo de Víctimas de Violencia Sexual, Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios Psicológicos.

Una institución para todos

El Instituto de Educación de la Cruz Roja Bogotá también busca capacitar a la comunidad para atender diferentes situaciones de emergencia o que propendan al bienestar de las personas con una oferta de cursos, talleres y diplomados pensados en aquellos con interés particular sobre temas en salud, con horarios flexibles, distintas opciones de pago y precios accesibles. Para esta temporada y para los afiliados a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), se ofrece un **descuento del 15%** en cursos virtuales. Además, nuestro servicio de vacunación cuenta con un **descuento del 7%** en los biológicos

disponibles, exceptuando el herpes zóster, para esta misma población.

Este es apenas uno de los servicios que la Cruz Roja Bogotá tiene para la comunidad, con el fin de garantizar ayudas a las distintas comunidades que socorren durante emergencias o situaciones de crisis, así como el sostenimiento de sus albergues y casas de acogida en las que reciben a distintas poblaciones vulnerables.

Por otra parte, en el Centro Canino busca fortalecer los vínculos humano-perro mediante distintos servicios en los que también hay un **descuento del 10%**. Así mismo, en el Centro de Salvamento Acuático promueve la natación para transformar la vida de personas de todas las edades y también **ofrece un 10%** en los cursos de natación y demás servicios, descuentos exclusivos para los afiliados a esta asociación. 



Clínica del Caribe reafirma su calidad en la atención al recibir la Acreditación en Salud por Icontec

La clínica se convierte en la segunda IPS hospitalaria acreditada en Barranquilla, reafirmando así su compromiso para ofrecer atenciones seguras, humanizadas y con resultados clínicos óptimos.



Belén Zambrano, Hernando Baquero, Leonel Blanco, Gian Piero Celia y Patricia Herrera, miembros de la Junta directiva de la Clínica del Caribe



Dr. Juan Carlos Giraldo, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas; Dr. Leonel Blanco, Gerente Clínica del Caribe; Stephanie Araújo, Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla; Dra. Teresa Arciniegas; Dr. Carlos Edgar Rodríguez Hernández, Director Nacional de Acreditación en Salud de Icontec

Esta institución prestadora de servicios de salud (IPS) de tradición en la ciudad de Barranquilla, recibió el pasado 30 de octubre el certificado de Acreditación en Salud, otorgado por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificaciones Icontec, el cual reafirma el compromiso de la institución por el cumplimiento de altos estándares de calidad en la atención en salud y el mejoramiento continuo de su modelo de atención humanizado y seguro.

La institución, luego de una visita de evaluación, logró las calificaciones requeridas para obtener el reconocimiento en la categoría de institución acreditada en salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y de acuerdo con los procedimientos definidos por Icontec como organismo de Acreditación en Salud.

El director nacional de Acreditación en Salud de Icontec, el Dr. Carlos Edgar Rodríguez Hernández, fue el encargado de hacer la entrega del certificado al Dr. Leonel Blanco, gerente de la Clínica del Caribe, durante la ceremonia de otorgamiento ofrecida en el salón Lluvia de Oro 3 y 4 del Hotel Dann Carlton de Barranquilla.

“Esta certificación no solo beneficia a la institución, sino también a todos los pacientes, quienes podrán estar seguros y confiados de poner su salud en nuestras manos, gracias a los altos estándares de calidad de nuestros procesos y servicios, que reafirman nuestro compromiso por cuidar de la vida”. Así lo afirmó el Dr. Leonel Blanco Bahoque.

Por su parte, el Dr. Carlos Rodríguez también reafirmó la importancia de la Acreditación en Salud como meta para las demás instituciones del sector salud, lo cual garantiza la calidad de la atención para los pacientes.

Este evento que reunió alrededor de 250 invitados especiales, entre los que se destacaron la secretaria de Salud Distrital, Stephanie Araújo; Juan Carlos Giraldo, director general de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales; monseñor Pablo Emilio Salas, accionistas y miembros de la Junta Directiva de la Clínica del Caribe.

Con este logro la Clínica del Caribe se convierte en la segunda IPS hospitalaria acreditada de Barranquilla y la región Caribe, y número 61 entre más de 11.000 IPS en todo el país, consolidándose como referente para instituciones de alta y mediana complejidad. [H](#)

La Fundación Santa Fe de Bogotá celebró 52 años de compromiso y excelencia con la salud en Colombia y la región



Fotos Cortesía Fundación Santa Fe de Bogotá

La Fundación Santa Fe de Bogotá celebró el pasado 2 de noviembre su aniversario 52, un hito que resalta más de cinco décadas de dedicación y trabajo incansable por ofrecer atención médica de alta calidad, promover la investigación científica y fomentar la educación en el sector salud.

Desde su creación en 1972, el propósito superior de la Fundación ha cumplido el legado de sus seis fundadores y hoy más que nunca la institución honra su legado, en especial el del Dr. Alfonso Esguerra Fajardo y la Sra. Gloria González de Esguerra, quienes con su generosidad promovieron la excelencia y la innovación de la salud en el país.

“Hoy celebramos no solo la trayectoria de la Fundación, sino también el espíritu indomable de quienes la fundaron. Nuestros fundadores, con su dedicación y visión, nos han inspirado para seguir avanzando y mejorando la calidad de vida de nuestra comunidad”, afirmó el Dr. Henry Gallardo, director general de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Su compromiso sentó las bases para lo que hoy es la Fundación y refleja diferentes méritos que posicionan a la institución como un referente de excelencia en salud. Algunos de ellos se enuncian a continuación. La Fundación Santa Fe de Bogotá:

- Hace parte de los 250 mejores hospitales en el ámbito mundial y el segundo a escala nacional, según el *ranking* de Newsweek-Statista.
- Es la institución en salud más certificada en el mundo, después de la Joint Commission International de Estados Unidos, con 19 centros de cuidado clínico.
- Obtuvo la certificación oro con distinción en innovación otorgada por Planetree.
- Quedó en el quinto puesto del *ranking* Merco Empresas Sector Salud, subiendo una posición en comparación con el 2023, y la posición 86 en el *ranking* general de empresas.
- El Dr. Henry Gallardo, director general de la Fundación, ocupó la posición 1 en Merco Líderes Sector Salud y la número 42 en el *ranking* general de líderes.

Por otro lado, la Fundación Santa Fe de Bogotá cuenta con un área de Salud Poblacional, transversal a su quehacer, que promueve el bienestar de individuos y comunidades por medio del desarrollo de modelos diferenciales, sostenibles, generadores de valor, con un impacto en el diseño y la formulación de políticas públicas.

Como parte de las iniciativas para seguir avanzando en esta misión, la Fundación Santa Fe de Bogotá anunció el lanzamiento de dos nuevas sedes que fortalecerán su capacidad para brindar Más y Mejor Salud para Colombia y la región. Estas instalaciones, diseñadas con tecnología de vanguardia y en un ambiente acogedor, permitirán ampliar su oferta de servicios y mejorar la atención a sus pacientes.



El pasado 2 de noviembre los directivos y los colaboradores de la Fundación Santa Fe celebraron el aniversario 52 de la institución.

• Edificio Ambulatorio - “La salud, como siempre la has querido”

El nuevo Edificio Ambulatorio, ubicado estratégicamente en la calle 119 # 7-80 en Bogotá, al lado del Hospital Universitario de la Fundación, es un hito que marca un paso significativo hacia el futuro en la prestación de atención centrada en el paciente, integrando en 12 pisos 59 especialidades médicas, más de 350 profesionales de la salud, cerca de 90 consultorios y 10 salas de diagnóstico, con tecnología de última generación para proporcionar a los pacientes la integralidad en su salud, en donde encontrarán todo en un solo lugar.

El edificio cuenta con una certificación de diseño y construcción sostenible (EDGE ADVANCE) que emite el Banco Mundial a través de Camacol, resaltando el esfuerzo en el uso de materiales sostenibles para reducir el consumo energético y la huella de carbono en su construcción y operación.

En sus 12 pisos, los pacientes podrán encontrar servicios como: clínica de piel de sana, toma de muestras de laboratorio, imágenes diagnósticas, centro osteomuscular, medicina del ejercicio, centro diagnóstico de niños y adolescentes, centro diagnóstico de la mujer, clínicas especializadas como Otorrinolaringología, Endocrinología, Dermatología, Oftalmología, Geriatria, entre otras especialidades, junto con el Centro Diagnóstico de Enfermedades Digestivas y salas de cirugía ambulatoria.

• Edificio Jardín - “Inspirado en tu bienestar, creado para tu cuidado”

El nuevo Edificio Jardín es un proyecto innovador diseñado para ofrecer espacios sanadores que promueven la recuperación integral de los pacientes. Este edificio no solo incorpora un diseño paisajístico con jardines terapéuticos, sino que también ha sido construido bajo los lineamientos de la certificación EDGE, destacándose por su compromiso con la sostenibilidad y el medio ambiente.

La construcción cuenta con un área construida de 9068 m², concebida para generar un ambiente agradable y confortable. Se caracteriza por tener la mejor tecnología en camas y sus amplias habitaciones están iluminadas de manera natural. Cada espacio está diseñado para facilitar la recuperación del paciente, garantizando así que su experiencia sea memorable.

Con la inauguración del Edificio Jardín la Fundación Santa Fe de Bogotá no solo reafirma su compromiso con el medio ambiente, sino que también mejora el bienestar integral de sus usuarios.

• Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá - Tatamá

La Fundación celebró en Pereira el pasado 19 de noviembre el inicio de la construcción del hospital que complementará la salud de la región y beneficiará a millones de personas del Eje Cafetero, Chocó y Norte del Valle. [II](#)

Somer Incare realizó el primer trasplante de corazón en el Oriente Antioqueño

El Centro Cardiovascular Somer Incare realizó el primer trasplante de corazón en esta institución y en el Oriente Antioqueño, un hito para Antioquia y la subregión. En meses recientes, este centro especializado en salud cardíaca se convirtió en la segunda institución en ese departamento habilitada para realizar trasplantes de corazón.

La noticia de la disponibilidad de un nuevo corazón fue recibida por Carlos Badavid Madrid, un hombre de 60 años de Medellín, quien sufría una falla cardíaca de origen isquémico, es decir, una obstrucción de las arterias coronarias que lo llevó a padecer varios infartos en su vida, siendo el trasplante la única alternativa de tratamiento.

“El Centro Cardiovascular Somer Incare ya había realizado varios rescates de corazones en distintas partes del país para ser trasladados a sus respectivos receptores, pero la realización del trasplante de este órgano marcó un punto importante en el recorrido de nuestra institución y de la Clínica Somer. Este avance acercará las posibilidades de vida a muchos pacientes”, comentó la Dra. Catalina Gallego, cardióloga especialista en



falla cardíaca avanzada y líder clínica del Programa de Trasplante de Corazón de Somer Incare.

El trasplante cardíaco requiere un gran despliegue logístico y operativo. Este procedimiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, que incluye cirujanos cardiovasculares especializados en trasplantes, cardiólogos especialistas en falla

Este avance acercará las posibilidades de vida a muchos pacientes”, comentó la Dra. Catalina Gallego, cardióloga especialista en falla cardíaca avanzada y líder clínica del Programa de Trasplante de Corazón de Somer Incare.



En Antioquia existen solo tres instituciones habilitadas para realizar trasplantes de corazón, y en el ámbito nacional hay diez, debido a la alta complejidad de este procedimiento. Cada año, en Colombia se llevan a cabo en promedio 80 trasplantes de corazón, según cifras del Instituto Nacional de Salud.

cardiaca avanzada, anesthesiólogos cardiovasculares, instrumentadores quirúrgicos, personal de enfermería, coordinador de trasplantes, entre otros, quienes trabajan de manera articulada para lograr el éxito de la cirugía.


Posteriormente, el paciente pasa a una unidad de cuidados intensivos y luego a una unidad de cuidado coronario, donde se realiza un seguimiento detallado y constante de su evolución, para después iniciar la etapa de rehabilitación.

En Antioquia existen solo tres instituciones habilitadas para realizar trasplantes de corazón, y en el ámbito nacional hay diez, debido a la alta complejidad de este procedimiento. Cada año, en Colombia se llevan a cabo en promedio 80 trasplantes de corazón, según cifras del Instituto Nacional de Salud.

El Dr. Rafael Meza Jiménez, cirujano cardiovascular y líder quirúrgico del

Programa de Trasplante de Corazón, expresó: “este es un momento histórico para la medicina de Antioquia y de Colombia, ya que ofrecerá esperanza a los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, una cifra que sigue aumentando en el país. Cabe destacar que este trasplante es la cirugía cardiovascular más compleja que existe, por lo que nos llena de emoción poder llevarlo a cabo en nuestro centro”. Es importante destacar que el trasplante de corazón se realiza en conjunto con la Clínica Somer, que también realiza trasplantes de riñón, hígado, páncreas, tejidos y médula ósea, lo que garantiza la integralidad en estos procedimientos.

“La salud de Carlos está evolucionando positivamente. Aún está hospitalizado, pues es necesario seguir monitoreando que no haya rechazo del nuevo corazón. Estamos trabajando para que pueda rehabilitarse y retomar una vida productiva. Seguimos cuidadosamente todos los protocolos necesarios para uno de los procedimientos más complejos de la medicina”, concluyó la Dra. Catalina Gallego.

El Centro Cardiovascular Somer Incare, en alianza con la Clínica Somer, espera seguir ofreciendo la posibilidad de recibir trasplantes a muchas personas, con todo el rigor científico para garantizar los mejores resultados en salud. Además agradecen a la familia de los donantes, quienes permiten que se pueda dar vida después de la vida. 

minerva
medical

Priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad y alcanzar los ODS en América Latina y el Caribe: Cepal y OPS¹



A seis años del plazo establecido para cumplir la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentaron recientemente el documento de política *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*, en el que señalan que la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), junto con la crisis del desarrollo de América Latina y el Caribe, han configurado una situación que amenaza el logro de los ODS en la región.

La Cepal y la OPS pidieron a los países de la región dar preeminencia a la salud en la agenda pública; la inversión en este sector debería ser una prioridad, tanto por el deber de garantizar el derecho a la salud de la población como por su papel fundamental para alcanzar el desarrollo social inclusivo en América Latina y el Caribe, indicaron en un nuevo reporte conjunto.

“Las desigualdades en el acceso a la salud, las brechas en la calidad de la atención recibida y los elevados

gastos de bolsillo en que incurre la población no solo dejan en evidencia la urgencia de incrementar el gasto público en salud, de la mano de una gestión eficiente de los recursos, sino que también revelan la necesidad de avanzar en la sostenibilidad financiera de las inversiones para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud”, plantean la Cepal y la OPS, y agregan que para ello es fundamental que los países puedan avanzar en acuerdos sociales que estén acompañados de respaldos fiscales sólidos.

Si bien entre el 2000 y el 2014 el gasto público en salud de América Latina y el Caribe aumentó un 25%, el promedio de dicho gasto fue de un 4,5% del PIB en el 2021, porcentaje aún inferior a la meta de al menos el 6,0% del PIB propuesta por la OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el 2021, solo el 61% del gasto total en salud de la región correspondió a gasto público, lo que da cuenta de la importancia que aún tiene en los países el gasto privado, siendo el gasto de bolsillo el principal componente. En promedio, dice el informe, los hogares de la región debieron cubrir en ese año más del 28% del gasto total en salud con pagos directos de bolsillo, y 11 países exhibían un gasto de bolsillo incluso superior al 35%. Esta cifra resulta preocupante, ya que los gastos de bolsillo reproducen las desigualdades en acceso y calidad de la atención, y pueden traducirse en gastos catastróficos o empobrecedores.

¹ Información de prensa de la Cepal.

“Hoy, América Latina y el Caribe se enfrenta a una crisis del desarrollo, sometida a tres trampas: de baja capacidad para crecer, elevada desigualdad y baja movilidad y cohesión social, y baja capacidad institucional y gobernanza poco efectiva. En el ámbito sanitario, persisten problemas de subfinanciamiento crónico, fragmentación y segmentación de los sistemas de salud. Ahora más que nunca se requieren transformaciones indispensables en los modelos de desarrollo de la región, siendo la salud esencial para la ampliación de la protección social y para avanzar hacia un desarrollo más productivo, inclusivo y sostenible”, dijo José Manuel Salazar-Xirinachs, secretario ejecutivo de la Cepal.

Por su parte, Jarbas Barbosa, director de la OPS, subrayó que “superar las barreras al acceso a la atención, que hoy hacen que casi 3 de cada 10 personas tengan necesidades de atención médica insatisfechas en la región, es fundamental para cumplir con el derecho a la salud y alcanzar la salud universal”. Además, recalcó que “los países deben invertir más y mejor, asegurar la protección financiera de la población, y reducir el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos para mejorar la salud, así como abordar las inequidades y la pobreza. La pandemia nos ha enseñado que necesitamos sistemas de salud más fuertes y resilientes, así como sistemas de protección social para salvaguardar la salud y el bienestar de la población”.

Las últimas proyecciones de la Cepal indican que solo un 22% de las metas de los ODS se alcanzarán en el 2030, mientras que un 46% de ellas requiere mayor velocidad para ser cumplidas a tiempo y un 32% no lograría realizarse.


El retroceso en el cumplimiento de los ODS debido a la pandemia y las crisis en cascada “se manifiesta en indicadores clave de salud, como la mortalidad materna, la cobertura de

inmunización y otros asociados a la malnutrición y la salud mental”, especifica el documento conjunto.

En la región, la alta desigualdad producto de los determinantes sociales de la salud se refleja, por ejemplo, en que el quintil de menores ingresos presenta una mortalidad materna equivalente a más de siete veces la del quintil de mayores ingresos. Lo mismo ocurre con la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años: el grupo con más desventaja en términos de ingresos tiene alrededor de 4,5 veces más riesgo de morir en comparación con el grupo más aventajado económicamente.

Lo anterior se repite en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles: el grupo con menos ventajas tiene un riesgo un 46% mayor de morir entre los 30 y los 69 años por estas enfermedades en comparación con el grupo más aventajado. Por último, datos del 2019 indican que la tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene es casi seis veces mayor en el quintil de menores ingresos, lo que deja en evidencia el efecto de las condiciones de vida en la salud de las personas.

Tanto la Cepal como la OPS destacan la relevancia de la estrategia de atención primaria de salud, considerando sus tres componentes —servicios integrados y funciones esenciales de salud pública, acción multisectorial y participación social— como parte de la transformación de los sistemas de salud para reducir las desigualdades y abordar los retrocesos en la implementación de la Agenda 2030. Un enfoque integral e intersectorial que coordine la salud y los demás componentes de la protección social permite abordar los determinantes sociales de la salud.

“Es primordial consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que garanticen el acceso y la cobertura universales, brinden atención oportuna y de calidad a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, y cuenten con mecanismos de financiamiento solidarios y sostenibles y capacidad de adaptación ante cambios y crisis”, concluye el documento. 

Principal reglamentación en materia de salud en el 2024

En esta sección compartimos la principal reglamentación expedida en el sector salud en el 2024 como un aporte al seguimiento y análisis de las disposiciones del sector. Para facilitar la revisión la hemos dividido por temáticas, según su contenido y alcance.

En materia legislativa en el presente año, también es importante señalar que las discusiones en el órgano legislativo estuvieron enmarcadas en las *reformas sociales* promovidas por el Gobierno nacional. En abril, en el tercer debate en la Comisión Séptima del Senado, se archivó el Proyecto de Ley 339C de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), promovido por el Gobierno (que acumulaba tres proyectos de iniciativa de reforma). En junio, surtidos los debates correspondientes, el Congreso aprobó la Ley 2381 de Reforma Pensional. También se aprobaron la Ley 2406 de modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y La Ley 2386 de la Política Nacional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico, Innovación y Producción de la Industria Farmacéutica para la Autonomía Sanitaria de Colombia.

En el segundo semestre del año e iniciada la legislatura, las propuestas de reforma al sistema de salud colombiano se reanudaron. Algunos proyectos de iniciativa parlamentaria fueron radicados en agosto y el Gobierno nacional radicó su propuesta en septiembre como ley ordinaria. A la par se radicaron proyectos de reforma estatutarios al sistema de salud. En octubre la Plenaria de la Cámara de Representantes aprobó la reforma laboral, que deberá seguir su tránsito en tercer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República.

Por su parte, desde el Ejecutivo se expidió normatividad relacionada con la iniciativa gubernamental de los equipos básicos de salud (EBS), como parte del modelo de atención en salud, preventivo, predictivo y resolutivo que adelanta

el Ministerio de Salud y Protección Social. Para la articulación de la factura electrónica de venta en el sector se expidió reglamentación sobre la implementación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su mecanismo único de validación, soportes de cobro y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, así como la asignación de recursos para el fortalecimiento de la red pública y los procedimientos para prestar servicios NO UPC.

La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), por su parte, en el marco de sus competencias, decidió llevar a cabo intervenciones de varias entidades promotoras de salud (EPS) por el incumplimiento de indicadores de permanencia y de habilitación, lo cual según la normatividad vigente afecta la prestación de servicios de salud y el adecuado flujo de recursos hacia el sector prestador. A la fecha, de las 29 EPS activas, 9 tienen medida de intervención para administrar, 1 vigilancia especial y 19 no tienen medida.

A manera ilustrativa, relacionaremos según las temáticas más importantes, la normatividad expedida.

I. Flujo de recursos

- 1. Circular 00001 (2 de enero). Tope máximo de los copagos por año calendario 2023.** A través de la presente circular se ajusta la información del numeral 2.2.2 sobre el tope máximo de los copagos por año calendario 2023-2024 de la Circular Externa 00000026 del 2023, con la siguiente información:

Rango de ingresos (SMLMV)	Tope por año 2023	Tope por año 2024	Actualización 2024/2023 (%)
Menor a 2	610.227	6.77.175	10,97
Entre 2 y 5	2.440.909	2.708.700	10,97
Mayor a 5	4.881.818	5.417.400	10,97

Los demás aspectos de que trata la Circular Externa 00000026 del 29 de diciembre del 2023 permanecen incólumes.

2. Circular Externa 202410000000003-5 (6 de febrero). Instrucciones cobro de cuotas moderadoras y copagos.

Considerando la expedición del nuevo régimen para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la Supersalud modifica el literal (g) del numeral 3.1 del Título VII de la Circular Externa 047 del 2007 para incluir lo relacionado con el monto, mecanismos de aplicación y cobro de copagos y cuotas moderadoras, así como lo requerido para la publicación en la página web de dicha información y emitir instrucciones relativas a los mecanismos de aplicación y procedimientos de recaudo que las EPS utilizarán para el cobro de las cuotas moderadoras y copagos y al deber de información y difusión de las entidades vigiladas. De esta manera, destacamos las siguientes instrucciones dadas a las EPS:

- Capacitar a la red prestadora contratada y demás proveedores en las disposiciones aplicables, de modo que se dé estricto cumplimiento normativo.
- Emplear mecanismos de seguimiento para que los prestadores de servicios de salud den estricto cumplimiento a los valores definidos en la normatividad y que estos sean reportados a las EPS y EAS, como valores realmente cobrados.

3. Circular 202415000000001-5 (30 de enero).

Verificación flujo de recursos e incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Ante la emisión de la Resolución 2364 del 2023 que aumentó el valor de la UPC para el 2024, la Supersalud modifica las instrucciones PRIMERA y SEGUNDA de la Circular Externa 202315000000006-5 del 2023, para la verificación del adecuado flujo de recursos entre los participantes del proceso de prestación de servicios de salud y dar cumplimiento a la normatividad expedida.

Las EPS deben publicar en el micrositio de rendición de cuentas de su página web, a más tardar el 28 de febrero de cada año, el porcentaje (%) del incremento acordado con los prestadores y proveedores de tecnologías en salud. Asimismo, debe informar a estos el enlace dispuesto para su consulta antes de la fecha límite de publicación. Vencido dicho plazo, los prestadores y proveedores de tecnologías en salud contarán quince días hábiles para informar a la Superintendencia a través de correo electrónico correointernosns@supersalud.gov.co; si dicha publicación no corresponde con lo efectivamente acordado o se evidencia incumplimiento a lo indicado en la presente instrucción.

El porcentaje de incremento a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deberá estar de conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.3.5.2 del Decreto 780 del 2016 y los artículos 10 y 20 de la Resolución 2364 del 2023, o el marco normativo vigente que fije el valor de la UPC. Así mismo, las EPS deberán remitir a la Superintendencia una copia del archivo en Excel "PAGOS REALIZADOS A LOS PSS Y PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD", que debe ser publicado por cada entidad



Nos preguntan

en su micrositio de rendición de cuentas, de acuerdo con la instrucción CUARTA de la Circular Externa 2023150000000006-5 del 2023.

- 4. Resolución 400 (4 de marzo). Requisitos para la expedición de los conceptos técnicos de viabilidad de proyectos de inversión de la telesalud, las tecnologías de la información e infraestructura física en salud.** La presente resolución modifica el artículo 7 de la Resolución 2053 del 2019 en el sentido de establecer requisitos para la expedición de los conceptos técnicos de viabilidad de proyectos de inversión para el desarrollo de la telesalud, las tecnologías de la información y para los conceptos técnicos de pertinencia para estudios y diseños de infraestructura física en salud; así mismo, busca incluir los términos para expedir los conceptos y brindar asistencia técnica mediante mesas de trabajo, desde diferentes aristas tanto nacionales como territoriales en aras del principio de colaboración entre entidades públicas.
- 5. Resolución 484 (20 de marzo). Lineamientos para el uso y la ejecución de los recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud.** Mediante la presente resolución se fijan los lineamientos para la ejecución de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta de la participación en salud del Sistema General de Participaciones (SGP) por parte de los departamentos, distritos y municipios certificados, así como de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y de los administradores de infraestructura pública que sean monopolio en servicios trazadores.

Los departamentos, distritos y municipios certificados en salud, en su proceso de programación presupuestal de cada vigencia, programarán los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta de la participación en salud del SGP, para lo cual deberá tener en cuenta los criterios, proyecciones y escenarios definidos en el Plan Financiero, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Presupuesto Anual, en concordancia con los principios establecidos en el

Estatuto Orgánico de Presupuesto y los lineamientos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los valores presupuestados deberán ser ajustados a los montos que se definan en el documento de distribución publicado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

- 6. Resolución 771 (6 de mayo). Porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud para las EPS y entidades adaptadas en salud.** De esta manera, se fija en 70% el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud, para ser apropiado por las EPS y las entidades adaptadas en salud durante la vigencia 2024, para financiar las actividades relacionadas con la gestión de cobro de cotizaciones, el manejo de la información sobre el pago de aportes y los servicios financieros asociados al recaudo. Las EPS y entidades adaptadas en salud que se encuentren en proceso de liquidación y por el periodo que este se extienda, podrán apropiarse del 20% de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud.
- 7. Resolución 737 (30 de abril). Asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencia a las entidades del orden nacional, departamental, distrital o municipal que sean 100% de capital público.** El Ministerio de Salud y Protección Social realizará las transferencias a las entidades del orden nacional, departamental, distrital o municipal que sean 100% de capital público, que serán las receptoras de dichos recursos. Serán beneficiarias de los recursos las entidades que sean destinatarias finales

de los bienes y servicios financiados con los recursos transferidos. Las entidades receptoras tendrán la calidad de beneficiarias cuando reciban los recursos por parte de este ministerio y sean destinatarias finales de los bienes y servicios financiados con los recursos transferidos.

8. Resolución 641 (18 de abril). Listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Con la presente resolución se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, contenidos en el anexo técnico: "LISTADO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EXCLUIDOS DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS ASIGNADOS A LA SALUD", que hace parte integral del presente acto administrativo. Conforme a lo anterior, se adicionaron al listado existente 17 servicios y tecnologías, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 2273 del 2021.

9. Auto 875 (10 de mayo). Inaplicación de la destinación del 5% del valor de la UPC para EBS.

La Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional, en seguimiento de las órdenes vigesimoprimera y vigesimosegunda de la citada sentencia, ordenó como medida cautelar la inaplicación de los artículos 11 y 21 de la Resolución 2364 del 2023 y del artículo 10 de la Resolución 2366 del 2023, hasta tanto el Consejo de Estado no emita una decisión definitiva dentro del medio de control de nulidad por inconstitucionalidad con respecto a las normas.

Es del caso recordar que, mediante la Resolución 2364 del 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social fijó el valor de la UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo para la vigencia 2024, y estableció en los artículos 11 y 21 una destinación del 5% del valor de la UPC para EBS. Así mismo, en el artículo 10 de la Resolución 2366 del 2023 estableció que las EPS destinarán un porcentaje de la UPC para la operación de los EBS, de modo que se mejore el acceso de la población a los servicios y tecnologías de salud financiados por la UPC en ambos regímenes.

Por tanto, a juicio de la Sala, la aplicación de su contenido impacta negativamente el cumplimiento del componente de suficiencia de la UPC supervisado en las órdenes vigesimoprimera y vigesimosegunda del fallo estructural, menoscaba la UPC deduciéndole el 5% al monto que actualmente se reconoce para sufragar la creación y puesta en funcionamiento de los EBS lo que, en consecuencia, pone en riesgo el derecho a la salud de los afiliados al sistema de salud, en tanto desfinancia prestaciones cubiertas por el PBS con cargo a la UPC.

10. Resolución 1033 (11 de junio). Asigna recursos a los Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993, ESE para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud (APS), a través de la conformación y operación de EBS.

Mediante la presente resolución se asignan recursos para la vigencia 2024 a las ESE en los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Norte de Santander, Boyacá, Cauca, Nariño, Valle del Cauca, La Guajira y Antioquia, para el fortalecimiento de la APS, a través de la conformación y operación de EBS, por el valor de CIENTO SESENTA MIL SETECIENTOS ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE. (\$160.711.361.457).

11. Resolución 1034 (11 de junio). Asigna recursos para el fortalecimiento del nivel primario,



basado en la APS, a través de la conformación y operación de EBS. Con esta resolución se asignan recursos para la vigencia 2024 a las ESE en los departamentos de Boyacá, Santander, Caquetá, Arauca, Meta, Casanare, Vichada, Risaralda y Tolima para el fortalecimiento de la APS, a través de la conformación y operación de EBS, por el valor de CIENTO OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. (\$108.379.655.854).

12. Resolución 1425 (13 de agosto). Reporte de información UPC. Con la presente resolución se modifica el artículo 24 de la Resolución 2364 del 2023, estableciendo un nuevo plazo para el reporte y la retroalimentación de la información sobre las prestaciones de servicios en salud realizadas a la población afiliada al SGSSS durante la vigencia 2023, que servirá como insumo para definir las frecuencias y los costos y así establecer la suficiencia de la UPC para el 2025, que deben realizar las EPS y las demás entidades obligadas a compensar (EOC) de los regímenes contributivo y subsidiado.

13. Resolución 1769 (18 de septiembre). Asigna recursos para la cofinanciación de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante no asegurada o en condición irregular. Así, se asigna la suma de TRESCIENTOS VEINTISÉIS MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE. (\$326.926.372.652,00), a los departamentos y distritos certificados en salud que realizaron el reporte de información de que trata la Resolución 220 del 2024, modificada por la Resolución 1058 del 2024, con corte al 30 de junio del 2024, con el propósito de cofinanciar el pago de las facturas radicadas durante las vigencias 2020-2023 y el primer semestre del 2024, con estado auditada, reconocida y pendiente de pago, por concepto de atenciones de urgencias prestadas a la población migrante no afiliada o en condición irregular, que

permita contribuir en el saneamiento de las deudas que dichas entidades territoriales tienen principalmente con la red pública de sus territorios, y establecer las condiciones para el giro de estos recursos a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que serán beneficiarias de estos recursos.

II. Cobertura y atención a los usuarios

- 1. Resolución 207 (13 de febrero). Lineamientos técnicos y operativos para la implementación progresiva del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.** La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos para la implementación progresiva del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia, definidos en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez diagnosticada la enfermedad huérfana o rara a través del Programa de Tamizaje Neonatal, que incluye atenciones de detección temprana y diagnóstico de algunas de estas, el tratamiento y el seguimiento a la condición se realizarán de acuerdo con lo definido para tales enfermedades, al no hacer parte del programa.
- 2. Circular 002 (16 de mayo). Garantía de atención y entrega de medicamentos y tecnologías en salud para los afiliados del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG).** Atendiendo a la conformación de la red de proveedores para prestar los servicios primarios, complementarios y entrega de medicamentos y tecnologías para

afiliados al FOMAG, durante la etapa de transición para la puesta en operación del nuevo modelo de atención en salud, con el propósito de garantizar la prestación de servicios de salud y continuidad en los tratamientos, el FOMAG emite a través de la presente circular algunas instrucciones a las IPS que conforman el banco de proveedores en salud, de las cuales destacamos las siguientes: (a) las IPS podrán prestar los servicios de salud o tecnologías que sean requeridos por los afiliados al FOMAG sin previa autorización y facturar los servicios de bajo la modalidad de pago por evento a la tarifa SOAT plena o a la tarifa ofrecida en su portafolio vigente, al patrimonio autónomo del FOMAG administrado por FIDUPREVISORA S.A.; (b) así mismo, las IPS que estuvieron contratadas hasta el 30 de abril y que tenían en trámite la prestación de servicios o tecnologías en salud, deberán culminar dicha atención sin requerir autorización previa y facturarán bajo la modalidad de pago por evento a la tarifa pactada con el anterior operador.

- 3. Decreto 719 (5 de junio). Continuidad de los afiliados ante medidas de las EPS, permanencia en el régimen subsidiado y el mecanismo de movilidad.** Mediante este decreto se ajustan las reglas y el procedimiento de asignación hoy dispuesto en el Decreto Único Reglamentario 780 del 2016 y se establece la reglamentación que permita materializar la permanencia en el régimen subsidiado, de conformidad con lo señalado en el artículo 35 de la Ley 1438 del 2011.

Se dicta que las EPS receptoras puedan estabilizar su operación, fortaleciéndose en los territorios donde ya tienen afiliados a su cargo y que, a su vez, dichas entidades puedan

organizar planes de contingencia para el óptimo desarrollo del proceso de asignación de usuarios, los cuales deben disponer de medidas que protejan al afiliado y garanticen la atención en salud de esta población, toda vez que son personas que vienen de EPS con dificultades y que requieren se les garantice la continuidad de sus tratamientos y atenciones en salud en las entidades receptoras autorizadas en los territorios donde residen, con el ánimo de garantizar su derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud.

- 4. Ley 2361 (14 de junio). Política Pública de Lactancia Materna.** La presente ley tiene por objeto otorgar lineamientos generales para la creación de la Política Pública sobre Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y la Promoción de la Donación de Leche Materna, como componente anatómico para los bancos de leche humana. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, creará la Política Pública de Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y Promoción a la Donación de Leche Materna como componente anatómico para los bancos de leche humana, con los lineamientos generales establecidos en esta ley y en el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, en un espacio no mayor a un año, contado a partir de la promulgación de la presente ley, sin perjuicio de que permanezca en este ministerio dicha facultad.
- 5. Ley 2381 (16 de julio). Reforma Pensional.** Con la presente ley se regula el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, el cual tiene por objeto garantizar el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte mediante el reconocimiento de los derechos de las personas que se determinan en la presente ley a través de un sistema de pilares, fundamentado en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia en los términos previstos en el artículo 48 de la Constitución Política. A efectos de lo anterior, se establece el pilar solidario, el pilar semicontributivo, el pilar contributivo y el



Nos preguntan

pilar de ahorro voluntario. El Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, invalidez y Muerte de origen común, previsto en la presente ley, entrará en vigor el 1.º de julio del 2025.

- 6. Circular 202415000000011-5 (20 de septiembre). Instrucciones de inspección, vigilancia y control (IVC) para la garantía del Derecho a la Salud de personas trans en Colombia.** Con la presente circular se imparten instrucciones para todos los vigilados frente a la prestación de servicios de atención en salud a personas trans, de las cuales destacamos las siguientes para las IPS: (1) promover una relación empática y respetuosa entre las personas atendidas y el personal de salud que permita el autorreconocimiento de la identidad o expresión de género y orientación sexual, garantizando la calidad y la calidez de los servicios de salud; (2) garantizar la atención en salud de acuerdo con el nivel de complejidad de las IPS y las necesidades específicas y particulares de las personas trans, durante todo su ciclo de vida, en relación con su identidad y expresión de género; (3) brindar y difundir información clara, suficiente, oportuna, libre de prejuicios y estereotipos y basada en la evidencia científica de los servicios que existen para personas trans que permita la toma de decisiones autónoma, por parte de las personas trans en los procedimientos y tratamientos de afirmación o reafirmación de género, lo que implica garantizar la disponibilidad de información en formatos accesibles, sobre servicios de salud que sean inclusivos y específicos para personas trans, entre otras.

III. Procedimientos, instrucciones y reportes de información

- 1. Resolución 087 (12 de enero). Vigencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).** Mediante la presente resolución se modifica la Resolución 1441 del 2016 modificada por la Resolución 1344 del 2019, de manera que amplía el término de vigencia

de la habilitación de las RIPSS de las EPS, que se venza entre el 14 de enero y el 24 de julio del 2024 se ampliará hasta el 31 de julio del 2024. Durante el quinto año de habilitación o durante la ampliación otorgada de la presente resolución, y antes del vencimiento de esta, la EPS deberá renovar la habilitación de la RIPSS.

- 2. Resolución 08 (31 de enero). Amplía plazos de facturación electrónica.** Mediante la presente resolución, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) modifica el artículo 23 y parcialmente el párrafo del artículo 62 de la Resolución 000165 del 2023. De esta manera se modifica el calendario de implementación para el documento equivalente electrónico tiquete de máquina registradora con sistema POS, de acuerdo con la calidad de contribuyente en relación con el impuesto de renta y complementario, así:

- Grandes contribuyentes: 1.º de mayo del 2024.
- Declarantes del impuesto sobre la renta que no tengan calidad de grandes contribuyentes: 1.º de junio del 2024.
- No declarantes del impuesto sobre la renta y sujetos que no tengan ninguna de las calidades mencionadas: 1.º de julio del 2024.

Así mismo, los sujetos obligados a facturar deberán adoptar la versión 1.9 del anexo técnico de factura electrónica de venta el 1.º de mayo del 2024.

- 3. Resolución 161 (31 de enero). Por la cual se realiza distribución y asignación general de vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd.** Con la presente resolución se asignan 2.054.400 dosis de

vacunas contra la COVID-19, del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd, a las entidades territoriales señaladas, con el propósito de inmunizar a la población del territorio nacional, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o de acuerdo con aquellos que los llegaren a modificar o adicionar y aplicar dosis de esquema primario, en los términos del artículo 3 de la Resolución 1862 del 2023, esto es para primeras dosis de población mayor de tres años y segundas dosis homólogas para esta misma población.

4. Resolución 158 (31 de enero). Por la cual se aclaran errores de digitación y transcripción contenidos en la Resolución 2364 del 2023 que fija el valor de la UPC. De esta manera, se corrige el artículo 16 de la Resolución 2364, con el propósito de aclarar que el artículo hace referencia a la prima adicional al valor fijado para la UPC por dispersión geográfica con respecto al régimen subsidiado para el departamento de Guainía, y no a las EPSI. Así mismo, se corrige el artículo 25, el cual estableció las fechas para la solicitud y reporte periódico de la información de los servicios y tecnologías de salud prestados por las EPS y EOC; sin embargo, por error de digitación, la fecha inicial del periodo de reporte de la información no corresponde a periodos acumulativos contados a partir del 1.º de enero del 2024. Por último, el artículo 27 determinó las fechas para la solicitud y el reporte periódico de la información contenida en los RIPS y de la facturación electrónica para IPS públicas; sin embargo, por error de transcripción, no se establecieron los rangos de fecha para el reporte mensual, el cual se determina en el presente acto.

5. Resolución 0100 (17 de enero). Planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal. Con la presente resolución se establecen disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, así como las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en este proceso, propendiendo a la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, armonizado con el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la APS y demás políticas que sean afines.

La formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS) se realiza bajo la dirección y coordinación de la entidad territorial departamental, distrital y municipal como autoridad sanitaria en el ámbito de su jurisdicción. Las EPS o quien haga sus veces, las entidades adaptadas o quien haga sus veces, los regímenes exceptuados, las ESE o quien haga sus veces, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas y las ARL que operen en el territorio participarán al amparo de los principios de coordinación, concurrencia, subsidiariedad y complementariedad, así:

- Hacer parte en la construcción de los análisis participativos de situación de salud en el territorio, aportando los insumos que se requieran en el marco de sus competencias.
- Alinear y vincular en el PTS las acciones que en el marco de sus competencias aportan en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio.
- Cumplir con los compromisos establecidos en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del PTS en el marco de sus competencias.
- Aportar informes y toda la documentación relacionada con el cumplimiento de las acciones a su cargo

de acuerdo con el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Cuando el número de IPS privadas y mixtas sea mayor de cinco en el departamento, distrito o municipio, la participación en el proceso de formulación del PTS se realizará a través de la designación de un representante elegido por estas, de acuerdo con el procedimiento que la entidad territorial defina para tal fin, en el marco de las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas en el territorio.

6. Resolución 1379 (27 de febrero). Etapa de radicación de las reclamaciones de SOAT. Para el reconocimiento y el pago de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados con SOAT o no identificados con rango diferencial por riesgo y eventos catastróficos de origen natural o terrorista, en una única reclamación que integre las atenciones prestadas a una misma víctima con ocasión de un mismo evento y en una misma sede debidamente habilitada, durante un periodo determinado, las IPS deberán atender las siguientes condiciones:

- Los servicios y tecnologías en salud prestados o derivados de la atención inicial de urgencias o atenciones de urgencias u hospitalización a una misma víctima con ocasión de un mismo evento serán agrupados para generar una misma factura.
- Los servicios y tecnologías en salud prestados o derivados de la atención ambulatoria a una misma víctima con ocasión de un mismo evento serán agrupados para generar una factura unificada que contenga estas atenciones presentadas en un bimestre.

Lo anterior, atendiendo a los requerimientos técnicos y operativos establecidos en la Resolución 12758 del 2023 de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

7. Circular Externa 004 (28 de febrero). Solicitud de información a IPS, EPS y EA de acciones de

tutela interpuestas. Mediante Sentencia T-760 del 2008, la Corte Constitucional impartió una serie de directrices tendientes a superar las fallas evidenciadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de las que hace parte el mandato trigésimo, que ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros entes, presentar un reporte anual de medición de las acciones de tutela establecidas para la protección del derecho a la salud. Sin embargo, se han presentado inconvenientes de carácter administrativo que afectan la recolección de la muestra. Por tanto, las EPS y EPS-I y EA deberán dar cumplimiento a las instrucciones de la presente circular, de las cuales destacamos las siguientes:

- Reportar al ministerio la información relacionada con las acciones de tutela interpuestas en su contra para la protección del derecho a la salud, en el anexo técnico que hace parte integral de esta circular y bajo las especificaciones allí previstas, a través de la Plataforma de Integración de Información (PISIS).
- Enviar la información con frecuencia semestral, dentro del mes siguiente al vencimiento del respectivo semestre, salvo la información correspondiente a la vigencia 2023 que deberá reportarse por toda la anualidad.

8. Resolución 220 (15 de febrero). Reporte de información por parte de departamentos y distritos por concepto de la atención de urgencias de la población migrante no afiliada. Mediante la presente resolución se establecen los términos y condiciones para el reporte de información periódica por parte de los

departamentos y distritos al Ministerio de Salud y Protección Social relacionada con la facturación que las IPS públicas, privadas y mixtas, radican por concepto de atención de urgencias a la población migrante no afiliada.

Los departamentos y distritos certificados en salud deberán reportar el archivo plano denominado “Reporte de información de facturación por servicios de salud prestados a población migrante no afiliada radicada, auditada, conciliada, pagada y pendiente de pago” debidamente diligenciado y firmado digitalmente por el representante legal de cada entidad (gobernador o alcalde) en el sitio PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de acuerdo con la estructura y las especificaciones contenidas en el Anexo Técnico N.º 1, que hace parte integral de la presente resolución.

- 9. Circular Externa 003 (9 de febrero). Instrucciones para el reporte MIPRES de los procedimientos odontológicos incluidos en la financiación con recursos de la UPC.** Teniendo en cuenta que, en el análisis de los datos del monitoreo efectuado durante el 2022 y el 2023, la información reportada no fue suficiente para evidenciar una tendencia en el uso de los procedimientos de odontología y toma de decisiones a corto plazo, el Ministerio de Salud y Protección Social determinó dar continuidad a la prescripción de los siguientes procedimientos de odontología en el aplicativo MIPRES para el 2024, los cuales se identifican dentro de la Resolución 2336 del 2023 y en la presente circular.

Por tanto, corresponde a los prestadores de servicios de salud continuar con el

registro de las prescripciones desde el 1.º de enero al 31 de diciembre del 2024 de los procedimientos de odontología listados previamente en esta circular en aplicación de lo previsto en el Título II, Capítulo I de las resoluciones 1885 y 2438 del 2018 o aquellas que las modifiquen o sustituyan. Con respecto a las prescripciones ordenadas entre el 1.º de enero del 2024 y la fecha de publicación de la presente circular, los prestadores de servicios de salud podrán realizar, a través de MIPRES, la transcripción de los procedimientos de odontología listados previamente en esta circular en aplicación de lo previsto en el Título II, Capítulo I de las resoluciones 1885 y 2438 del 2018 o la que la modifique o sustituya. Esta transcripción estará disponible hasta el 28 de febrero del 2024.

- 10. Resolución 227 (19 de febrero). Adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las EPS para la vigencia 2023.** La presente resolución tiene por objeto adoptar la metodología para la definición del presupuesto máximo a asignar a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y demás entidades adaptadas para la vigencia 2023, contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.
- 11. Resolución 558 (27 de marzo). Transición para la implementación del RIPS como soporte de la factura electrónica de venta (FEV) en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación.** La presente resolución tiene por objeto modificar el plazo para iniciar la operación de validación del RIPS como soporte de la FEV para profundizar la asistencia técnica requerida y dar continuidad a la realización de pruebas y pilotos sobre la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social, para permitir que los diferentes participantes del sistema culminen las adecuaciones tecnológicas necesarias en sus sistemas de información.

Dado lo anterior, se modifica el artículo 21 de la Resolución 2275 del 2023, el cual establece las actividades y cronogramas, de manera que a partir del

1.º de octubre del 2024 se deben entregar el RIPS correspondiente a prestados y facturados a partir de esta fecha, conforme con lo previsto en la presente resolución y sus anexos técnicos; mientras se cumple este plazo, los RIPS deberán ser entregados en las estructuras definidas en la Resolución 3374 del 2000 y demás normas relacionadas. Los prestadores de servicios de salud, las entidades responsables de pago y demás pagadores dispondrán hasta el 31 de marzo del 2025 para enviar los RIPS de las atenciones prestadas hasta el 30 de septiembre del 2024 conforme con la periodicidad con la que se remiten durante la operación. La facturación de estos servicios se realizará en la estructura convencional de facturación electrónica establecida por la Unidad Administrativa Especial de la DIAN.

12. Resolución 740 (30 de abril). Actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios NO UPC. Esta resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC, de algunas tecnologías contenidas en el anexo técnico “Listado de medicamentos excluidos explícitamente que, excepcionalmente, podrán ser prescritos por el médico tratante”, que hace parte integral de este acto administrativo, así como de algunas tecnologías financiadas con recursos de la UPC, prescritas a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

13. Resolución 636 (15 de abril). Amplía plazo de entrada en vigor de la Resolución 2335 del 2023-Seguimiento acuerdos de voluntades. Atendiendo a la ampliación dada a la entrada en vigor del RIPS, soporte de la FEV en salud, se hace necesario la ampliación simultánea de la Resolución 2335 del 2023, la cual establece los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, el seguimiento

y el ajuste a los acuerdos de voluntades, con el fin de evitar impactos negativos en las entidades del sector salud.

Por tanto, a partir del 1.º de octubre del 2024 se deberán implementar las disposiciones establecidas en la Resolución 2335 del 2023. El presente acto administrativo deroga la Resolución 3047 del 2008, sus modificatorias y la Resolución 3253 del 2009, a partir del 1.º de julio del 2025.

14. Resolución 627 (15 de abril). Amplía plazo de entrada en vigor de la Resolución 2284 del 2023-Soportes de cobro y Manual único de devoluciones, glosas y respuestas. Con la ampliación de la entrada en vigor del RIPS, soporte de la FEV en salud, se hace necesaria la ampliación simultánea de la Resolución 2284 del 2023, la cual estableció los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el *Manual único de devoluciones, glosas y respuestas*. Así se deberá implementar las disposiciones de la Resolución 2284 del 2023 para los servicios y tecnologías en salud prestados y facturados a partir del 1.º de octubre del 2024. Para los servicios y tecnologías en salud prestados hasta el 30 de septiembre del 2024; estas entidades dispondrán hasta el 31 de marzo del 2025 para radicar las cuentas y hasta el 30 de junio del 2025 para adelantar los procesos de auditoría conforme a lo dispuesto en la Resolución 3047 del 2008, sus modificatorias y la Resolución 3253 del 2009.

15. Resolución 625 (12 de abril). Adopta la iniciativa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres” para Colombia. Mediante la presente resolución se adopta la iniciativa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres” para Colombia y

establecer su objetivo, los lineamientos, el contenido del programa y el cronograma para su desarrollo, los cuales deben ser tenidos en cuenta por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres para su elaboración e implementación.

El programa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres” tiene como objetivo general fortalecer la preparación y la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de salud ante situaciones de emergencias y desastres, adoptando un enfoque integral que abarque la diversidad de fuentes de amenazas, con énfasis en la adaptabilidad y la rápida recuperación de los hospitales, con posterioridad a cualquier tipo de evento catastrófico.

16. Resolución 603 (12 de abril). Crea el Comité de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-302 del 2017 proferida por la Corte Constitucional en el departamento de La Guajira. A través de la presente resolución se crea el comité de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-302 del 2017 proferida por la Corte Constitucional en el departamento de La Guajira, con el fin de verificar la materialización de los planes, programas, actividades, instrumentos, mecanismos de cumplimiento diseñados y de las órdenes contenidas en autos proferidos por la Corte Constitucional en el marco de la citada providencia, así como para poner en marcha medidas correctivas, planes, programas, actividades y demás gestiones necesarias para el efectivo cumplimiento de la mentada sentencia y los autos respectivos.

La Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-302 del 2017, declaró el estado de

cosas inconstitucional en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales a la alimentación, la salud, el agua potable y la participación del pueblo wayúu; para superarlo estableció ocho objetivos constitucionales mínimos para alcanzar un estado de cosas acorde con el orden constitucional.

17. Resolución 591 (1.º de abril). Manual para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades. De esta manera, el presente manual aplica a las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que generen, identifiquen, separen, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, aprovechen, traten o dispongan finalmente los residuos generados en desarrollo de las actividades relacionadas en el artículo 2.8.10.2 del Decreto 780 del 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo modifique o sustituya. Para la aplicación del presente acto se tendrá un término de dieciocho meses, contados a partir de la entrada en vigor del acto administrativo, para dar cumplimiento a lo dispuesto. Durante este plazo deberán llevar a cabo lo establecido en la Resolución 1164 del 2002, expedida por los ministerios de Salud y Medio Ambiente, hoy ministerios de Salud y Protección Social y Ambiente y Desarrollo Sostenible.

18. Circular 014 (11 de abril). Declaratoria de alerta verde hospitalaria por cortes en el suministro de agua en Bogotá. Ante los cortes en el suministro de agua programados para ejecutarse a partir del 11 de abril del 2024, por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), que conllevará suspensiones alternadas del servicio de agua debido al bajo nivel de los embalses, la Secretaría Distrital de Salud declara la alerta verde hospitalaria en toda la ciudad, atendiendo las medidas de racionamiento establecidas por la EAAB para garantizar que las IPS públicas y privadas cuenten con el talento humano, los insumos y los recursos necesarios para responder ante contingencias, incluida la disponibilidad de reserva de este líquido vital.



19. Circular 1367 (31 de julio). Vigencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).

De esta manera, la habilitación de los RIPSS tendrá una vigencia de cinco años, a partir de su habilitación a través del módulo de redes, sin perjuicio de que la Supersalud en ejercicio de sus funciones de seguimiento al cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de red y de IVC, adopte las medidas pertinentes sobre la habilitación. La vigencia de la habilitación de las RIPSS que se venza a partir del 31 de julio del 2024 ampliará su vigencia hasta el 31 de enero del 2025. La presente resolución rige a partir de su fecha de publicación y reforma el artículo 10 de la Resolución 1441 del 2016, modificada por la Resolución 087 del 2024.

20. Resolución 1278 (22 de julio). Manual de identidad visual.

La presente resolución tiene por objeto adoptar el *Manual de identidad visual*, por medio de anexo único, el cual hace parte integral de este acto administrativo, siguiendo lo ordenado por la Ley 2345 del 30 diciembre del 2023. La implementación del *Manual de identidad visual* que adopta la presente resolución deberá aplicar en un término no mayor a 15 días. No obstante, se podrá continuar utilizando los elementos distintivos, papelería y material impreso o contratado hasta su agotamiento. En todo caso, la transición se hará con criterios de conservación del ambiente con el fin de generar la menor afectación posible.

21. Resolución 1197 (5 de julio). Certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de certificación de discapacidad y el RLCPD, este último como mecanismo para localizar, caracterizar y certificar a las personas con discapacidad. Para efectos de la valoración multidisciplinaria y del registro de la información, se tendrá en cuenta el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

El procedimiento corresponde a la valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que permite establecer la existencia de discapacidad a partir de la identificación de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona.

22. Resolución 1884 (30 de septiembre). Implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación, se hará en tres fases.

Mediante la presente resolución, se modifica el artículo 21 de la Resolución 2275 del 2023, modificado por el artículo 1 de la Resolución 558 del 2024, por tanto, la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación se hará en tres fases, definidas según la complejidad de los servicios prestados por las instituciones de salud:

- Prestadores de alta complejidad (grupo 1): los prestadores de salud con servicios de alta complejidad, habilitados y activos en el REPS con corte al 2 de septiembre del 2024, comenzarán a reportar a partir del 1.º de octubre del 2024. Con asistencia técnica, pruebas y pilotos del 1.º de octubre al 30 de noviembre del 2024.
- Prestadores de mediana complejidad (grupo 2): los prestadores con servicios de mediana complejidad, habilitados y activos en el REPS con corte al 2 de septiembre del 2024 iniciarán el reporte desde el 1.º de febrero del 2025. Con asistencia técnica, pruebas y pilotos del 1.º de diciembre del 2024 a 31 de enero del 2025.

- Prestadores de baja complejidad, profesionales independientes no obligados a generar FEV en salud, entidades con objeto social diferente y PTS (grupo 3): los prestadores de baja complejidad, profesionales independientes, entidades con objeto social diferente y proveedores de tecnologías en salud comenzarán el reporte a partir del 1.º de abril del 2025. Con asistencia técnica, pruebas y pilotos del 1.º de febrero al 31 de marzo del 2025.

23. Resolución 1885 (30 de septiembre). Modifica la adopción de los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el Manual único de devoluciones, glosas y respuestas. Con la presente resolución se modifica el artículo 12 de la Resolución 2284 del 2023, modificado por artículo 1 de la Resolución 627 del 2024; así, los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el *Manual único de devoluciones, glosas y respuestas* deberá ser implementado por grupos de la siguiente manera: grupo 1: prestadores de servicios de salud con servicios de alta complejidad habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de febrero del 2025; grupo 2: prestadores de servicios de salud con servicios de mediana complejidad habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de abril del 2025, y grupo 3: prestadores de servicios de salud con servicios de baja complejidad, profesionales independientes no obligados a FEV en salud y entidades con objeto social diferente habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de junio del 2025.

Los servicios y tecnologías en salud prestados o suministrados antes de la fecha de inicio establecida para cada uno de

los grupos definidos, dispondrán hasta el 31 de diciembre del 2025 para atender las disposiciones contenidas en la Resolución 3047 del 2008 y sus modificatorias.

24. Resolución 1886 (30 de septiembre). Modifica la implementación de los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, el seguimiento y los ajustes a los acuerdos de voluntades. Con la presente resolución se modifica el artículo 12 de la Resolución 2284 del 2023, modificado por artículo 1 de la Resolución 627 del 2024, así los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el *Manual único de devoluciones, glosas y respuestas* deberá ser implementado por grupos de la siguiente manera: grupo 1: prestadores de servicios de salud con servicios de alta complejidad habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de febrero del 2025; grupo 2: prestadores de servicios de salud con servicios de mediana complejidad habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de abril del 2025, y grupo 3: prestadores de servicios de salud con servicios de baja complejidad, profesionales independientes no obligados a FEV en salud y entidades con objeto social diferente habilitados y activos en REPS al 2 de septiembre del 2024, deberán iniciar a partir del 1.º de junio del 2025.

Los servicios y tecnologías en salud prestados o suministrados antes de la fecha de inicio establecida para cada uno de los grupos definidos, dispondrán hasta el 31 de diciembre del 2025 para atender las disposiciones contenidas en la Resolución 3047 del 2008 y sus modificatorias.

25. Resolución 2235 (18 de noviembre). Selección de colegios profesionales del área de la salud en los que se delegarán funciones públicas. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para la selección de colegios profesionales de las siguientes áreas de la salud, frente a los cuales se realizará la delegación de funciones

públicas dispuestas en el artículo 10 de la Ley 1164 del 2007: Fisioterapia, Fonoaudiología, Química, Enfermería, Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Optometría, Odontología, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y Nutricionistas Dietistas.

Cuando surtida la convocatoria ningún colegio cumpla las condiciones para la delegación de las funciones públicas de una profesión en el área de la salud, el ministerio las podrá delegar en otro colegio que esté cumpliendo funciones públicas de una disciplina afín y manifieste su interés en asumir nueva delegación.

Una vez en firme el acto administrativo que delega la función, el ministerio celebrará la respectiva acta de inicio con el colegio que haya sido seleccionado, con la especificación de las funciones delegadas y los demás aspectos incorporados en el acto de delegación.

26. Resolución 2004 (15 de octubre). Designa a los representantes que conformarán el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS). A través de la presente resolución, se nombran los representantes que conformaran el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS), por el término de dos años, así (a) IPS: PRINCIPAL Oscar Alonso Dueñas Araque y SUPLENTE Julio César Castellanos; (b) facultades de programas del área de la salud del sector público: PRINCIPAL Jesús Becerra Camargo y SUPLENTE Yaneth Mercedes Parrado Lozano; (c) facultades de los programas del área de la salud del sector privado: PRINCIPAL Gloria Mercedes Balen Trujillo y SUPLENTE Natalia Mejía Gaviria; (d) instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de salud: PRINCIPAL Gladys Mery Martín Bernal y SUPLENTE Ángela Sirley Pérez Méndez; (e) programas de educación superior del área de la salud: PRINCIPAL Esteban Bustamante Estrada y SUPLENTE Dora Patricia Bernal Campo; (f) asociaciones de las ocupaciones del área de la salud: PRINCIPAL Sandra Milena Jiménez Méndez y SUPLENTE Carlota Castro Quintana; (g) asociaciones de estudiantes de

programas del área de la salud: PRINCIPAL Nicole Vannesa Mancipe Rubiano y SUPLENTE Julián Esteban Bautista Ramos, y (h) asociaciones de las entidades aseguradoras: PRINCIPAL Julio Alberto Rincón Ramírez y SUPLENTE Carlos Enrique Cárdenas Rendón.

27. Resolución 2237 (18 de noviembre) . Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia 2025-2028. Con la presente resolución se adopta el Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia 2025-2028, para promover la apropiación de la seguridad social en el país, de acuerdo con los lineamientos propuestos por la Comisión Intersectorial de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social.

El Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia se implementará de manera gradual y progresiva a partir del 1.º de enero del 2025 dando respuesta a las metas e indicadores del anexo técnico, que hace parte integral del presente acto administrativo, atendiendo los objetivos generales y específicos de este. Los agentes del Sistema de Seguridad Social Integral en el marco de sus competencias deberán incluir los objetivos del Plan de la Cultura de la Seguridad de Social en Colombia dentro de sus políticas, normativas, procesos, acciones e iniciativas detalladas en el anexo técnico.

28. Decreto 1409 (22 de noviembre). Incluye a los promotores de salud como parte del equipo de salud. De esta manera, serán considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar Administrativo en Salud, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Promotor de Salud.

La oferta de formación de auxiliares promotores de salud deberá partir del proceso de identificación y análisis de las necesidades en salud de los territorios en función de los procesos de planificación y gestión del talento humano en salud. Su formación y certificación será realizada por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH) e instituciones de educación superior en los términos del párrafo 2 del artículo 2.6.4.1 del Decreto 1075 del 2015.

IV. Medicamentos, insumos y dispositivos médicos

- 1. Resolución 184 (8 de febrero). Adopta la Política de Dispositivos Médicos.** La presente resolución tiene por objeto adoptar la Política de Dispositivos Médicos contenida en el anexo técnico de la presente resolución. La Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social, realizarán un seguimiento anual a la ejecución de las acciones propuestas para el cumplimiento del objetivo de la presente política, presentando informes de avance anuales en el periodo comprendido entre el 2024 y el 2026 y un informe de cierre final en el 2027.
- 2. Resolución 224 (16 de febrero). Licencias, cupos para el acceso al uso del cannabis.** Se define que el licenciario de cultivo de plantas de cannabis psicoactivo contará con un plazo máximo de cuarenta y ocho meses contados a partir de la obtención de la cosecha para llevar cannabis psicoactivo a destino final, sea este su uso en investigación, exportación, entrega a un tercero a las operaciones del

licenciario o el ingreso al proceso de fabricación de producto terminado. Vencido este término, el material deberá ser llevado a disposición final.

En ningún caso el licenciario de fabricación de derivados podrá llevar a destino final un derivado psicoactivo de cannabis que no provenga de un cupo de fabricación de derivados, cupo excepcional de uso de excedentes o de uso de derivados psicoactivos o adquirido mediante importación o ingreso a zona franca desde el resto del mundo.

- 3. Resolución 560 (1.º de abril). Certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos (BPER) y se adopta el instrumento para su verificación.** La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos para obtener el certificado en BPER que expide el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y adoptar el instrumento para la verificación de estos, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo. De esta manera, la presente resolución deroga las resoluciones 4245 del 2015 y 529 del 2023.
- 4. Resolución 592 (11 de abril). Modifica anexos Lineamiento COVID-19.** Atendiendo al seguimiento del Instituto Nacional de Salud (INS) en su programa de caracterización genómica de SARS-CoV-2, en donde se realiza un seguimiento detallado de la circulación de variantes de preocupación y sus sublinajes, se destacó el predominio absoluto de variante ómicron con el 100% todo el 2023, siendo predominantes desde febrero el sublinaje XBB.1.5 y otros sublinajes de XBB (EG.5, XBB.1.16, HV.1). Por tanto, mediante la presente resolución, se modifica la Resolución 986 del 2023, modificada por la Resolución 1862 del 2023, con el propósito de cambiar parcialmente sus anexos, teniendo en cuenta que los biológicos tienen Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia actualizadas, de acuerdo con las actualizaciones de los laboratorios, en consideración de las cepas circulantes del virus.



Nos preguntan

De esta manera se modifica el artículo 1, el numeral 3 del Anexo 1 denominado “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19” y los numerales 4.1, 4.2 y 4.3 del Anexo 1 denominado “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19” de la Resolución 986 del 2023, modificada por la Resolución 1862 del 2023.

- 5. Ley 2386 (25 de julio). Política Nacional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico, Innovación y Producción de la Industria Farmacéutica.** La presente ley tiene por objeto establecer las pautas y los principios que orientan los principales instrumentos científicos, regulatorios y de fomento de la Política Nacional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico, Innovación y Producción de la Industria Farmacéutica para la Autonomía Sanitaria de Colombia, reconociendo al sector industrial farmacéutico para la salud humana y veterinaria como de carácter estratégico para, así mismo, proporcionar la disponibilidad oportuna de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, y para la tecnología sanitaria, la cual será considerada imprescindible para garantizar la vida, la salud y el bienestar de la población.

La Política Nacional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico, Innovación y Producción de la Industria Farmacéutica para la Autonomía Sanitaria constituye el conjunto de mecanismos y estrategias dirigidas a promover y fortalecer la investigación científica, el desarrollo tecnológico, la innovación y la producción, que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos, principios activos, productos biológicos, fitoterapéuticos, radiofármacos, materias primas y otros bienes productivos que cumplan con los estándares de calidad, seguridad y eficacia establecidos por la normatividad vigente, que sean fabricados y comercializados en Colombia.

- 6. Resolución 1442 (14 de agosto). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE 11) para la codificación de morbilidad y mortalidad en Colombia.**

Mediante la presente resolución el Ministerio de Salud y Protección Social adopta la Undécima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) 11 para la codificación de morbilidad y mortalidad en Colombia y establecer el periodo de transición de CIE 10 a CIE 11. El Anexo Técnico 1 de la presente resolución tiene como objetivo definir las actividades que deben seguir las diferentes actividades, actores y organismos para adoptar la CIE, teniendo en cuenta los lineamientos y herramientas provistos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las entidades, organizadores y autores a los que se refiere la presente resolución tendrán un plazo máximo de doce meses contados desde la publicación para implementar la CIE 11. Durante dicho periodo deberán dar cumplimiento a las actividades necesarias para la implementación de la CIE 11, previstas en el Anexo 1. La derogatoria de la Resolución 1895 del 2001 ocurrirá una vez finalice el periodo de los doce meses de transición establecidos en el presente acto administrativo.

- 7. Ley 2406 (15 de octubre). Modifica y adiciona la Ley 1384 del 2010-Sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha o que padecen cáncer.** Esta modifica la Ley 1384 del 2010 reconociendo para los efectos de esta ley como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer. En dicho marco, se ordena al Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, que dentro de un término no mayor a seis meses profiera un protocolo actualizado donde contemple

las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana de los tipos de cáncer con mayor mortalidad y prevalencia en el país, teniendo en cuenta lo siguiente:

(a) Todos los protocolos deben realizarse con base en la epidemiología local, los factores de riesgo asociados y la prevalencia por edades y género; (b) será necesario indicar el tipo de actividad, procedimiento o intervención de protección específica y detección temprana y la frecuencia con la que los médicos deberán ordenarlos para la efectiva prevención; (c) la elaboración de las respectivas normas técnicas y guías de práctica clínica, con base en estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para detección temprana en cada caso, y (d) el Ministerio de Salud y la Supersalud, por lo menos una vez al año, verificarán el cumplimiento de los protocolos.

- 8. Resolución 1895 (1.º de octubre). Plazo de entrada en operación y el reporte de afiliación y novedades (SAT), para la afiliación obligatoria y voluntaria de trabajadores independientes.** Con la presente resolución se amplía el término previsto para la entrada en operación del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para la afiliación obligatoria y voluntaria de los trabajadores independientes, así como incluir modificaciones al registro de novedades y disposición de otros servicios web.

Por tanto, se optimiza el manejo del SAT con respecto a los trabajadores independientes sea su afiliación obligatoria o voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales y poner a disposición de estos la plataforma

tecnológica que les permita realizar el proceso de afiliación y el reporte de novedades al citado al sistema de manera virtual. También se incluyen nuevas variables, relacionadas con el contratante de trabajadores independientes obligados a afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, así como otros reportes para ser dispuestos como servicio web a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y afiliados.

Por tanto, las ARL deberán verificar la información de los contratistas y de los trabajadores independientes afiliados voluntarios al Sistema General de Riesgos Laborales con vinculación activa, y reportar dicha información a través del sitio PISIS del SISPRO, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico N.º 1 y el cronograma de la presente resolución.

- 9. Circular 16 (7 de octubre). Deber de Gestión de Importación y Compra de Medicamentos Vitales No Disponibles.** De conformidad con la responsabilidad indelegable del aseguramiento de las EPS (artículo 14 de la Ley 1122 del 2007), mediante la presente circular el Ministerio de Salud y Protección Social exhorta a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para que realicen todas las gestiones necesarias e inmediatas para la importación de medicamentos vitales no disponibles, con el fin de evitar el desabastecimiento de aquellos medicamentos necesarios para la garantía y eficacia de los derechos fundamentales de la vida y la salud de toda la población colombiana. En especial, de aquellos sujetos de especial protección constitucional como son niños, niñas y adolescentes en los términos establecidos por la Constitución y la ley.

V. Inspección, vigilancia y control

- 1. Decreto 545 (30 de abril). Reglamentación de las sustancias modelantes invasivas e inyectables no permitidas-biopolímeros.** Mediante el presente decreto se reglamenta el registro de control de ventas de sustancias modelantes permitidas al que hace referencia el artículo 6 de la Ley 2316 del



Nos preguntan

2023. Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo del Invima, el diseño y puesta en funcionamiento del sistema de información que soporta el registro de control de ventas de sustancias modelantes permitidas de que trata el presente decreto, a través del cual, quien intervenga en el proceso de comercialización de cualquier sustancia sujeta al registro de control y realice transacciones primarias, secundarias o finales, deberá reportar la información en los términos del presente decreto, de forma tal que permita la trazabilidad sobre su procedencia, así como la individualización de cada uno de los actores que intervinieron en la operación de comercialización.

Quien efectúe una transacción primaria, secundaria o final, sobre cualquier sustancia objeto del presente registro, está obligado a suministrar la información en el mecanismo informático que disponga el Invima.

- 2. Circular 19 (30 de mayo). Actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios.** En esta circular la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos actualiza el precio máximo de venta para los mercados relevantes y los medicamentos que los conforman, sujetos al control directo de precios para las transacciones definidas en el artículo 2 de la Circular 06 del 2018, los cuales se detallan en la tabla de la presente circular.

El precio máximo de venta contenido en dicha tabla se da en función de la unidad de medida y el principio activo base del cálculo. Para obtener el precio máximo de venta por presentación comercial debe ser reconstruido de conformidad con la descripción técnica que soporta el registro sanitario. Si el actor que realiza la transacción final institucional es una IPS, esta puede adicionar al precio máximo de venta el margen del que trata el artículo 11 de la Circular 18 del 2024. Los precios máximos de venta de los mercados relevantes y los medicamentos que los conforman aplican para los medicamentos que tengan registro

sanitario o sean importados o fabricados bajo la modalidad de vitales no disponibles.

- 3. Resolución 980 (30 de mayo). Categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2024.** Esta resolución tiene por objeto categorizar el riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2024, una vez aplicada la metodología prevista en la Resolución 2509 del 2012, modificada a su vez por la Resolución 2249 del 2018. La categorización será la siguiente:

- Las ESE del nivel territorial que, con corte a 31 de diciembre del 2023, cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o en trámite de viabilidad por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 1.
- Las ESE incluidas en el documento *Estado de las Empresas Sociales del Estado remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público durante la vigencia 2021, 2022 y 2023, que presentaron incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero*, remitido por la Supersalud, o que se encuentra en medida de vigilancia especial o de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de dicha Superintendencia, que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 2.
- Las ESE del nivel territorial que se encuentran adelantando un acuerdo de reestructuración de pasivos ante la Supersalud, y que hacen parte del listado consultado en la página web de dicha Superintendencia que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 3.

- Las ESE del nivel territorial que al 30 de abril del 2024 tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud a este ministerio, con corte al 31 de diciembre del 2023, una vez aplicada la metodología definida en la Resolución 2509 del 2012, modificada por la resolución 2249 del 2018, se categorizan para la vigencia 2024 así: sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto, tal y como se relacionan en el Anexo Técnico N.º 4.

- 4. Resolución 1440 (14 de agosto). Lineamientos para que las ESE adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual.** Conforme a lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1438 del 2011, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir los lineamientos para que las juntas directivas de las ESE adopten sus estatutos de contratación y, dado que los procesos de selección de contratista que devengan de dichos estatutos involucran recursos del Presupuesto General de la Nación, conllevan a su vez la necesidad de la implementación de buenas prácticas y estándares en materia contractual en las ESE, que promuevan la transparencia y la libre competencia en el desarrollo de la gestión pública y prevenir así el daño antijurídico.

Por tal razón se realizan ajustes, con el fin de precisar algunos de los lineamientos dados, los cuales harán parte del Estatuto de Contratación de las ESE, en especial en lo que hace referencia a la contratación de proyectos de obras de adecuación, ampliación y construcción de infraestructura y de dotación biomédica, cuya fuente de financiación sean recursos del Presupuesto General de la Nación.

- 5. Circular 12 (25 de julio). Cumplimiento normativo dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas y el Servicio Social Obligatorio.** Por medio de la presente circular el Ministerio de Salud y Protección social exhorta a las IPS públicas y privadas al cumplimiento irrestricto de la Ley 1917 del 2018, el Decreto 780 del 2016 y demás normas regulatorias, a fin de que se cumplan los horarios máximos de turnos que deben desarrollar los residentes médicos, los cuales deben incluir todas las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas.

De esta manera, se resalta entre otros aspectos el cumplimiento de las condiciones mínimas que debe contener el contrato especial para la práctica formativa, y encargarse de hacer uso de los programas de promoción y prevención que brindan las ARL dentro de la relación docencia-servicio. En dicho marco se recuerda que el tiempo de la dedicación del residente en los prestadores no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana, la afiliación al SGSSS y al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), derecho a vacaciones sin que exceda los 15 días hábiles por año académico y el plan de trabajo o de práctica, propio del programa de formación.

Con respecto al servicio social obligatorio, se crean plazas equivalentes a cargos o puestos de trabajo en instituciones públicas o privadas, que permiten la vinculación legal o reglamentaria, a término o periodo fijo de los profesionales egresados de los programas del área de la salud, cumpliendo con las condiciones establecidas en la Resolución 774 del 2022. Por tanto, las plazas se proveerán mediante la vinculación de los profesionales a la institución mediante el nombramiento o el contrato de trabajo, dando cumplimiento estricto a las jornadas de descanso establecidas y sus compensatorios cuando se trabajan jornadas adicionales a la máxima legal.

- 6. Circular 10 (2 de julio). Instrucciones para el fortalecimiento de las acciones dirigidas al control**



del cáncer en Colombia-plan de choque. Atendiendo al Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”, el cual establece como prioridad el fortalecimiento de la detección temprana, la prevención, el acceso oportuno y el control del cáncer, se requiere la implementación de un plan de choque que permita definir acciones estratégicas y operativas prioritarias dirigidas a la atención integral del cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, próstata, gástrico y cáncer infantil.

Estos eventos priorizados representan una carga importante de la enfermedad en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad para la población colombiana, siendo susceptibles de ser sometidos a estrategias de detección temprana, tratamiento integral y oportuno. Este plan de choque se desarrollará por medio de un plan de acción integrado por cinco componentes: organización de la red de servicios en salud, fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud; programa de aseguramiento de la calidad; información, educación y comunicación, y seguimiento y monitoreo.

En razón a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología y la Supersalud, en el marco de sus competencias, se permiten impartir algunas instrucciones para cada actor, las cuales se encuentran descritas en la presente circular.

- 7. Circular 2024150000000009-5 (15 de agosto). Instrucciones frente a la garantía del acceso, calidad e integralidad de la interrupción voluntaria del embarazo.** Para fortalecer la IVC frente a la atención integral en salud para garantizar el acceso, oportunidad y calidad de la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a la población, según lo ordenado por la Corte Constitucional y la regulación del Ministerio de Salud y Protección Social, la Supersalud emite las siguientes instrucciones, de las cuales destacamos las siguientes para las IPS:

- Prestar el servicio integral de salud para las mujeres y personas gestantes que solicitan la IVE.
- Abstenerse de generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la jurisprudencia constitucional.
- Contar con profesionales de la salud sensibilizados en género, discapacidad y enfoque étnico-racial, así como capacitados en la prestación de servicios de IVE.
- Tomar las medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial o administrativo exija requisitos adicionales a los establecidos en la jurisprudencia constitucional.
- Cualquier acción que exija requisitos adicionales se entiende como totalmente prohibida.
- Definir previamente los profesionales que realizarán la IVE y efectuar capacitaciones y entrenamientos a todo el personal que intervenga para la atención oportuna y sin barreras.

- 8. Circular 2024151000000007-5 (17 de julio). Instrucciones generales y remisión de información financiera para la IVC.** Con el propósito de realizar mejoras que faciliten y fortalezcan las acciones de inspección y vigilancia de esta Superintendencia, mediante la presente circular se actualizan algunos de los anexos técnicos financieros para el reporte de información de todos los vigilados. De esta manera, el periodo de transición para que todos los vigilados puedan reportar la información de estos anexos técnicos con los ajustes que incorpora esta circular externa y los anexos que tengan alguna correlación y cruce con estos, al corte de junio del 2024, independiente de si su periodicidad de reporte es mensual, trimestral o semestral, irá hasta el 9 de agosto del 2024.

9. Circular 14 (28 de agosto). Imparte instrucciones a las entidades territoriales para la identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). El propósito de la presente circular es impartir instrucciones a las entidades territoriales que, de acuerdo con la normatividad, debieron haber actualizado, a más tardar el 5 de marzo del 2024, la clasificación de las personas afiliadas en el régimen subsidiado a la metodología IV del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). De igual manera, alude al deber que siguen teniendo las EPS en general, así como los programas de salud que administran las cajas de compensación familiar, para que informen a sus afiliados, por lo menos cada tres meses, la obligación de aplicarse la encuesta Sisbén en su última metodología. Así mismo, precisa las responsabilidades que tienen los afiliados del SGSSS con respecto a la solicitud o la actualización de la referida encuesta.

10. Circular Externa 202410000000010-5 (6 de septiembre). Medidas durante el proceso liquidatorio, asuntos pendientes entre la entidad en liquidación y la Adres. Mediante la presente circular, la Supersalud emite nuevas instrucciones sobre las medidas durante el proceso liquidatorio, la culminación y aclaración de los asuntos pendientes entre la entidad en liquidación y la Adres y se deroga lo dispuesto en la Circular 2022151000000001-5 del 2022.

11. Resolución 0102148 (12 de septiembre). Medidas de protección de los recursos del SGSSS. Mediante la presente resolución, la Adres adopta medi-

das administrativas adicionales para la protección de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud orientadas a evitar que se generen posibles fraudes conforme a los hallazgos encontrados por parte de las firmas auditoras y del Grupo de Auditoría Concurrente de la Dirección de Otras Prestaciones. De esta manera, ordenó suspender de manera inmediata los giros o transferencias de recursos del SGSSS por todo concepto para los prestadores descritos en el listado de la presente resolución al no evidenciarse su infraestructura física en la dirección reportada en el formulario de reclamaciones, así como en el REPS. Por tanto, las EPS y EOC no podrán programar giro directo a favor de los prestadores referidos hasta tanto se compruebe lo establecido en el inciso 3 del artículo 15 del Decreto Ley 1281 del 2002.

12. Resolución 2024320030012632-6 (13 de septiembre). Prorroga la intervención forzosa administrativa para administrar a Famisanar EPS SAS. Mediante la presente resolución, la Supersalud prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar ordenada a través de la Resolución 2023320030005625-6 del 15 de septiembre del 2023 a Famisanar EPS SAS, por el término de un año, esto es, hasta el 15 de septiembre del 2025 con la imposición de unas órdenes específicas que permitan a la entidad superar los hallazgos e incumplimientos evidenciados por la Superintendencia en las actuaciones de seguimiento y monitoreo a la medida, así como en el seguimiento propio que se adelanta a la entidad, sin perjuicio de las demás actuaciones y decisiones a que hubiere lugar y dando continuidad a la doctora Sandra Milena Jaramillo Ayala como interventora, así como a Nexia Montes & Asociados SAS como firma contralora.

Lon anterior, teniendo en cuenta que a la fecha Famisanar EPS presenta una situación financiera crítica, incumpliendo las condiciones de habilitación



Nos preguntan

financiera (capital mínimo, patrimonio adecuado y reservas técnicas), manteniéndose en las causales de los literales (e), (g), (h) e (i), del artículo 114 del Decreto Ley 663 de 1993.

13. Resolución 2024130000012631-6. (13 de septiembre). Prorroga la intervención forzosa administrativa para liquidar la EPS Convida.

Mediante la presente resolución la Supersalud prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar de la EPS Convida en liquidación, identificada con NIT 899.999.107-9, ordenada mediante la Resolución 2022320030005874-6 del 14 de septiembre del 2022, por el término de seis meses, esto es, hasta el 14 de marzo del 2025.

14. Resolución 2024320030013709-6 (7 de octubre). Intervención forzosa administrativa para administrar a Capresoca EPS.

Con la presente resolución se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a la Caja de Previsión Social del Casanare (Capresoca EPS), por el término de un año, es decir, desde el 7 de octubre del 2024 hasta el 7 de octubre del 2025, por la crítica situación de índole administrativa, financiera, de entrega de medicamentos, incremento en el número de tutelas y descatos, así como un aumento importante en las quejas de sus usuarios. Así mismo, se evidenció el no cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado para las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 con corte a junio, entre otras causales.

15. Resolución 2024130000014550-6 (30 de octubre). Prorrogar la intervención forzosa administrativa para liquidar de MEDIMAS EPS.

De esta manera, mediante la presente resolución se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, ha-

beres y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Medimás EPS SAS en liquidación, ordenada mediante la Resolución 2022320000000864-6 del 8 de marzo del 2022, por el término un mes y quince días, esto es, hasta el 15 de diciembre del 2024, teniendo en cuenta que se debe garantizar el cumplimiento de las distintas etapas del proceso liquidatorio, junto con los principios de la gestión administrativa del artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, llegando hasta la terminación de la existencia legal de la intervenida, conforme lo previsto en la Ley 663 de 1993, el Decreto 2555 del 2010 y demás normas aplicables.

16. Resolución 2024130000014602-6 (31 de octubre). Prorroga la intervención forzosa administrativa para liquidar de Comfaguajira.

A través de la presente resolución se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar del Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira (Comfaguajira) en liquidación, ordenada mediante la Resolución 20223200000007627-6 del 3 de noviembre del 2022, por el término de seis meses, esto es, hasta el 4 de mayo del 2025, teniendo en cuenta que se debe garantizar el cumplimiento de las distintas etapas del proceso liquidatorio, junto con los principios de la función administrativa artículo 209 de la Constitución Política, llegando hasta la terminación de la existencia legal de la intervenida, conforme lo previsto en la Ley 663 de 1993 (EOSF) y el Decreto 2555 del 2010. **■**



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:



Siemens Healthineers: 70 años de innovación, digitalización y visión para el futuro del sector salud colombiano

La digitalización y el uso de la inteligencia artificial serán clave para mejorar los diagnósticos y la puesta en marcha de tratamientos médicos más personalizados en las próximas décadas.



Cortesía Siemens Healthineers

Francisco Vélez, director general de Siemens Healthineers para Colombia, Perú y Ecuador, presentó la visión y planes para el futuro de la compañía en Colombia

Con motivo de su trayectoria en el país, Siemens Healthineers celebró recientemente una importante reunión de líderes, donde se reflexionó sobre los 70 años de presencia directa y evolución en el sector de la salud en Colombia. En este encuentro se puso de relieve cómo las soluciones tecnológicas de la compañía han sido parte integral del desarrollo del sector, transformando no solo las infraestructuras, sino también el acceso y la calidad de los servicios médicos en Colombia.

Desde 1928, mucho antes de su entrada directa al país, Siemens Healthineers ha estado a la vanguardia de la innovación en el sector salud colombiano. En 1979, la compañía introdujo las primeras cámaras gamma del país, marcando el inicio de su liderazgo en medicina nuclear. Hoy en día, sigue siendo una referencia en el ámbito de la tecnología médica abarcando desde equipos de imágenes de alta precisión hasta soluciones digitales avanzadas que optimizan la atención de salud en diversas regiones del país.

Durante la reunión se destacó la visión de la compañía, que ha ido más allá de la provisión de equipos médicos. A lo largo de las décadas ha sido un aliado estratégico para el país, proporcionando soluciones como el suministro de rayos X portátiles o la implementación de tecnologías que apoyan la lucha contra enfermedades crónicas como el cáncer y otras tantas neurológicas y cardíacas. El modelo de colaboración entre Siemens Healthineers y diversas instituciones de salud ha permitido mejorar la atención médica, a la vez que se han promovido avances en la medicina de precisión y el tratamiento de enfermedades con alta prevalencia.

El evento también sirvió como espacio para pensar en el futuro de la salud en Colombia. Con el constante desafío de garantizar una atención de calidad en el ámbito nacional, la compañía reafirmó su compromiso de seguir

innovando y colaborando con el Gobierno, las instituciones de salud y el sector privado para enfrentar los nuevos retos del sector. Los líderes presentes coincidieron en que la digitalización y el uso de la inteligencia artificial serán clave para mejorar los diagnósticos y la puesta en marcha de tratamientos médicos más personalizados en las próximas décadas.


Uno de los momentos fundamentales del encuentro fue la discusión sobre las iniciativas de sostenibilidad de la compañía en el sector salud. A lo largo de los años se han implementado soluciones tecnológicas que no solo mejoran la eficiencia operativa de las instituciones de salud, sino que también promueven la sostenibilidad ambiental. Desde la reducción de la huella de carbono en hospitales hasta la optimización del consumo energético en equipos médicos, Siemens Healthineers se mantiene comprometido con un futuro más verde y sostenible.

“La digitalización y la innovación han transformado positivamente el sector salud mejorando la calidad y la eficiencia en la atención. De allí que nos mantenemos comprometidos con mejorar la accesibilidad, la innovación y la precisión, con el fin de velar por el cuidado de la salud y poner en el centro las necesidades del paciente” comentó Francisco Vélez, director general de Siemens Healthineers para Colombia, Perú y Ecuador.

Finalmente, la compañía reafirmó su compromiso con Colombia, país

La compañía reafirmó su compromiso de seguir innovando y colaborando con el Gobierno, las instituciones de salud y el sector privado para enfrentar los nuevos retos del sector.

en el que ha tenido un impacto significativo no solo en el sector salud, sino también en las áreas de infraestructura, energía e industria. Con una presencia de más de 70 años en territorio nacional, la empresa continúa siendo un pilar fundamental en la transformación digital y la modernización de sectores clave para el desarrollo económico y social del país.

Siemens Healthineers es un proveedor global de equipos, soluciones y servicios para el cuidado de la salud, con actividad en más de 180 países y representación directa en más de 70. El grupo está formado por Siemens Healthineers AG, que cotiza como SHL en Fráncfort, Alemania, y sus filiales. Como empresa líder en tecnología médica, Siemens Healthineers se ha propuesto mejorar el acceso a la salud de las comunidades más vulnerables de todo el mundo y se esfuerza por combatir las enfermedades más amenazadoras. La empresa opera principalmente en las áreas de imágenes, diagnóstico, tratamiento del cáncer y terapias mínimamente invasivas, potenciadas por la tecnología digital y la inteligencia artificial. 

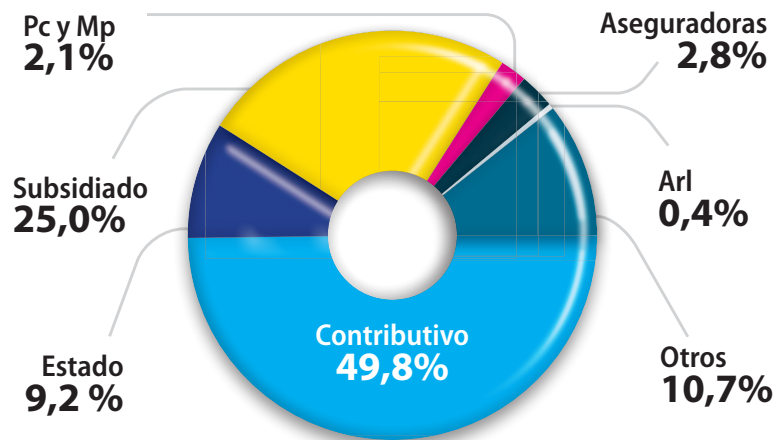
Cartera hospitalaria a junio del 2024, estudio ACHC

El más reciente estudio de seguimiento de cartera hospitalaria, realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) con corte a 30 de junio del 2024, revela que a un grupo de 225 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las entidades promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, las aseguradoras SOAT¹, las compañías de medicina prepagada y planes complementarios, los entes territoriales, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social

en Salud (Adres) y el extinto Fosyga, les adeudaban por servicios de salud prestados a sus afiliados 18,9 billones de pesos, lo que significa un incremento del 12,8% con respecto al semestre anterior.

El estudio señala que la concentración de la cartera que se encuentra en mora (mayor a 60 días)² corresponde al 55% (10,4 billones de pesos) y explica que con respecto al corte a diciembre del 2023 hubo un incremento de la concentración de la mora en 1 punto porcentual (figura 1).

Figura 1. Participación cartera por tipo de deudor (sin deterioro)



Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Al desagregar por edades la cartera que tiene cada tipo de deudor, se observa que las entidades agrupadas en la categoría Estado son las que tienen una mayor concentración

de deuda en mora con el 68,6%; las EPS del régimen subsidiado tienen el 65,1% de su cartera en mora y las EPS del contributivo concentran el 53,0% en deudas morosas (tabla 1).

¹ Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

² Según lo estipulado en el artículo 13, literal (d) de la Ley 1122 del 2007, referente al flujo y la protección de los recursos, por concepto de prestación de servicios en salud por parte de las IPS.

Tabla 1. Composición de cartera por tipo de deudor y edades (sin deterioro)

Tipo de deudor	A 30 días y cte. (\$)	%	31-60 días (\$)	%	61-90 días (\$)	%	Más de 91 días (\$)	%	Total (\$)	Comparativo Total (%)	
										Jun. 2024	Dic. 2023
Contributivo	3.668.128.739	38,9	766.608.098	8,1	581.772.098	6,2	4.424.118.407	46,9	9.440.627.343	49,8	50,1
Estado	480.114.570	27,4	69.521.039	4,0	74.776.993	4,3	1.127.059.003	64,3	1.751.471.605	9,2	8,8
Subsidiado	1.322.924.660	27,9	333.484.110	7,0	260.935.344	5,5	2.822.633.209	59,5	4.739.977.322	25,0	23,2
PC y MP	338.858.222	84,8	9.755.570	2,4	6.969.457	1,7	44.104.426	11,0	399.687.674	2,1	2,0
Aseguradora	195.221.943	36,9	23.316.206	4,4	21.413.806	4,0	289.090.266	54,6	529.042.221	2,8	3,0
ARL	48.082.865	61,0	3.357.826	4,3	2.624.400	3,3	24.803.121	31,4	78.868.213	0,4	0,3
Otros	1.143.877.072	56,6	121.938.797	6,0	77.675.799	3,8	676.841.468	33,5	2.020.333.137	10,7	12,6
Total	7.197.208.072	38,0	1.327.981.646	7,0	1.026.167.897	5,4	9.408.649.902	49,6	18.960.007.516	100,0	100

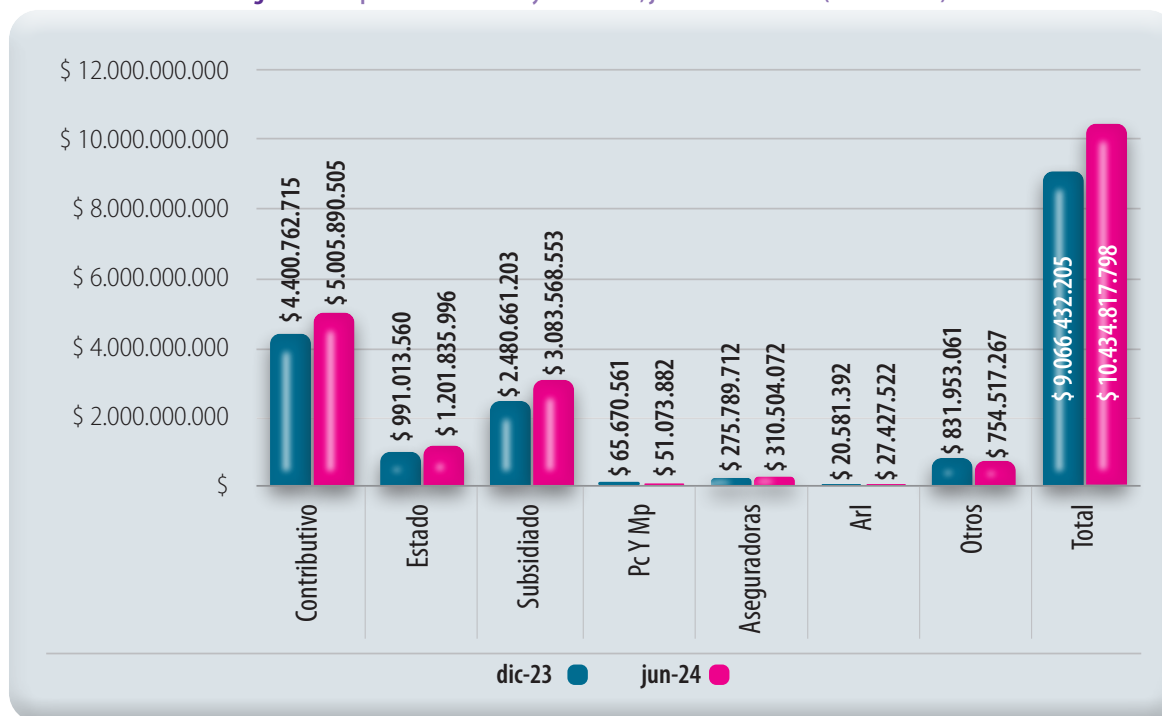
Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

En comparación con diciembre del 2023 (figura 2), el total de la cartera morosa incrementó en 1,4 billones de pesos aproximados, lo que representa un incremento del 15,1%; dicho crecimiento se ve impulsado principalmente por la

cartera morosa de las EPS del régimen contributivo, que aumentó en 605.127 millones (13,8%), seguido de las EPS del régimen subsidiado, la cual aumentó en 602.907 millones (24,3%). Por su parte, la deuda morosa de la categoría Estado se incrementó en 210.822 millones (21,3%).

Figura 2. Comparativo cartera mayor a 60 días, jun. 2024-dic. 2023 (sin deterioro)



Nota: cifras en miles de pesos.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Deudas de entidades promotoras de salud del régimen contributivo

La deuda de las EPS del régimen contributivo (EPS-C) a junio del 2024 ascendió a los 9,4 billones de pesos, con una morosidad del 53,0%. Del total de la deuda 8 billones de pesos (85,6%) corresponden a 13 EPS-C que, a la fecha de la elaboración de este estudio, se encuentran en operación, teniendo una morosidad de aproximadamente el 45,1%, mientras que los restantes 1,4 billones de pesos (14,4%) corresponden a 16 EPS-C que fueron liquidadas; el 100% de esta cartera se encuentra en mora.

Con respecto a la deuda de las EPS-C en operación, se observa que la principal deudora es Nueva EPS, que cuenta con habilitación para operar en ambos regímenes, con aproximadamente 3,6 billones de pesos, lo que representa

aproximadamente el 37,8% del total de la deuda de las EPS-C y una morosidad del 53,3%; en segundo lugar se ubica EPS-C Sanitas con una deuda de más de 1,2 billones de pesos, lo que representa el 13,1% del total de la deuda de las EPS-C y una morosidad del 39,3%; en tercer lugar EPS-C Sura con una deuda total de 660.000 millones de pesos aproximados (7,0% del total de las EPS-C) y una morosidad del 22,0%, seguida de Compensar EPS-C con una cartera de 612.000 millones de pesos, siendo esto el 6,5% del total de la deuda de las EPS-C con una morosidad del 28,9%; por último, entre las 5 principales deudoras en operación del régimen contributivo, se encuentra la EPS Famisanar con una deuda de más de 563.000 millones de pesos (6,0% del total de las EPS-C) y una morosidad del 53,4%.

Tabla 2. Composición de cartera por deudores del régimen contributivo en operación y edades (sin deterioro)

EPS-C	1 a 30 días y cte. (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total, jun. 2024 (\$)	Total, dic. 2023 (\$)	Total EPS-C (%)
Nueva EPS	1.287.204.864	377.848.619	318.504.388	1.585.675.577	53,3	3.569.233.447	2.885.508.451	37,8
Sanitas	667.907.260	84.438.888	43.591.541	442.656.050	39,3	1.238.593.739	985.927.593	13,1
Sura	474.691.787	39.865.192	25.260.632	120.046.098	22,0	659.863.709	596.332.757	7,0
Compensar	358.650.259	76.189.190	46.727.563	130.397.259	28,9	611.964.271	498.422.684	6,5
Famisanar	201.504.917	61.303.600	54.808.925	246.111.442	53,4	563.728.884	526.623.585	6,0
Salud Total	244.531.747	49.481.780	27.621.062	140.409.840	36,4	462.044.430	416.658.953	4,9
Coosalud	180.245.490	47.830.064	31.927.031	176.379.636	47,7	436.382.220	470.995.666	4,6
S.O.S.	137.947.047	17.958.847	19.253.390	120.931.394	47,3	296.090.679	254.667.751	3,1
Comfenalco Valle	49.101.854	4.203.971	10.427.836	89.030.144	65,1	152.763.805	135.039.672	1,6
Aliansalud	33.659.685	1.833.717	1.659.738	8.025.516	21,4	45.178.656	47.427.258	0,5
Mutual Ser	32.367.835	5.628.093	1.977.729	4.804.312	15,1	44.777.968	3.673.100	0,5
Salud Mía	175.455	6.583	6.741	32.340	17,7	221.120	250.971	0,0
Salud Bolívar	140.539	19.555	5.522	42.082	22,9	207.698	80.457	0,0
Total	3.668.128.739	766.608.098	581.772.098	3.064.541.690	45,1	8.081.050.626	6.821.608.899	85,6

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

En este grupo las EPS-C con una menor deuda son Salud Bolívar, Salud Mía, Mutual Ser, Aliansalud y Comfenalco Valle, que en conjunto le deben a las 225 IPS reportantes 243.000 millones de pesos (el 2,6% de la deuda total de todo el régimen contributivo), con una mora de aproximadamente 116.000 millones de pesos.

Deudas de las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado

El estudio muestra, con respecto a las EPS del régimen subsidiado (EPS-S), que la deuda ascendió a 4,7 billones de pesos aproximados,

con una morosidad del 65,1%. De este volumen total de deuda 3,6 billones de pesos aproximados (75,2%) corresponden a 17 EPS-S que, a la fecha de la elaboración de este estudio, se

encuentran en operación, con una morosidad del 53,5%. Los restantes 1,2 billones de pesos aproximados (24,8%) corresponden a 34 EPS-S que fueron liquidadas o fusionadas, con el 100% de esta cartera en mora (tabla 3).

Tabla 3. Composición de cartera por deudores del régimen subsidiado en operación y edades (sin deterioro)

EPS-S	1 a 30 días y cte. (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total, jun 2024 (\$)	Total, dic 2023 (\$)	Total EPS-S (%)
Emssanar	167.905.288	60.500.035	54.798.780	369.844.785	65,0	653.048.888	545.973.099	13,8
Savia Salud	283.950.163	55.070.102	36.735.656	265.170.244	47,1	640.926.166	561.555.768	13,5
Nueva EPS	237.354.064	68.738.148	53.840.853	267.056.863	51,2	626.989.928	265.937.075	13,2
Asmet Salud	80.621.409	26.629.535	34.735.172	284.159.743	74,8	426.145.859	387.941.925	9,0
Coosalud	102.429.013	29.441.351	21.342.282	133.290.933	54,0	286.503.578	179.750.507	6,0
Capital Salud	114.214.307	22.803.346	12.776.499	29.316.750	23,5	179.110.901	136.573.830	3,8
Cajacopi	56.841.733	11.127.960	10.011.254	91.492.659	59,9	169.473.606	155.966.982	3,6
Mutual Ser	105.830.900	22.778.706	11.800.290	26.605.766	23,0	167.015.661	202.797.357	3,5
A.I.C.	77.914.133	13.613.794	9.188.495	40.251.440	35,1	140.967.862	114.019.658	3,0
Mallamas	27.945.004	6.477.939	5.752.361	44.308.884	59,3	84.484.188	73.213.064	1,8
Pijao Salud	13.289.215	4.728.153	3.044.179	39.071.038	70,0	60.132.585	46.893.357	1,3
Comfaorient	22.552.684	4.268.951	1.883.235	15.350.972	39,1	44.055.841	35.467.864	0,9
Capresoca	5.396.929	2.408.275	2.336.981	22.647.252	76,2	32.789.437	47.114.173	0,7
EPS Familiar de Colombia	11.127.423	1.046.509	1.161.810	9.712.318	47,2	23.048.061	21.529.424	0,5
Comfachoco	9.575.515	1.418.953	894.877	7.055.010	42,0	18.944.356	19.952.235	0,4
Anas Wayuu	4.259.150	2.177.361	436.455	234.041	9,4	7.107.008	5.404.867	0,1
Dusakawi	1.420.397	197.784	185.914	2.514.689	62,5	4.318.784	4.617.017	0,1
Total	1.322.627.326	333.426.902	260.925.093	1.648.083.386	53,5	3.565.062.707	2.804.992.698	75,2

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

En cuanto a la deuda que tienen las EPS-S en operación, se observa que la principal deudora es Emssanar con 653.000 millones de pesos, concentrando el 13,8% del total de la deuda de las EPS-S, y una mora de 423.000 millones de pesos aproximados (65,0%). Las siguientes EPS-S con un mayor volumen de deuda total son Savia Salud (Alianza Medellín Antioquia), Nueva EPS y Asmet Salud con 641.000 millones de pesos (13,5% del total de la deuda del régimen subsidiado), 627.000 millones de pesos (13,2 % del total de la deuda del régimen subsidiado) y 426.000 millones de pesos (9,0% del total de la deuda del

régimen subsidiado), respectivamente. La cartera mayor a 60 días es de aproximadamente 302.000 millones de pesos (47,1,3%) en el caso de Savia Salud; 321.000 millones de pesos (51,2%) en el caso de Nueva EPS y 319.000 millones de pesos (74,8%) en el caso de Asmet Salud.

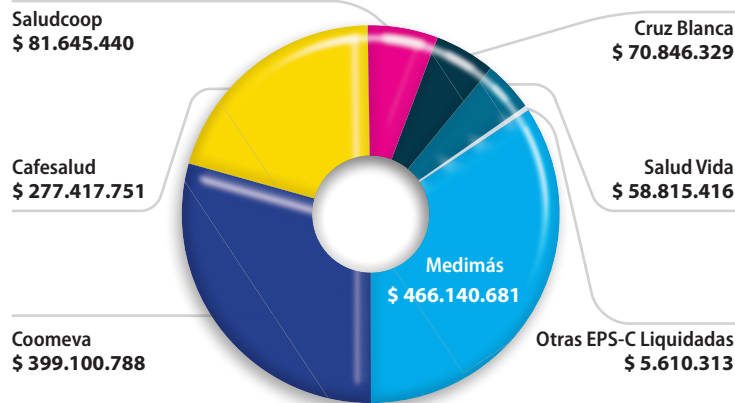
Cerrando las 5 principales EPS-S deudoras se encuentra Coosalud (deuda identificable para su habilitación en el régimen subsidiado) y con la doble habilitación, que adeuda aproximadamente en total 286.000 millones de pesos (6,0% del total de la deuda del régimen subsidiado), con una mora del 54,0%, equivalente a 155.000 millones de pesos.

Deudas de entidades liquidadas

Con respecto a las EPS del régimen contributivo que fueron liquidadas, la deuda correspondiente a 16 entidades asciende a 1,4 billones de pesos, siendo la mayor deudora de este grupo Medimás, la cual concentra el 34,3%, Coomeva con el 29,4% y Cafesalud con el 20,4%.

Otras EPS-C liquidadas que aparecen son Saludcoop con el 6,0%, Cruz Blanca con el 5,2% y Salud Vida (deuda identificable para su habilitación en el régimen contributivo) con el 4,3%. Cabe recordar que el 100% de la cartera de las EPS liquidadas se encuentra en mora (figura 3).

Figura 3. Concentración cartera EPS-C liquidadas (sin deterioro)



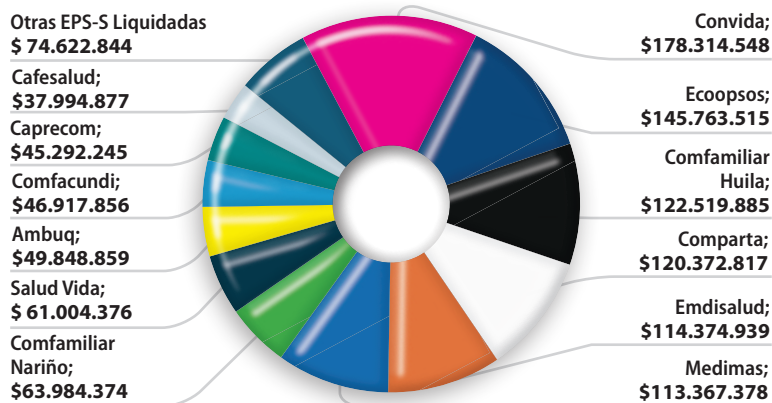
Nota: cifras en miles de pesos.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

El estudio de la ACHC indica que, con respecto a las EPS del régimen subsidiado que fueron liquidadas, la deuda se aproxima a 1,2 billones de pesos, siendo las más relevantes por su concentración de deuda: Convida quien tiene una deuda total de 178.000 millones de pesos (15,2% del total de la deuda de las EPS-S liquidadas); Ecoopsos, que debe 146.000 millones de pesos, lo que

representa el 12,4%; Comfamiliar Huila concentra el 10,4%, es decir 123.000 millones de pesos; EPS Comparta adeuda 120.000 millones de pesos, lo que representa el 10,2% del total de las EPS-S liquidadas; Emdisalud y Medimás que concentran cada una el 9,7% dentro de las más destacadas (figura 4).

Figura 4. Concentración cartera EPS-S liquidadas (sin deterioro)



Nota: cifras en miles de pesos.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Deudas de entidades en medidas especiales

Con respecto a la cartera que tienen estas 9 EPS, es importante mencionar que en conjunto adeudan más de 8 billones de pesos, lo que representa el 69,1% del total de la deuda que tienen las EPS que se encuentran en operación. Adicionalmente, este grupo de 9 EPS tiene una cartera mayor a 60 días de 4,2 billones de pesos, es decir una concentración de cartera en mora del 52,5%. Sin embargo, si se confronta la cartera en mora de estas EPS frente al total de la cartera en mora que tienen todas las EPS en operación (aproximadamente 5,6 billones de pesos), se observa que este grupo de entidades

concentra el 76,1% del total de la cartera en mora, lo cual es significativamente representativo (tabla 4).

De forma desagregada, las EPS con una concentración de cartera morosa alta son Capresoca y Asmet Salud, ambas con intervención para administrar, con el 76,2% y el 74,8% respectivamente. La siguiente EPS de este grupo con mayor concentración de cartera morosa es Emssanar, intervenida para administrar con el 65,0%, seguida de Dusakawi con vigilancia especial (62,5%) y Famisanar con el 53,4%, también intervenida para administrar. A continuación, se encuentran Nueva EPS y S.O.S con una cartera morosa del 53,0% y el 47,3% respectivamente.

Tabla 4. Composición de cartera por deudores con medidas especiales y edades (sin deterioro)

EPS	1 a 30 días y cte. (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total jun. 2024 (\$)	Total dic. 2023 (\$)
Nueva EPS	1.524.558.928	446.586.766	372.345.241	1.852.732.439	53,0	4.196.223.375	3.151.445.526
Sanitas	667.907.260	84.438.888	43.591.541	442.656.050	39,3	1.238.593.739	985.927.593
Emssanar	167.905.288	60.500.035	54.798.780	369.844.785	65,0	653.048.888	545.973.099
Savia Salud	283.950.163	55.070.102	36.735.656	265.170.244	47,1	640.926.166	561.555.768
Famisanar	201.504.917	61.303.600	54.808.925	246.111.442	53,4	563.728.884	526.623.585
Asmet Salud	80.621.409	26.629.535	34.735.172	284.159.743	74,8	426.145.859	387.941.925
S.O.S.	137.947.047	17.958.847	19.253.390	120.931.394	47,3	296.090.679	254.667.751
Capresoca	5.396.929	2.408.275	2.336.981	22.647.252	76,2	32.789.437	47.114.173
Dusakawi	1.420.397	197.784	185.914	2.514.689	62,5	4.318.784	4.617.017
Total (EPS con medidas)	3.071.212.337	755.093.831	618.791.601	3.606.768.040	52,5	8.051.865.809	2.328.493.318
Total (EPS operando)	4.991.053.399	1.100.092.208	842.707.442	4.712.714.204	47,7	11.646.567.253	9.626.601.598

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Frente a diciembre del 2023, estas 9 EPS incrementaron su cartera total en el 245,8%, más de 5,7 billones de pesos

por la inclusión de Nueva EPS y Sanitas, que son las que mayores saldos de deuda presentan dentro del conjunto



Cifras del sector

de entidades evaluadas; y la concentración de la cartera morosa en 2,2 puntos porcentuales, pasando del 50,3% en diciembre al 52,5% en junio del 2024. La EPS que tuvo un mayor incremento absoluto en su cartera total, entre diciembre del 2023 y junio del 2024, fue Nueva EPS con más de 1 billón de pesos, lo que representa un incremento del 33,2%. La segunda y tercera EPS con mayor incremento absoluto en su cartera total fueron Sanitas con un incremento de más de 253.000 millones de pesos (25,6%) y Emssanar con un incremento de 107.000 millones de pesos (19,6%).

Deudas del Estado

En la categoría Estado, para este corte, la deuda total ascendió a aproximadamente 1,7 billones de pesos con una mora de 1,2 billones de pesos (68,6%). Al desagregar este valor por los deudores que componen esta categoría se observa que los Entes Territoriales

son los que concentran un mayor porcentaje de esta cartera con el 41,3%, lo que representa más de 723.000 millones de pesos. A continuación, se encuentra la Adres³ que adeuda el 29,5% de esta cartera, de aproximadamente 516.000 millones de pesos. En tercer lugar, aparece la categoría Otras, que es una subcategoría donde se agrupan diferentes instituciones públicas pertenecientes al Estado: la Rama Judicial, la Unidad de Gestión de Riesgos de Desastres, Inspecciones de Policía, la Rama Ejecutiva, entre otras, y que en su conjunto adeudan aproximadamente 429.000 millones de pesos (el 24,5% del total de la deuda de la categoría Estado). Por último, el extinto Fosyga adeuda 83.000 millones de pesos a las instituciones reportantes, lo que representa el 4,8% del total de la deuda (tabla 5).

Tabla 5. Composición de cartera por deudores del estado y edades, ambos escenarios (sin deterioro)

Deudor	1 a 30 días y cte. (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total jun. 2024 (\$)	Total dic. 2023 (\$)
Entes Territoriales	102.473.563	26.128.907	24.991.787	569.568.430	82,2	723.162.686	662.238.482
Adres	166.055.897	18.287.853	23.112.876	308.722.128	64,3	516.178.754	325.111.053
Fosyga (extinto)				83.313.640	100,0	83.313.640	93.900.621
Otras	211.585.110	25.104.280	26.672.330	165.454.806	44,8	428.816.526	393.136.531
Total	480.114.570	69.521.039	74.776.993	1.127.059.003	68,6	1.751.471.605	1.474.386.687

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Al realizar la desagregación por edades de cartera, se observa que existe una alta morosidad tanto en los Entes Territoriales como en la Adres (esta es del 82,2% y del 64,3% respectivamente). Cabe resaltar que como el Fos-

yga es una institución que ya no se encuentra operando, toda su cartera está en mora. Con respecto a diciembre del 2023, la cartera de la Adres incrementó el 58,9% (aproximadamente 191.000 millones de pesos), igual que las carteras de los Entes Territoriales y Otras entidades del Estado que presentaron aumentos del 9,2% y del 9,1%.

Al desagregar la subcategoría Entes Territoriales en las 33 divisiones político-administrativas

³ La deuda referida a Adres corresponde al proceso relacionado con el reconocimiento y pago de Reclamaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Terroristas, es decir, no se tienen en cuenta los demás procesos de reconocimiento, pago y giro de recursos a favor de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

que componen el país, se destaca que el departamento de Norte de Santander es el que más adeuda a las 225 instituciones reportantes con 138.000 millones de pesos aproximados, lo que representa el 19,1% del total de la deuda de los Entes Territoriales. En segundo y tercer lugar, se encuentra Bogotá D. C. con una deuda total que supera los 137.000 millones de pesos (19,0% del total) y Otros Municipios

no Clasificados en la que se agrupa municipios deudores de difícil identificación con respecto a su departamento de pertenencia y que adeudan en su conjunto más de 92.000 millones de pesos (12,8% del total de la deuda de los Entes Territoriales). Por su parte, Antioquia y Valle del Cauca adeudan 69.000 millones (9,6% del total) y 65.000 millones de pesos (9,0%) respectivamente (tabla 6).

Tabla 6. Composición de cartera por deudores de Entes Territoriales y edades (sin deterioro)

Departamento	1 a 30 días más corriente (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días	Más de 91 días (\$)	Total (\$)	Cartera morosa (%)
Norte de Santander	4.969.416	4.433.368	3.719.522	124.691.490	137.813.795	93,2
Bogotá D. C.	33.856.402	5.307.550	7.088.969	91.374.668	137.627.588	71,5
Otros municipios no clasificados	11.708.924	1.809.462	2.476.398	76.526.910	92.521.693	85,4
Antioquia	20.693.854	5.641.438	5.332.274	37.494.508	69.162.074	61,9
Valle del Cauca	9.776.123	3.073.997	1.905.834	50.439.823	65.195.777	80,3
Boyacá	276.060	332.999	447.178	25.702.532	26.758.769	97,7
Cundinamarca	2.257.582	428.576	581.680	17.500.477	20.768.315	87,1
Córdoba	258.930		99	17.707.744	17.966.773	98,6
Nariño	546.716	92.592	453.719	15.443.525	16.536.552	96,1
Huila	3.821.896	1.915.442	771.582	9.306.021	15.814.942	63,7
Risaralda	5.965.274	1.976.538	1.022.887	4.731.418	13.696.117	42,0
Bolívar	442.925	87.180	114.856	11.605.886	12.250.848	95,7
Quindío	622.723	109.359	75.595	10.390.977	11.198.655	93,5
Tolima	607.044	519.967	346.266	8.697.943	10.171.220	88,9
Cauca	335.876	139.758	3.576	8.809.149	9.288.359	94,9
Santander	1.419.806	30.805	96.064	7.684.462	9.231.138	84,3
La Guajira	26.458	1.297		8.448.376	8.476.131	99,7
Atlántico	519.176	12.061	14.907	6.219.457	6.765.601	92,1
Putumayo	205.543	64.198	130.783	4.940.536	5.341.059	94,9
Meta	1.365.176	52.875	252.730	3.550.015	5.220.796	72,8
Magdalena	276.151		5.909	4.690.692	4.972.752	94,4
Chocó	48.969			4.923.781	4.972.750	99,0

Continúa en la siguiente página 

Tabla 6. Composición de cartera por deudores de Entes Territoriales y edades (sin deterioro)

Departamento	1 a 30 días más corriente (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días	Más de 91 días (\$)	Total (\$)	Cartera morosa (%)
Sucre	164.424	7.865	58.423	4.736.921	4.967.633	96,5
Caldas	1.501.616	88.631	5.837	2.619.368	4.215.452	62,3
Arauca	8.347			3.423.895	3.432.243	99,8
Cesar	87.799	171	4.826	2.875.729	2.968.526	97,0
Amazonas	128.803			1.437.764	1.566.567	91,8
Casanare	58.397	2.779		982.891	1.044.067	94,1
San Andrés Islas	475.119			456.762	931.881	49,0
Guaviare	44.887			813.540	858.427	94,8
Caquetá	421			832.126	832.547	99,9
Guainía	2.725		81.872	267.672	352.270	99,2
Vaupés				185.622	185.622	100,0
Vichada				55.747	55.747	100,0
Total	102.473.563	26.128.907	24.991.787	569.568.430	723.162.686	82,2

Nota: cifras en miles de pesos.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Deudas de aseguradoras SOAT

Los 529.000 millones de pesos que tienen de deuda las aseguradoras se cataloga en dos grupos: SOAT y Otras. En SOAT se encuentra toda la deuda identificable para 13 entidades que ofrecen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, mientras que en Otras se agrupan diferentes tipos de seguros relacionados con otros servicios o coberturas. En este sentido, el 53,6% del total de la deuda que tienen las aseguradoras corresponde

a la deuda del SOAT y el restante 46,4% a otras deudas por seguros de distinta índole.

Frente a diciembre del 2023, la deuda total por concepto de SOAT presentó una pequeña disminución pasando de 313.000 millones de pesos a 284.000 millones de pesos aproximados. Sin embargo, la concentración de la cartera en mora se incrementó en 6,5 puntos porcentuales llegando al 63,9% (tabla 7).

Tabla 7. Cartera aseguradoras SOAT por edad (sin deterioro)

Aseguradora	1 a 30 días más corriente (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total (\$)	Total SOAT (%)
La Previsora	19.317.756	4.046.260	3.734.887	47.834.698	68,8	74.933.600	26,4
Mundial de Seguros	15.420.937	2.951.228	2.733.274	48.249.253	73,5	69.354.692	24,4
Axa Colpatria	12.508.039	2.011.826	1.250.530	22.949.260	62,5	38.719.655	13,6
Seguros de Vida del Estado	7.264.593	761.447	708.641	21.761.727	73,7	30.496.408	10,7
Seguros de Vida Suramericana	15.516.632	879.272	771.520	9.969.210	39,6	27.136.634	9,6

Continúa en la siguiente página →

Aseguradora	1 a 30 días más corriente (\$)	De 31 a 60 días (\$)	De 61 a 90 días (\$)	Más de 91 días (\$)	Cartera morosa (%)	Total (\$)	Total SOAT (%)
Seguros Bolívar	12.481.517	1.764.487	1.315.010	7.706.370	38,8	23.267.385	8,2
Liberty Seguros	2.467.310	135.227	124.556	3.121.415	55,5	5.848.508	2,1
La Equidad Seguros	1.301.359	304.266	382.393	3.761.139	72,1	5.749.157	2,0
Aseguradora Solidaria de Colombia	1.783.303	196.117	253.143	2.550.648	58,6	4.783.211	1,7
Mapfre	566.724	83.757	89.604	941.416	61,3	1.681.501	0,6
Qbe Seguros (ZLS Aseguradora de Colombia)	259.406	3.001	225	859.685	76,6	1.122.317	0,4
Allianz	278.951	4.918	13.767	120.502	32,1	418.138	0,1
Cardif Colombia Seguros Generales (BNP PARIBAS)	50.561	0	0	120.067	70,4	170.629	0,1
Otras	74.215	1.251	1.577	150.926	66,9	227.970	0,0
Total	89.241.034	13.143.056	11.379.128	169.976.248	63,9	283.739.467	100

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

En su conjunto, las 5 aseguradoras con mayor deuda deben aproximadamente 241.000 millones de pesos, lo que representa el 84,8% del total de la deuda del SOAT (tabla 7). De forma desagregada, las aseguradoras que tienen un mayor volumen de deuda con los 225 prestadores reportantes, son La Previsora S. A. y la Compañía Mundial de Seguros S. A. (Seguros Mundial), que adeudan más de 144.000 millones de pesos entre las dos y una concentración de cartera morosa mayor al 68,8% y el 73,5% respectivamente. La tercera aseguradora con mayor valor de deuda absoluta es Axa Colpatria, la cual le debe a los prestadores reportantes aproximadamente 39.000 millones de pesos y tiene una morosidad del 62,5%.

Por su parte, Seguros de Vida del Estado S. A. es la cuarta mayor deudora

de SOAT con un monto absoluto de más 30.000 millones de pesos y una morosidad del 73,7%. Por último, se encuentra Seguros de Vida Suramericana, que adeuda más de 27.000 millones de pesos a los prestadores, con una concentración de cartera en mora del 39,6%.

Los diez principales deudores morosos

Al realizar la ordenación de los principales deudores en cuanto al volumen total de su deuda en mora (valor absoluto), se puede observar en primer lugar que la Nueva EPS es el principal deudor que tienen los prestadores reportantes, al acumular una deuda total, en los dos regímenes en los que opera, de 4,2 billones de pesos aproximados y una cartera en mora de 2,2 billones de pesos (53,0%). En segundo lugar

se encuentran Medimás (en liquidación) y la EPS-C Sanitas (intervenida para administrar), cuyos registros de deuda en mora son de 579.000 millones de pesos (100% en mora) y 486,3 mil millones de pesos (39,3% en mora) respectivamente. A continuación, se encuentra la EPS-S Emssanar, también intervenida para administrar, que acumula una deuda morosa de 425.00 millones de pesos aproximados, lo que equivale al 65,0% del total de su deuda (tabla 8).

La quinta mayor deuda corresponde a la Adres y al extinto Fosyga, los cuales tienen una deuda total en mora conjunta de 415.000 millones de pesos con una morosidad el 69,3%. En la sexta posición se ubica la liquidada Coomeva con 399.000 millones de pe-

sos (100% en mora). En el séptimo y octavo lugar se encuentran 2 EPS-S que siguen operando: Coosalud (ambos regímenes) y Asmet Salud (intervenida para administrar) con deudas en mora por valor de 363.000 y 319.000 millones de pesos y cuya concentración de cartera morosa es del 50,2% y 74,9% respectivamente. En la novena posición de mayores deudores se encuentra la deuda de la liquidada Cafesalud con 315 mil millones de pesos con el 100% en mora y, finalmente, cierra el *ranking* la EPS-S Savia Salud, intervenida para administrar, con una deuda en mora de 302.000 millones de pesos y una concentración morosa del 47,1% (tabla 8).

Tabla 8. Diez principales deudores según cartera en mora (sin deterioro)

N.º	Deudor	Cartera en mora (\$)	Deuda total (\$)	Concentración cartera en mora (jun. 2024) (%)	Concentración cartera en mora (dic. 2023) (%)	Diferencia cartera en mora (jun. vs. dic.) (%)
1	Nueva EPS (intervención para administrar)	2.225.077.681	4.196.223.375	53,0	45,3	7,7
2	Medimás (liquidada ambos regímenes)	579.508.059	579.508.059	100,0	100,0	0,0
3	Sanitas (intervención para administrar)	486.247.592	1.238.593.739	39,3	43,3	-4,1
4	Emssanar (intervención para administrar)	424.643.565	653.048.888	65,0	58,3	6,7
5	FOSYGA (extinto) y Adres	415.148.643	599.492.393	69,3	75,5	-6,3
6	Coomeva (liquidada)	399.100.788	399.100.788	100,0	100,0	0,0
7	Coosalud	362.939.881	722.885.798	50,2	53,0	-2,8
8	Asmet Salud (intervención para administrar)	318.894.915	426.145.859	74,8	61,7	13,1
9	Cafesalud (liquidada)	315.412.628	315.412.628	100,0	100,0	0,0
10	Savia Salud (intervención para administrar)	301.905.901	640.926.166	47,1	38,9	8,2
Total		5.828.879.651	9.771.337.692	59,7	59,3	0,4

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

En conclusión, al realizar el *ranking* de los 10 principales deudores se evidenció que, al ordenar por mayor valor absoluto de cartera en mora, la principal EPS deudora fue Nueva EPS, seguida por Medimás, Sanitas, Emssanar, la Adres y el extinto Fosyga, Coomeva, Coosalud, Asmet Salud, Cafesalud y Savia Salud, que en

conjunto tienen una deuda total de 9,7 billones de pesos y una cartera morosa de 5,8 billones de pesos (es decir, una concentración de cartera morosa en su conjunto del 59,7%, superior en 0,4 puntos porcentuales frente a diciembre del 2023).¹¹

GLOSARIO NORMATIVO (ACHC)

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2406 (15 de octubre)

Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se dictan otras disposiciones.

La presente ley tiene por objeto ordenar y financiar la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como estrategia de acción preventiva prioritaria para la garantía del derecho fundamental a la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con base en las recomendaciones del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) expedirá, como mínimo una vez cada dos años, la reglamentación que actualice y modernice el PAI asignándoles responsabilidades a cada uno de los actores involucrados, teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por el Instituto de Evaluación Tecnología en Salud (IETS) a partir de la evidencia disponible.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Resolución 1895 (1.º de octubre)

Por la cual se modifica la Resolución 1798 del 2023 en relación con el plazo de entrada en operación y el reporte de afiliación y novedades del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para la afiliación obligatoria y voluntaria de trabajadores independientes.

Con la presente resolución se amplía el término previsto para la entrada en operación del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para la afiliación obligatoria y voluntaria de los trabajadores independientes, y se incluyen modificaciones al registro de novedades y disposición de otros servicios web.

Se optimiza el manejo del SAT con respecto a los trabajadores independientes sea su afiliación obligatoria o voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales y se pone a disposición de estos la plataforma tecnológica que les permita realizar el





proceso de afiliación y el reporte de novedades en dicho sistema de manera virtual. Así mismo, se incluyen nuevas variables, relacionadas con el contratante de trabajadores independientes, obligados a afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, y otros reportes para ser dispuestos como servicio web a las administradoras de riesgos laborales (ARL) y afiliados.

Las ARL deberán verificar la información de los contratistas y de los trabajadores independientes afiliados voluntarios al Sistema General de Riesgos Laborales con afiliación activa, y reportar dicha información a través de la plataforma PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico N.º 1 y el cronograma de la presente resolución.

****Circular 16 (7 de octubre)**

Deber de Gestión de Importación y Compra de Medicamentos Vitales No Disponibles.

De conformidad con la responsabilidad indelegable del aseguramiento de las entidades promotoras de salud (EPS) (Ley 1122 del 2007, art. 14), mediante la presente Circular el Ministerio de Salud y Protección Social exhorta a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para que realicen todas las gestiones necesarias e inmediatas para la importación de medicamentos vitales no disponibles, con el fin de evitar el desabastecimiento de aquellos medicamentos necesarios para la garantía y la eficacia de los derechos fundamentales de la vida y la salud de toda la población colombiana. En especial, de aquellos sujetos de especial protección constitucional, como son los niños, niñas y adolescentes en los términos establecidos por la Constitución y la ley.

*****Resolución 2004 (15 de octubre)**

Por medio de la cual se designan los representantes que conformarán el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS).

A través de la presente resolución se nombran los representantes que conformarán el Consejo Nacional

de Talento Humano en Salud (CNTHS), por el término de 2 años, así: (1) instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): PRINCIPAL Oscar Alonso Dueñas Araque y SUPLENTE Julio César Castellanos; (2) facultades de programas del área de la salud del sector público: PRINCIPAL Jesús Becerra Camargo y SUPLENTE Yaneth Mercedes Parrado Lozano; (3) facultades de los programas del área de la salud del sector privado: PRINCIPAL Gloria Mercedes Balen Trujillo y SUPLENTE Natalia Mejía Gaviria; (4) instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de la salud: PRINCIPAL Gladys Mery Martín Bernal y SUPLENTE Ángela Sirley Pérez Méndez; (5) programas de educación superior del área de la salud: PRINCIPAL Esteban Bustamante Estrada y SUPLENTE Dora Patricia Bernal Campo; (6) asociaciones de las ocupaciones del área de la salud: PRINCIPAL Sandra Milena Jiménez Méndez y SUPLENTE Carlota Castro Quintana; (7) asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud: PRINCIPAL Nicole Vannesa Mancipe Rubiano y SUPLENTE Julián Esteban Bautista Ramos, y (8) asociaciones de las entidades aseguradoras: PRINCIPAL Julio Alberto Rincón Ramírez y SUPLENTE Carlos Enrique Cárdenas Rendón.

****Resolución 2235 (18 de noviembre)**

Por medio de la cual se establece el procedimiento para la selección de colegios profesionales del área de la salud en quienes se delegarán funciones públicas y se dictan otras disposiciones.

La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para la selección de colegios profesionales de las siguientes áreas de la salud, frente a los cuales se realizará la delegación de funciones públicas dispuestas en el artículo 10 de la Ley 1164 del 2007: Fisioterapia, Fonoaudiología, Química, Enfermería,

Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Optometría, Odontología, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y Nutricionistas Dietistas.

Cuando surtida la convocatoria ningún colegio cumpla las condiciones para la delegación de las funciones públicas de una profesión en el área de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social las podrá delegar en otro colegio que esté cumpliendo funciones públicas delegadas de una disciplina afín y manifieste su interés en asumir nueva delegación.

Una vez en firme el acto administrativo que delega la función, el ministerio celebrará la respectiva acta de inicio con el colegio que haya sido seleccionado, con la especificación de las funciones delegadas y los demás aspectos incorporados en el acto de delegación.

****Resolución 2237 (18 de noviembre)**

Por la cual se adopta el Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia 2025-2028.

Con la presente resolución se adopta el Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia 2025-2028, para promover la apropiación de la seguridad social en el país, de acuerdo con los lineamientos propuestos por la Comisión Intersectorial de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social.

El Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia se implementará de manera gradual y progresiva a partir del 1.º de enero del 2025 dando respuesta a las metas e indicadores del anexo técnico, que hace parte integral del presente acto administrativo, atendiendo los objetivos generales y específicos de este. Los agentes del Sistema de Seguridad Social Integral en el marco de sus competencias deberán incluir los objetivos del Plan de la Cultura de la Seguridad de Social en Colombia dentro de

sus políticas, normativas, procesos, acciones e iniciativas detalladas en el anexo técnico.

****Decreto 1409 (22 de noviembre)**

Por medio del cual se modifican los artículos 2.72.3.4.1 y 2.7.2.3.4.3 del Decreto 780 del 2016 y se adicionan los artículos 2.7.2.3.4.7, 2.7.2.3.4.8 y 2.7.2.3.4.9 a la Sección 4 del Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 7 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Mediante el presente decreto se modifica del artículo 2.7.2.3.4.1 del Decreto 780 del 2016. Modifíquese el artículo 2.7.2.3.4.1 del Decreto 780 del 2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, con el propósito de incluir a los promotores de salud como parte del equipo de salud. De esta manera, serán considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar Administrativo en Salud, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Promotor de Salud.

La oferta de formación de auxiliares promotores de salud deberá partir del proceso de identificación y análisis de las necesidades en salud de los territorios en función de los procesos de planificación y gestión del talento humano en Salud. Su formación y certificación será realizada por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano (ETDH) e instituciones de educación superior (IES) en los términos del parágrafo 2 del artículo 2.6.4.1 del Decreto 1075 del 2015.

3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*****Resolución 2024320030013709-6 (7 de octubre)**

Por la cual se ordena la toma de posesión y la intervención forzosa administrativa para administrar a Capresoca EPS.

Con la presente resolución se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la



Caja de Previsión Social del Casanare (Capresoca EPS), por el término de un año, es decir, desde el 7 de octubre del 2024 hasta el 7 de octubre del 2025, por la crítica situación de índole administrativa, financiera, de entrega de medicamentos, de incremento en el número de tutelas y desacatos, así como un aumento importante en las quejas de sus usuarios. También se evidenció el no cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado para las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 con corte al mes de junio, entre otras causales.

****Resolución 2024320030013709-6 (7 de octubre)**

Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a la Caja de Previsión Social del Casanare (Capresoca EPS) identificada con NIT 891.856.000-7.

A través de la presente resolución se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a la Caja de Previsión Social del Casanare (Capresoca EPS), por el término de un (1) año, es decir, desde el 7 de octubre del 2024 hasta el 7 de octubre del 2025, por la crítica situación de índole administrativa, financiera, de entrega de medicamentos, de incremento en el número de tutelas y desacatos, así como un aumento importante en las quejas de sus usuarios. También se evidenció el no cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado para las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023 y el 2024 con corte al mes de junio, entre otras causales.

****Resolución 2024130000014550-6 (30 de octubre)**

Por la cual se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Medimás EPS SAS.

De esta manera, mediante la presente resolución, se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, así como la intervención forzosa administrativa para liquidar Medimás EPS SAS, ordenada

mediante la Resolución 2022320000000864-6 del 8 de marzo del 2022, por el término de un (1) mes y quince (15) días, esto es, hasta el 15 de diciembre del 2024, teniendo en cuenta que se debe garantizar el cumplimiento de las distintas etapas del proceso liquidatorio, junto con los principios de la gestión administrativa del artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, llegando hasta la terminación de la existencia legal de la intervenida, conforme lo previsto en la Ley 663 de 1993, el Decreto 2555 del 2010 y demás normas aplicables.

****Resolución 2024130000014602-6 (31 de octubre)**

Por la cual se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar el Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira (Comfaguajira).

A través de la presente resolución se prorroga la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar el Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira (Comfaguajira), ordenada mediante la Resolución 2022320000007627-6 del 3 de noviembre del 2022. La nueva prórroga se da por el término de seis (6) meses, esto es, hasta el 4 de mayo del 2025, teniendo en cuenta que se debe garantizar el cumplimiento de las distintas etapas del proceso liquidatorio, junto con los principios de la función administrativa contempladas en el artículo 209 de la Constitución Política, llegando hasta la terminación de la existencia legal de la intervenida, conforme lo previsto en la Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, EOSF) y el Decreto 2555 del 2010. [\[1\]](#)



Centro Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida



Nuestros servicios

Somos Centro Policlínico del Olaya, una familia institucional con más de 36 años de experiencia en el sector salud. Actualmente estamos acreditados y certificados en ISO 9001 desde el 2004. Día a día trabajamos con el corazón, para ofrecer un servicio de calidad y humanizado a nuestros pacientes y sus familias. Te presentamos nuestros servicios:



Urgencias



Hospitalización



Ginecología y obstetricia



Unidad Renal



Unidad Oncológica



Unidades de Cuidado Intensivo



Consulta Externa



Laboratorio Clínico



Apoyo y Diagnóstico Terapéutico



Odontología



Cirugía



Servicio de Administración de Medicamentos Especiales



WWW.CPO.COM.CO

Carrera 20 # 23 – 23 sur - Bogotá, Colombia.

@Centropoliclinicodelolaya





Agenda tus citas de medicina especializada

en 3 sencillos pasos

- 1 Regístrate, crea tu usuario.** Con el podrás agendar, reprogramar, confirmar o cancelar tus citas. **Digita muy bien tus datos de contacto, allí notificaremos tu cita.**
- 2 Elige tu aseguradora y servicio.** Da clic en buscar y selecciona el doctor, fecha y hora. **El agendador te mostrará las citas más cercanas.**
- 3 Elige tu cita y prográmate.** Aquí podrás ver el resumen de tu cita y preparaciones. **Esta sólo quedará agendada al dar clic en aceptar términos y condiciones.**

¡Listo!

Enviaremos a tu correo y celular la información de tu agendamiento



24/7

Accede aquí
al agendador
virtual

