



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 196

Bogotá, D. C., miércoles, 6 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 67 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTA DE AUDIENCIA PÚBLICA – SAN ANDRÉS ISLAS DE 2024

(febrero 7)

Legislatura 2023-2024

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SENADO DE LA REPÚBLICA

LEGISLATURA 2023-2024

Relatoría
AUDIENCIA PÚBLICA -SAN ANDRÉS ISLAS
07 de febrero de 2024

TEMA: PROPOSICIÓN N° 21, PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 CÁMARA, "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY N° 340 DE 2023 CÁMARA "POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR Y FORTALECER EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD", PROYECTO DE LEY N° 341 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)", Y EL PROYECTO DE LEY N° 344 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".

Lugar	Colegio Bolivariano
Fecha	miércoles 07 de febrero de 2024
Duración	04 horas 15 minutos

Encargado	H.S Martha Isabel Peralta Epiéyu -Comisión Séptima del Senado
Participantes	<ul style="list-style-type: none">Senadora Martha Isabel Peralta EpiéyuSeñor Gobernador de San Andrés Islas Nicolás Gallardo VásquezMaría Claudia Bracho- delegada del Hospital Departamental de San AndrésListado de Participantes de la ciudadanía, veedurías, Juntas de Acción Comunal, organizaciones del sector salud y entidades públicas invitadas.Representante a la Cámara Elizabeth Jay-Pang DíazSenadora Clara LópezMinistro de salud y protección social Guillermo Alfonso Jaramillo.

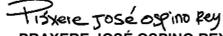
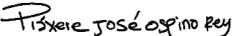
Resumen y conclusiones de las intervenciones presentadas en la Audiencia Pública

La Senadora H.S. Martha Isabel Peralta Epiéyu menciona en su discurso de apertura, menciona que la Comisión Séptima del Congreso de Colombia se encuentra en San Andrés para realizar una audiencia pública sobre la reforma a la salud que busca construir un sistema de salud incluyente, preventivo y predictivo que responda a las necesidades de las diferentes regiones del país. Sostiene que San Andrés tiene una UPC diferencial, pero la calidad del servicio de salud es deficiente y enuncia algunos puntos importantes para el fortalecimiento del sistema:

- La reforma eliminará las barreras de acceso a la salud y fortalecerá la atención primaria.
- Se modernizarán los hospitales públicos y se garantizará el giro directo de recursos.
- La reforma no acabará con las clínicas privadas, sino que las fortalecerá si prestan un buen servicio.
- El 31% de la población de San Andrés está en el régimen subsidiado, por lo que es necesario proteger a esta población vulnerable.
- La reforma busca un sistema de salud universal que atienda a todos sin importar su condición social.
- Se implementarán equipos extramurales que irán a las casas y barrios a brindar atención médica.
- Se realizará una consulta previa con los pueblos raizales de San Andrés para que puedan construir su propio sistema de salud.
- La salud no se tiene por qué mendigar, la tenemos que merecer todos.
- La reforma busca eliminar la integración vertical entre las EPS y las IPS.
- Destaca que la atención primaria en salud es fundamental para prevenir enfermedades y evitar muertes evitables.

El Señor Gobernador de San Andrés Islas Nicolás Gallardo Vásquez, presenta en su intervención un agradecimiento al gobierno por la inversión en el sistema de salud del archipiélago y manifiesta

<p>la necesidad de mejorar la infraestructura del hospital de San Andrés y los puestos de salud con algunas necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la cobertura de servicios médicos de calidad dentro del territorio. • Permitir que los habitantes del archipiélago puedan envejecer con dignidad en su territorio. • Solicita apoyo al proyecto de atención médica en los hogares. • Pide el fortalecimiento de la Empresa Social del Estado (ESE). • Necesitan preparación de profesionales médicos del departamento como especialistas, teniendo en cuenta la necesidad de especialistas médicos del archipiélago. • Manifiesta total disposición para trabajar con el gobierno del cambio para la transformación social. • Agradece al Senado por priorizar al archipiélago en la socialización de la reforma. • Solicita la importancia de construir la reforma desde los territorios para mejorar el sistema de salud del país. <p>Los asistentes representantes de la sociedad mencionan en sus intervenciones los problemas del Sistema de salud en San Andrés y Providencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en la infraestructura hospitalaria. • Falta de especialistas y por ende dificultades para acceder a la especialización médica y también se da la Fuga de cerebros de profesionales de la salud por la injusta compensación salarial. • Carencia de insumos y medicamentos. • Tiempos de espera prolongados para citas y atención médica. • Falta de ambulancias y vuelos de remisión. • Deterioro infraestructural y administrativo de la red de salud pública. • Altos costos de los traslados de pacientes a la isla. • Escasa cobertura de alcantarillado. • Insuficiente financiación de las IPS. • Demoras en los pagos a las IPS. • Tarifas insuficientes para cubrir los costos de operación. • Limitaciones en el acceso a los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración de los derechos de los usuarios. • Falta de atención a las necesidades específicas de la población raizal. • Corrupción en el sistema de salud. • En torno a la salud, sostienen los asistentes que es necesario priorizar la atención primaria en salud y la atención transversal a otras problemáticas conexas como la necesidad de implementar un sistema de alcantarillado adecuado para que se garantice un suministro constante de agua potable. • Otro tema requerido es la educación a la población sobre la salud y la prevención de enfermedades, fortaleciendo la promoción del bienestar integral. • Mencionan que es fundamental la participación de la ciudadanía en la discusión de la reforma a la salud, las personas deben tener la oportunidad de opinar sobre las decisiones que afectan su salud, proponen que se requiere un censo de población para tener información actualizada sobre las necesidades de salud de la comunidad. • En conclusión, la situación del sistema de salud en San Andrés y Providencia es crítica y requiere medidas urgentes, por lo que se necesita una reforma estructural al sistema de salud que tenga en cuenta las necesidades específicas de la isla y la participación de la comunidad es fundamental para lograr un sistema de salud justo, eficiente y de calidad. <p>Otros aspectos mencionados en las intervenciones de la comunidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La educación es fundamental para el progreso de San Andrés. • Los cargos en el sector salud deben otorgarse por meritocracia. • San Andrés necesita del apoyo del gobierno nacional para resolver sus problemas de salud. • Se debe combatir la politiquería en el sector salud. • La salud no debe ser un negocio. • San Andrés necesita más que un edificio nuevo. • El artículo 310 de la Constitución debe ser desarrollado y aplicado. • Los jueces no deben decidir a quién atienden los médicos.
<p>María Claudia Bracho- delegada del Hospital Departamental de San Andrés, sostiene que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reforma a la salud permitirá brindar bienestar y salud con calidad a la comunidad. • Se están implementando equipos básicos de salud para la atención primaria y preventiva. • Se realizarán intervenciones en los micro territorios de San Andrés y Providencia. • Se busca que la atención en salud sea continua y llegue a todos los hogares. • Se está renovando la tecnología del hospital para mejorar la calidad del servicio. • Se está fortaleciendo el talento humano con la Universidad Nacional. • Se buscan proyectos para renovar el equipamiento del hospital. • Se trabaja en la disminución de las remisiones a otros departamentos. • La cartera del hospital por parte de las EPS es de 10.000 millones de pesos. • Se están realizando mesas de concertación para recuperar la cartera. <p>En su discurso de Cierre, la Representante a la Cámara Elizabeth Jay-Pang Díaz reconoce que la salud en San Andrés es un tema crítico que requiere atención urgente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostiene que el hospital de San Andrés debe ser el mejor del país, y que se necesita una red de servicios de salud más equitativa. • Recuerda que la responsabilidad de mejorar la salud, no solo recae en el Estado, sino también en la comunidad y afirma que se necesita educación sobre la salud desde la infancia, y una mejor organización y responsabilidad por parte de todos. • También denuncia las deficiencias en el servicio de salud actual como la falta de atención oportuna y de calidad en el hospital y las EPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Señala que los médicos especialistas se van de la isla por falta de pagos y condiciones de trabajo. • Manifiesta que hay carencia de equipos médicos modernos y adecuados. • Sostiene que la Superintendencia de Salud no ejerce un control permanente sobre el servicio en la isla. <p>Habla de las propuestas para mejorar la salud en San Andrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afirma que se apoya la reforma a la salud por considerar que puede brindar una atención diferencial al departamento. • Se propone utilizar el 20% del recaudo de la tarjeta de turismo para mejorar el hospital. • Se solicita mayor control y seguimiento por parte de la Supersalud. • Se pide al gobernador que incluya en su plan de desarrollo la capacitación de jóvenes profesionales de la salud. • Se hace un llamado a la unidad y organización de la comunidad para trabajar por una mejor salud en la isla. • Menciona la necesidad de mejorar la sanidad básica como factor determinante para la salud. • Destaca la importancia de la educación en salud desde la infancia. • Invita a la comunidad a conocer el proyecto de reforma a la salud y a participar en su discusión. <p>La Senadora Clara López, en su discurso de cierre manifiesta una crítica al modelo actual de salud en Colombia y expone algunos puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critica la eliminación del Servicio Nacional de Salud en 1975 y la creación del sistema actual con las EPS. • Argumenta que las EPS no han cumplido con la función de atención primaria y prevención. • Destaca la experiencia del Instituto Nacional de Salud en la década de 1970 con las promotoras rurales.

<ul style="list-style-type: none"> Menciona el programa "Salud a su casa" implementado en Bogotá en 2004, que logró una reducción significativa de la mortalidad materna. Sostiene que la reforma a la salud busca fortalecer la atención primaria y territorializar la salud. Argumenta que la atención primaria debe ser cercana a la casa y personalizada. Hace una crítica la concentración de hospitales en las grandes ciudades y la falta de infraestructura en zonas rurales. Afirma que las EPS se van a convertir en gestoras de salud, responsables de la atención primaria en su territorio buscando que las EPS trabajen en asociación con el Estado para garantizar la salud de la población. Habla que se reconoce la existencia de problemas de corrupción en el sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado y hace un llamado a trabajar juntos para combatir la corrupción y mejorar la salud de todos los colombianos. <p>El señor ministro de la salud y protección social Guillermo Alfonso Jaramillo en su discurso de cierre, menciona algunos temas relevantes para San Andrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habla del Modelo raizal, manifestando que se busca construir un modelo de salud propio para las comunidades raizales, basado en su cosmovisión y experiencias ancestrales. Destaca la importancia de las parteras raizales y se busca rescatar su conocimiento. Menciona la existencia de un compromiso para que las comunidades afrodescendientes también tengan sus propias gestoras e IPS. Sostiene que la reforma a la salud busca incluir a los grupos étnicos y raciales como un grupo diferenciado. Se propone un cambio en el enfoque de la atención, pasando de un sistema curativo a uno preventivo y de atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Hace una crítica el modelo actual de las EPS, considerándolo como un negocio y no como un derecho. Habla de la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Habla de la necesidad de mejorar la infraestructura hospitalaria y de dotarla con tecnología de punta. Menciona la entrega de recursos para la dotación del hospital de Providencia y para la reestructuración del hospital de San Andrés. En su discurso hace una crítica al sistema actual por ser ineficiente, desigual y costoso y que no está funcionando para las comunidades raizales y afrodescendientes. Afirma que una de las necesidades en San Andrés es la atención primaria en salud, creando una red de centros de atención primaria que brinden servicios integrales y preventivos a la población, con énfasis en las zonas rurales y marginadas. Sostiene que se debe mejorar la remisión de pacientes para que no demoren en recibir atención médica especializada. En los temas de financiación de la salud recalca que es importante aumentar los impuestos a los que más tienen e implementar una reforma tributaria progresiva que grave a los más ricos y no al pueblo. Revertir el acto legislativo del 2001 que quitó recursos a la salud, la educación y el saneamiento básico. Afirma que la educación es clave para la salud, ya que permite a las personas tener mejores oportunidades y estilos de vida. Buscar soluciones conjuntas para enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población. Fomentar la natalidad para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud. 								
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Comisión Séptima del Senado para que sean utilizados como insumo que nutrirá los futuros debates alrededor de este tema.</td> </tr> </table>		Comisión Séptima del Senado para que sean utilizados como insumo que nutrirá los futuros debates alrededor de este tema.	<table border="1"> <tr> <td>Acuerdos</td> <td>Se solicita a los participantes de la Audiencia allegar los informes correspondientes presentados a lo largo de las intervenciones a la Secretaría de la</td> </tr> </table>	Acuerdos	Se solicita a los participantes de la Audiencia allegar los informes correspondientes presentados a lo largo de las intervenciones a la Secretaría de la				
	Comisión Séptima del Senado para que sean utilizados como insumo que nutrirá los futuros debates alrededor de este tema.								
Acuerdos	Se solicita a los participantes de la Audiencia allegar los informes correspondientes presentados a lo largo de las intervenciones a la Secretaría de la								
<table border="1"> <tr> <td>Compromisos:</td> <td>Entrega de los documentos soporte de las intervenciones a la Secretaría de la Comisión.</td> </tr> <tr> <td>Elaboró:</td> <td>Sara Yolima Forero González</td> </tr> <tr> <td>Anexos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Registro</td> <td>https://www.youtube.com/watch?v=3eXTsc_jpM&t=3866s</td> </tr> </table>	Compromisos:	Entrega de los documentos soporte de las intervenciones a la Secretaría de la Comisión.	Elaboró:	Sara Yolima Forero González	Anexos		Registro	https://www.youtube.com/watch?v=3eXTsc_jpM&t=3866s	<p style="text-align: center;">Comisión Séptima Constitucional Permanente</p> <p>COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL SENADO DE LA REPÚBLICA, Bogotá D. C., al día seis (06) del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024). Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, de las relatorías de AUDIENCIAS PÚBLICAS PROPOSICIÓN N° 21, PROYECTO DE LEY 216 DE 2023 SENADO. PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 CÁMARA, "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", Y SUS ACUMULADOS CON LOS PROYECTOS DE LEY N° 340 DE 2023 CÁMARA, PROYECTO DE LEY N° 341 DE 2023 CÁMARA Y EL PROYECTO DE LEY N° 344 DE 2023 CÁMARA, de fecha siete (07) de febrero de 2024 en San Andrés Islas.</p> <p>El secretario,</p> <p style="text-align: center;">  PRAXERE JOSÉ OSPINO REY Secretario General Comisión Séptima Senado de la República </p>
Compromisos:	Entrega de los documentos soporte de las intervenciones a la Secretaría de la Comisión.								
Elaboró:	Sara Yolima Forero González								
Anexos									
Registro	https://www.youtube.com/watch?v=3eXTsc_jpM&t=3866s								
<p style="text-align: center;">  PRAXERE JOSÉ OSPINO REY SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA H. Senado de la República </p>									

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, 339 DE 2023 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA

por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

341 DE 2023 CÁMARA

por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Y 344 DE 2023 CÁMARA

por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<p>Bogotá, D.C. 5 de marzo de 2024</p> <p>Honorables Senador@s</p> <p>COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA ESM</p> <p>ASUNTO: Consideraciones de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC al Proyecto de Ley 339 y acumulados – Audiencias Públicas</p> <p>Respetad@s Senador@s.</p> <p>De manera atenta en mi calidad de Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y llevando la vocería de sus más de 340 instituciones hospitalarias públicas y privadas, agradecemos la apertura de esa Comisión para conocer las visiones y comentarios del sector prestador frente al proyecto de ley 339 sobre reforma al Sistema de Salud. A continuación, presentamos algunas consideraciones desde la ACHC:</p> <p>Una doble aceptación en el sistema de Salud Colombiano</p> <p>Este gremio hospitalario desde hace varios lustros ha insistido en la necesidad de hacer una reforma a nuestro Sistema de salud. Ha considerado que una buena reforma debe combatir la desigualdad, administrar los recursos de manera transparente, fomentar la atención primaria en salud, mejorar los indicadores sanitarios y lograr coberturas reales. Debe, además, garantizar el acceso, la continuidad y la coordinación en la prestación de servicios y ofrecer incentivos adecuados.</p> <p>La ACHC también ha insistido en la necesidad de partir de un diagnóstico sólido que tenga justicia y verdad y ello puede lograrse a través de un mecanismo de doble aceptación:</p>	<p>Aceptar que tenemos avances, pero aceptar que se tienen grandes problemas en el sistema de salud. Sin duda es un avance tener un gasto sanitario cercano al 8%, pero existen grandes problemas con el movimiento de esos recursos, que se reflejan entre otros asuntos, en las enormes deudas que están entre 16¹ y 35 billones de pesos², en el déficit en los patrimonios de las aseguradoras que rondan los 6 billones de pesos³, entre otros. Igual sucede con el principio de <i>cobertura</i>, que teóricamente, es del 99% según la BDUA de Minsalud, pero en la realidad tiene una cobertura efectiva del 74%⁴.</p> <p>En epidemiología tenemos importantes avances en las curvas generales de muchos indicadores, pero enormes desigualdades a la hora de evaluar por género, ingreso o ubicación geográfica de la población; grandes diferencias en los diagnósticos, pues algunos grupos de pacientes se consideran privilegiados y les va bien con el sistema, pero otros logran el acceso, mediante tutelas, peticiones, quejas y reclamos; es desigualdad y es uno de los temas para combatir una buena reforma del sistema de salud. La doble aceptación puede aplicarse a la mayoría de los indicadores o dimensiones sectoriales y puede encontrarse un diagnóstico similar.⁵</p> <p>Con base en lo anterior, este gremio hospitalario considera que se necesita una buena reforma a la salud y en nuestra visión, esa buena reforma es aquella que entre otros grandes aspectos contemple: <i>i) la cobertura sea eficaz</i>, es decir que el usuario tenga acceso, continuidad e integralidad en los tratamientos; <i>ii) que el gasto sea eficiente</i>, <i>iii)</i></p> <p><small>¹ Según el estudio de cartera de la ACHC, con corte a junio 30 de 2023, la cartera asciende a más de 16 billones de pesos, cifra que tiene una variación de 14,7% respecto de la cifra reportada en el semestre con corte a diciembre de 2022 que fue de 14 billones de pesos. De la deuda total, 47,7% corresponde a cartera corriente, unos \$7,7 billones de pesos, y 52,3% a cartera vencida equivalente a \$ 8,4 billones de pesos aproximadamente.</small></p> <p><small>² Supersalud, información financiera IPS PRIVADAS - EPS FT-001 Catálogos de información financiera</small></p> <p><small>³ Estudio medición de cobertura sanitaria universal a partir de un índice de cobertura efectiva de servicios de salud en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el mundo estudio sobre carga de enfermedad 2019. Revista Lancet 2020. Universidad de Washington-IHME</small></p> <p><small>⁵ Durante lo corrido de todo el año 2023, según el módulo de consulta de PQRDS de la SUPERSALUD, se interpusieron 1.417.221 reclamos en salud y 1.145.308 solicitudes de información.</small></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

que consiga más y mejores resultados sanitarios, iv) que fomente la **calidad** en la atención, v) que los recursos se administren de manera limpia y transparente, vi) que se incentiven y premien los **buenos desenlaces en salud**, vii) que defienda la **soberanía sanitaria**, se fortalezca y preserve el hospital público, viii) que el **sistema construya sobre lo que ya se tiene en la red hospitalaria con la coexistencia de las entidades públicas, privadas y mixtas**.

Así mismo, entendemos una buena reforma como aquella que preserve el aseguramiento, entendido como un concepto que sume las fuentes de financiación existentes, preserve la UPC, el Plan de Beneficios, defina las redes integradas, mantenga la composición público - privada, fortalezca el papel de la ADRES, haga la evolución de EPS a Gestoras y se fortalezca la rectoría y el papel de la Inspección Vigilancia y Control. La suma de lo anterior es ASEGURAMIENTO y por lo mismo, consideramos que no solo se refiere al papel de uno de los agentes del sistema. Si a lo anterior se suma una transición inteligente con los tiempos y mecanismos adecuados, podrá tenerse una buena reforma.

Frente al texto del proyecto de Ley 339 encontramos que hay artículos con desarrollos positivos y otros que deben modificarse en este tercer debate.

I. Artículos o asuntos destacados:

Artículos o asuntos destacados son aquellos que pueden acercarnos a la visión de un mejor sistema de salud. Si bien todos los textos son susceptibles de mejorar, el espíritu o componente principal de estos textos puede destacarse como pasos en el sentido correcto, a saber:

De dicho articulado destacamos el énfasis en un **sistema preventivo y el desarrollo de capacidades de salud pública**, que se contemple el concepto de *humanización* como eje central del modelo de salud.

"(...) Artículo 4°. **Definición del modelo de salud.** El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra

como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad. (...)"

"(...) Artículo 5°. **Ejes centrales del modelo de salud.** La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.

La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud. (...)"

Destacamos así mismo, que se preserve la **composición público - privada en la prestación** (artículo 9 y 12), que se evolucione del actual sistema obligatorio de garantía de calidad SOGC a un sistema integral de calidad SICA (Artículo 35), aunque debe ampliarse en los desarrollos específicos para que sea poderoso, que se contemple el subsidio a la oferta (donde sea necesario) (artículo 12) y que las EPS evolucionen a gestores que realicen auditorías, validaciones de facturación, que sean articuladores y sean remunerados de manera suficiente por esa labor administrativa (artículo 49). También se destaca el que se contemple la reserva técnica para respaldar el giro directo de los recursos que se hará desde la ADRES.

"(...) Artículo 9°. **Centro de Atención Primaria en Salud.** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.

La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios. (...)"

"(...) Artículo 9°. **Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que se registrarán y certificarán como integrantes de la red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, diferencial y de género.

Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

"(...) Artículo 49. **Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.** Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS. (...)"

"(...) Artículo 35. **Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).** Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes: (...)"

Creemos que es positivo que haya movimiento rápido de los recursos, con un giro del 85% antes de 30 días, el restante 15% antes de 90 días y la auditoría al 100% de las cuentas (artículo 70); lo anterior a través de una ADRES que funcione como una maestra de información, manejo transparente de los recursos y girador único y que se contemplen incentivos (numeral 4 del artículo 13, artículos 60 y 69) y reservas técnicas (artículo 66) para el giro directo.

"(...) Artículo 70. **Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) que corresponda, el cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario contados a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría (...)"

"(...) Artículo 13. **Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** (...)"

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con fundamento en los siguientes parámetros:

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que movlen su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará. (...)"

"(...) Artículo 66. **Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo.** Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno nacional en la materia. (...)"

"(...) Artículo 69. **Autorización de pago de servicios.** La Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno nacional para el sistema de salud y los acuerdos de voluntades. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. (...)"

Se destaca así mismo, el examen único habilitante para admisión a especialidades (artículo 104) y la territorialización de las gestoras y que se preserve (artículo 125), el concepto de la Unidad de Pago por capitación con la connotación de *suficiente* (artículo 129).

"(...) Artículo 104. **Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico-quirúrgicas.** (...)"

"(...) Artículo 125. **Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.** (...)"

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: (...)"

"(...) Artículo 129. **Unidad de Pago por Capitación (UPC).** El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud. (...)"

De las prestaciones económicas a reconocer, destacamos el reconocimiento para mujeres y personas gestantes que no cotizan al sistema (artículo 71), como un paso en el sentido correcto en la unificación de los beneficios para todos los afiliados a nuestro sistema de salud.

"(...) Artículo 71. **Prestaciones económicas.** Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable; esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida no podrá exceder los treinta. (...)”

Consideramos positivo el fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías IETS (artículo 97) y la racionalización de los trámites ante el INVIMA (artículo 101).

“(…) Artículo 97. Gestión de las tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Medicamentos y Alimentos (Invima) mediante la creación de un Comité Asesor Técnico Científico.

El Objetivo del Comité Técnico Científico es orientar la implementación, seguimiento y evaluación de las tecnologías en salud y recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social las acciones a desarrollar en materia de gestión de tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión. (...)”

“(…) Artículo 101. Racionalización de trámites ante el Invima. En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) deberá aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el dossier de solicitud, el interesado indique en sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmara la autenticidad, alcance y vigencia del documento. (...)”

II. Respetto de artículos o temas por ajustar, señalamos los siguientes:

Los siguientes artículos requieren ajuste en su redacción y orientación para lograr acercarnos al objetivo de una buena reforma que preserve lo logrado y nos acerque a un mejor diseño, más eficaz y favorable a la población.

La ACHC hace un llamado especial frente a la función de coordinación que se menciona en el texto de reforma. Consideramos que no debe abusarse del concepto, pues aunque es necesaria su existencia, cuando se mencionan las operaciones y actividades, se les asignan competencias a varios agentes y si ello es así, al final no se tiene certeza de quien es el responsable del proceso. No deben generarse zonas grises en cuanto a la competencia. En el numeral 10 se hace la explicación de este punto.

1. Respetto de los CAPS, consideramos que debe hacerse un análisis profundo. Estos centros se presentan como una figura polifuncional (artículo 9 y 10) y a lo largo del texto

se describen funciones que se cruzan con las de otros agentes del sistema; actividades compartidas con Entidades Territoriales (artículo 12), con las Gestoras (artículo 49), la coordinación y revisión de las redes integradas (artículos 12, 24, 25), diversas acciones de orden administrativo que confunden en cuánto al propósito y función esencial de los CAPS.

Hay que aclarar las competencias de cada agente del Sistema y sus responsabilidades para evitar que entre los mismos agentes no se clarifique hasta dónde van sus capacidades o que para el usuario sea difícil y complejo su tránsito por el sistema. verbi gratia, cuando se hace la adscripción a un CAPS se define ¿cuál es la gestora? ¿Qué rol desempeñará la gestora frente al usuario, una vez está adscrito? (artículo 9 y 53).

De otra parte, puede ser fácil entender la presencia de un CAPS en los sitios donde el desarrollo del sistema es exiguo y esta figura va a ser fundada o en los sitios donde por ejemplo un hospital público va a cumplir ese rol, pero en los grandes centros urbanos donde hay profusión de infraestructura sanitaria, no es tan fácil entender la inserción de un CAPS, máxime cuando existe la posibilidad de que las Gestoras cumplan esta función, por lo que vale reiterar, es necesario aclarar las funciones de uno y otra. Es necesario que se aclare este concepto, para que la figura del CAPS encaje y armonice con las funciones de los demás.

2. ADRES. Respetto del papel de la ADRES, consideramos que debe preservarse su labor de girador o banca central de los recursos del sistema de salud; una preocupación que se tiene frente al tema es justamente que se sobreestime la capacidad de la ADRES si se le asignan funciones de auditoría al detalle y del día a día (artículo 58). También se hace necesario que se evalúe y justifique la existencia de las subcuentas y los recursos que las sustentan (artículos 60, 61 y 62).

“(…) Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley. 2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). 3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

- 4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.
5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente ley.
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.
7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto deberá contratar las auditorías integrales que corresponda.
8. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRES).
11. Gestionar la Cuenta Única de Recauda de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley.
12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública Ley 80 de 1993. Los recursos del sistema destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.
18. Diseñar e implementar un modelo de seguimiento y evaluación del Sistema Integral de administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las validaciones que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
22. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos

“(…) Artículo 60. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán manejados por un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud" y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

“(…) Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los

recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES. Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. (...)”

“(…) Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos. (...)”

3. El Plan de Beneficios. Si bien a la luz de las disposiciones de orden estatutario y de la Corte Constitucional, se debe preservar el concepto de progresividad del derecho fundamental a la salud y por lo mismo, no deben establecerse disposiciones que vayan en contravía de las coberturas existentes, consideramos que debe mencionarse la existencia de un Plan de Beneficios que sea la garantía concreta para los usuarios y el sustrato o soporte para evaluar la progresividad.

Es necesaria una base para la que se diseñe y expida normatividad relacionada y permita hacer las previsiones y planeaciones presupuestales y de crecimiento necesarias. El texto no menciona Plan de Beneficios en Salud, solo hace referencia a servicios de salud individuales y colectivos a lo largo de todo el articulado, ejemplo de ello es el artículo 6, Atención primaria en salud (APS)).

Artículo 6°. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transsectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal el sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

- 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transsectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.
3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La atención domiciliar y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de

salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requiriendo del paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional.

5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.

6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.

7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental.

8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.

9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersa, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.

11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.

12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.

Parágrafo 1°. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de salud.

Parágrafo 2°. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.

4. Integración vertical. La experiencia ha demostrado que la integración vertical en nuestro sistema de salud ha generado un conflicto de intereses irreducible y que para el caso colombiano no ha logrado los propósitos que persigue esta figura. Por el contrario, se han visto efectos indeseados tales como la afectación a la libertad de elección, el no fomento de la calidad y la falta de transparencia en su operación.

En el proyecto se prohíbe para la mediana y alta complejidad, permitiéndose en la baja complejidad (numeral 8 del artículo 48); consideramos según la experiencia y las figuras existentes —permisibles en la Ley—, que no es el nivel de complejidad ni los porcentajes del gasto, lo que define sus alcances o dificultades.

En el texto se permite la integración vertical para los servicios de baja complejidad, pero lo cierto es que en la práctica existen servicios domiciliarios, especializados o ambulatorios que son asimilados como de baja complejidad, pero son de altísima o especializada complejidad en lo que hacen y bajo el concepto de ambulatorios, quedarían permitidos para la integración vertical.

Por ello consideramos que la integración vertical debe prohibirse para que cada uno se especialice en su rol y haga lo que tiene que hacer, terminando ese conflicto de intereses.

(...) Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. (...)”

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.

Parágrafo 3°. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición (...)”

5. En cuanto al Consejo Nacional de Seguridad Social, nos parece adecuado que se cree esta figura (artículo 31), pero si lo que se propone es que sea una instancia de dirección para la concertación de iniciativas y reglamentación del sector, debe contar con la participación de las IPS, agente esencial del sistema; por lo anterior rogamos se incluya dentro de los integrantes del CNS, un representante de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.

(...) Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación; el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.

Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:

1. Trabajadores
2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud
3. Pacientes
4. Academia, facultades y escuelas de salud
5. Empresarios

6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado (...)”

6. Régimen de Transición. Respecto de las transiciones propuestas, es necesario que se defina un único tiempo para la transformación y el saneamiento de los pasivos de las actuales EPS. Es muy largo tiempo (numeral 6 del artículo 48) establecer 48 meses para pagar unas deudas, ya sea que decidan retirarse, caso en el que no habrá entidad ni capital para dichos pagos y si siguen bajo la figura de gestoras, deben al cabo de los 2 años o menos estar a paz y salvo con la red prestadora pública y privada con la que tengan pasivos.

(...) Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el Paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. (...)”

En relación con las acreencias de las EPS liquidadas que afectan a la red hospitalaria tanto pública como privada, debemos llamar la atención en que el artículo establece el rescaramiento de las deudas con la red pública, pero debe tenerse en cuenta que la institucionalidad privada está muy afectada (artículo 75); aquí hay una inequidad, pues las instituciones prestaron esos servicios, si hay una afectación general, debe existir un alivio general. Esperamos que los honorables Senadores puedan corregir ese asunto para que se pague lo que es debido.

Hay Entidades que se fueron del Sistema dejando un daño financiero y un detrimento patrimonial a las IPS. La deuda de las EPS liquidadas a junio de 2023, según el último estudio de cartera ACHC disponible es por valor de \$2,9 billones de pesos (distribuido por régimen así: \$1,8 billones contributivo y \$1,1 billones subsidiado).

(...) Artículo 75. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. (...)”

7. Acuerdo de Voluntades. Además de los anteriores, hay algunos asuntos de orden operacional que, dadas las funciones y competencias cruzadas de los agentes, que describiámos unos párrafos arriba, es necesaria también su aclaración.

Tal es el caso del concepto de **Acuerdo de voluntades**, que se define como un registro y habilita la pertenencia de las IPS a las redes, pero no se establece cómo y entre cuáles agentes se suscribe (artículo 131).

(...) Artículo 131. Acuerdos de Voluntades. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISSS, que les habilita para hacer parte de las redes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud, así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) como pagador único, lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población. (...)”

8. Sistema Tarifario. Corolario de lo anterior es necesario aclarar y precisar la definición de un **sistema tarifario** que contemple una remuneración básica que cubra los costos en los que incurren las instituciones para la adecuada prestación de servicios de salud e **incluya además condiciones diferenciales tales como la infraestructura, la dotación, el talento humano en salud, los resultados que consiguen**, la calidad superior y que servicios sensibles como **ginecología, obstetricia, pediatría y salud mental** - por mencionar algunos - sean debidamente remunerados. Un sistema tarifario debe ser, ante todo, una poderosa herramienta para conseguir mejores desenlaces en salud. (numerales 6 y 19 del artículo 58 y artículo 131).

(...) Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:

6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago. (...)”
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos. (...)”

9. Mecanismo de Garantías. La ACHC históricamente ha insistido en la necesidad de un Fondo o mecanismo de garantías para el sector salud que, de haberse creado, permitiría en este momento contar con alternativas o capitales que mitigaran las dificultades en el flujo de recursos. En ausencia de ello, consideramos como una de las grandes urgencias para una sana transición, la creación de un mecanismo de garantía que respalde el funcionamiento y solidez financiera de los agentes y sea supletorio para generar liquidez y respaldar las obligaciones incumplidas de algunos agentes.

Este tema no está incluido y podría adicionarse al *plan de implementación del artículo 125 sobre Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud, o como artículo adicional dentro del TÍTULO XIII de DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS.*

10. Consideraciones sobre las acciones de coordinación. Según describimos en el punto II, respecto de la coordinación de algunos agentes del sistema, hay que aclarar las actividades, responsabilidades y competencias de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las Gestoras de Salud y Vida (GSV), y las Entidades Territoriales y sus dependencias, para que no se generen confusiones y en especial para que no se afecte la atención al usuario. En efecto, en el texto no se definen las acciones de coordinación como una función o subfunción, que resulte acorde a la organización de un modelo de salud.

A lo largo del documento, la *coordinación* se usa como sustantivo o como verbo refiriéndose a las acciones que se realizarían entre diferentes agentes entre ellos: los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), las entidades territoriales y las Gestoras de salud y vida (GSV) en busca de asegurar la continuidad en la atención de los pacientes, así como el establecimiento y gestión de procesos de referencia y contrarreferencia, monitoreo y la evaluación del desempeño de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS), aspectos señalados en el texto puntualmente.

Para facilitar la lectura y comprensión de esa duplicidad o falta de claridad en la responsabilidad de coordinar algunos procesos, realizamos un análisis agrupando 4

dimensiones que consideramos las más sensibles o de mayor impacto. A lo largo del texto, se encontraron 24 referencias en 11 artículos, sobre las acciones de coordinación, que detallaremos en las siguientes gráficas, teniendo en cuenta las siguientes categorías:

- I. Gestión de Riesgo en salud
- II. Prestación de servicios
- III. Redes
- IV. Salud pública

Se encontraron 9 referencias dentro del articulado que se superponen entre algunos de los agentes analizados⁶ (CAPS, GSV y Entidades Territoriales) en relación con los términos "coordinación"⁷ se evidencia una duplicidad de funciones y responsabilidades dentro del sistema de salud. Estas referencias muestran que varios agentes llevan a cabo acciones similares, lo que puede generar ineficiencias y dilución de responsabilidades, es decir que las actividades designadas se dividan entre múltiples partes sin que ninguna asuma plenamente su cumplimiento, lo que puede llevar a la inacción o la falta de acción efectiva. (Ver Gráfico N° 2).

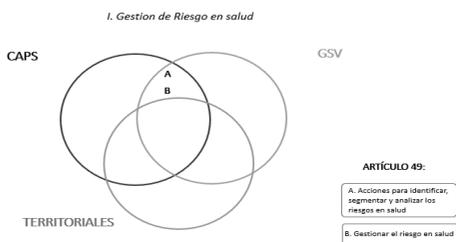
cinco referencias están relacionadas con redes integradas de salud, abordando temas como organización, habilitación, autorización, monitoreo, evaluación y gobernanza. Esto sugiere que existe una duplicación de esfuerzos en la coordinación y articulación de estas redes entre los CAPS, las GSV y las entidades territoriales. Si bien, para efectos de las redes, es precisa una sincronía y coordinación entre los agentes, es necesario que haya un responsable de conformarla y aprobarla. Tres referencias se relacionan con la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, lo que indica que los CAPS y las GSV y las entidades territoriales participan en coordinar y articular la

⁶ Para simplificación del ejercicio se limitó a tres agentes esenciales dentro de la operación de la prestación del servicio dentro del sistema de salud; es decir que no se incluyeron las nuevas instancias creadas por el proyecto ni los agentes relacionados con la dirección, financiación y vigilancia del sistema.
⁷ Se incluyeron las palabras articular y articulación dado que en el texto poseen la misma intención que coordinar.

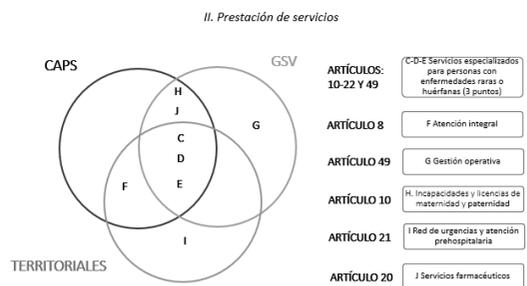
atención para este grupo de población. Una referencia está relacionada con la gestión intersectorial y la participación social en el ámbito de la salud pública.

Del análisis se concluye la necesidad de establecer responsables, más allá de la mención de la actuación coordinada que obviamente debe existir entre los agentes del sistema. Una revisión exhaustiva de las funciones de los CAPS y las GSV es fundamental para evitar superposiciones y garantizar la eficacia del modelo de salud que se quiere implementar.

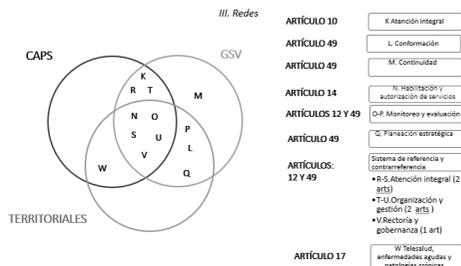
GRÁFICO N° 1. ANÁLISIS DE RESPONSABILIDAD ENTRE TRES AGENTES DEL SISTEMA (ACCIONES DE COORDINACIÓN)



En gestión de riesgo se evidencia duplicidad entre CAPS y GSV para coordinar acciones de identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud.



En cuanto a prestación de servicios, se evidencia duplicidad en servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas.



La mayor parte de las duplicidades se da en las redes integradas de servicios de salud, en especial a temas del sistema de referencia y contrarreferencia en aspectos tanto de organización, habilitación, autorización como de monitoreo, evaluación y gobernanza de la red

IV. Salud pública

ARTÍCULO 10:
X. Gestión Intersectorial y Participación Social

Fuente: A partir de información contenida en el Proyecto de Ley 339 de Cámara y 216 de Senado.

La referencia a salud pública hace especial alusión a la participación comunitaria en la planificación y ejecución de planes de cuidado.

Intersección de RESPONSABLES en acciones de "coordinación"
CAP n GSV n Entes territoriales

II. Prestación de servicios	ARTÍCULOS: 10-22 Y 49	C-D-E Servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas (3 puntos)
	ARTÍCULO 12	O. Monitoreo y evaluación
	ARTÍCULO 14	N. Habilitación y autorización de servicios
III. Redes	ARTÍCULOS: 12 Y 49	Sistema de referencia y contrarreferencia
		*S. Atención integral y gestión
		*U. Organización y gobernanza
		*V. Rectoría y gobernanza
IV. Salud pública	ARTÍCULO 10	X. Gestión Intersectorial y Participación Social

Fuente: A partir de información contenida en el Proyecto de Ley 339 de Cámara y 216 de Senado.

*9 Referencias superpuestas con los 3 agentes analizados frente al término coordinación y/o articulación.
5 en relación con redes integradas de salud, en temas de organización, habilitación, autorización, monitoreo, evaluación y gobernanza
3 de ellas en relación con prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas
y 1 a Salud Pública específicamente al tema de gestión Intersectorial y Participación Social*

11. Sostenibilidad del Sistema de Salud. Este es un asunto fundamental tratándose de una reforma al Sistema de Salud como la que nos ocupa. La ACHC destaca asuntos como la preservación de las fuentes existentes, la creación de un Fondo único que, de transparencia al manejo de los recursos, el saneamiento de pasivos, una UPC suficiente y la creación de una reserva técnica para respaldar el giro directo que se plantea hacia los prestadores de servicios de salud.

No obstante, tal como hemos expresado públicamente es necesario evaluar si los recursos que destinamos para un Sistema de Salud como el nuestro, son suficientes, si debiéramos incrementar puntos del PIB para este propósito o fortalecer algunas fuentes actuales como el medio punto del IVA social para el sector salud o las destinadas al recaudo de impuestos saludables como alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas e impuestos ambientales por contaminación.

III. Plan Extraordinario de liquidez

De otra parte, queremos informarles que hemos venido insistiendo al Gobierno Nacional en las dificultades de flujo de recursos actual, derivada por la disminución o falta de giros y pagos acordados con la red prestadora, por parte de algunas EPS.

Hemos propuesto un **Plan Extraordinario de Liquidez** – el cual adjuntamos –, que establezca el Giro Directo Universal, la liberación de reservas técnicas, operaciones de compra de cartera, el fondeo de créditos Findeter, el pago de atenciones derivadas de accidentes de tránsito y la destinación del 0.5% de IVA social para pagar deuda a las IPS. También y a propósito del pago que se hará de saldos y faltantes de presupuestos máximos o techos y del Acuerdo de punto final, hemos solicitado que se autorice el giro directo de estos recursos hacia las IPS lo cual permitiría mitigar la situación de illiquidez de los prestadores de servicios de salud.

Así mismo hemos solicitado que se expida una circular aclaratoria sobre el incremento de la UPC para el 2024, porque como es habitual, se están haciendo interpretaciones indebidas, señalando que el 5% de la atención primaria en salud que se preconiza en las últimas normatividades, corresponde a recursos que se tienen que descontar del incremento natural que debe darse hacia las IPS. En estos momentos de gran dificultad, eso es inaceptable, pero puede corregirse con una disposición normativa aclaratoria.

IV. Estudios y propuestas ACHC

La ACHC como agente importante y activo del Sistema de Salud, de manera constante hace propuestas, elabora estudios a profundidad sobre los asuntos que impactan el sector salud Colombiano y siempre está dispuesta a aportar en la construcción de un mejor sistema de salud para todos. En ese contexto, les compartimos los siguientes estudios y documentos que esperamos sirvan de insumo en la construcción y evaluación del proyecto de Ley de Reforma que les ha sido puesto para evaluación:

a) Del espacio en blanco a un campo de atención. En esta propuesta se aborda la visión y desafíos del sistema de salud en Colombia, desde un concepto novedoso denominado campo de atención como un método para abordar el espacio en blanco generado por un contexto influenciado por la incertidumbre y distracción de los actuales tiempos.

El método Campo de atención se construye a partir de tres dimensiones temporales de análisis: **Experiencia**, que es el aprendizaje del pasado y del conocimiento empírico, especial mente de la pandemia por COVID-19, identificando aciertos y áreas de mejora; **Perspectiva**, que combina pasado y presente mediante estudios técnicos para fundamentar decisiones; y **Prospectiva**, que visualiza el futuro, ideando cambios y estableciendo acciones para alcanzar visiones a largo plazo.

b) Rasgos distintivos Sistemas de Salud del mundo. En este estudio se presenta una breve revisión de los principales ranking y evaluaciones publicadas en los últimos años sobre los sistemas de salud del mundo. Este análisis recoge la evaluación de desempeño de organismos públicos y privados e instituciones académicas nacionales e internacionales de los sistemas de salud para compararlos, analizar cómo cada sistema cumple con las expectativas de los pacientes e identificar cuáles son sus fortalezas y debilidades, para proponer alternativas para su mejora que se impulsen mediante políticas públicas.

c) Ruta lógica hacia una salud progresiva. Propuesta inspirada por tendencias emergentes, con las cuales se señala que las cosas no pueden seguir igual. Mediante un planteamiento progresivo se propone lograr el equilibrio entre los distintos agentes del sistema, la necesidad de establecer cambios graduales, el establecimiento de nuevas reglas de juego, la definición de fronteras, el cambio de rol de los actores, los cambios en las relaciones de poder y el aprovechamiento de la tecnología como complemento.

d) Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria. En consonancia con las tendencias y el concepto de progresividad del derecho a la salud, elaboramos encuestas con el fin de conocer las necesidades y avances en la evaluación de tecnologías médicas que mejoren la atención del paciente. Las preguntas están relacionadas con: La toma de decisiones de adquisición bajas o reposición de las tecnologías, la base de la gestión tecnológica conformación de equipos para evaluación las tecnologías y recomendaciones para facilitar estas evaluaciones en el sector salud.

e) Estudio de Salarios. Es un trabajo descriptivo que, mediante una encuesta salarial, pretende conocer valores de referencia de los cargos administrativos y asistenciales más representativos y comunes de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las formas de contratación utilizadas. Desde 2006, la ACHC ha elaborado este

estudio caracterizando los salarios de instituciones afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), para informar y ser un referente ante la escasa o nula información que existe sobre el tema en el sector salud. Adjuntamos el estudio correspondiente al 2023.

f) Estudio de Cartera. Uno de nuestros asuntos recurrentes es el relacionado con la cartera hospitalaria. Desde el año 1998, la ACHC mediante el estudio y compilación de las cifras de deuda de sus instituciones hospitalarias, realiza un proceso de investigación y publica un observatorio de las deudas del sector, mostrando el detalle y comportamiento de los agentes. Los resultados semestrales, permiten establecer que se trata de un problema crónico y creciente.

Nuestro último estudio de cartera, con corte a junio de 2023, La deuda por prestación de servicios de salud de las EPS, el Estado, las aseguradoras SOAT, las ARL y otros actores del sistema con un grupo de hospitales y clínicas de este gremio, asciende a más de 16 billones de pesos, cifra que tiene una variación de 14,7% con respecto a la cifra reportada en el semestre con corte a diciembre de 2022 que fue de 14 billones de pesos. De la deuda total, 47,7% corresponde a cartera corriente, unos 7, 7 billones de pesos y 52,3% a cartera vencida equivalente a \$ 8.4 billones de pesos aproximadamente. Una vez más, la mayor participación de la deuda total corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo que les adeudan a las 207 instituciones reportantes 7,9 billones de pesos equivalente al 49,4% del total de la deuda, seguida por las EPS del Régimen Subsidiado que deben 3.5 billones de pesos, que corresponde al 21,9%.

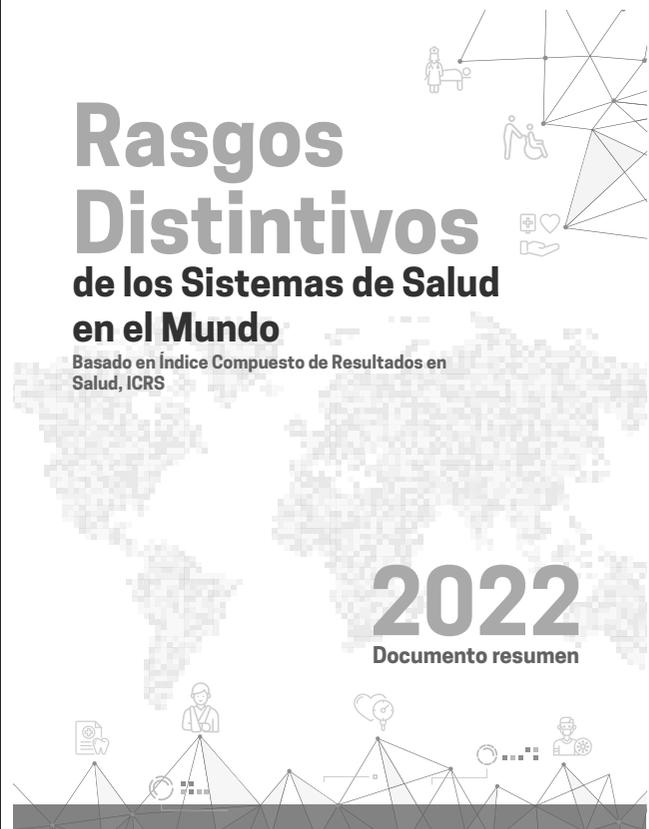
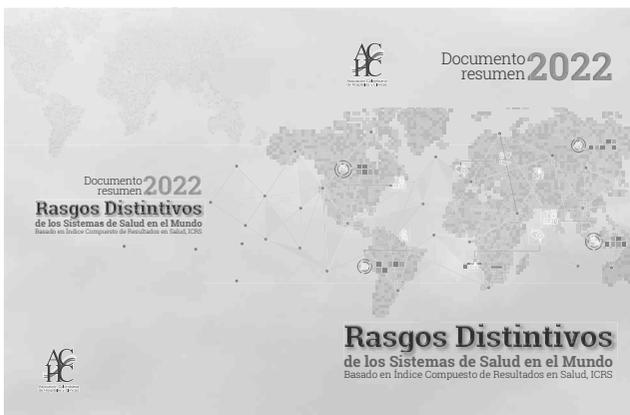
Las obligaciones con los prestadores, de las EPS que han sido liquidadas, ya asciende a los \$2.6 billones de pesos en el grupo de las 211 IPS reportantes. Lo anterior permite inferir que, si se extrapola esta situación al universo de prestadores, la cifra es de mayores proporciones.

Honorables Senadores, el sector prestador de servicios en Colombia está dispuesto, está activo y quiere seguir garantizando la prestación de los servicios a toda la población. Agradecemos y esperamos puedan desde esa Comisión, revisar estos asuntos y reiteramos nuestra disposición para aportar en la construcción de un Sistema de Salud que preserve lo logrado y avance hacia mejores condiciones para la población y la red de prestadores pública y privada del país.

De ustedes atentamente,


JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
 Director General ACHC

Anexos:
 Cuadro matriz análisis de responsabilidad entre tres agentes del sistema (acciones de coordinación) 8 folios
 Plan extraordinario de liquidez
 Del espacio en blanco a un campo de atención
 Rasgos distintivos Sistemas de Salud del mundo
 Ruta lógica hacia una salud progresiva
 Una mirada a la evaluación de tecnología hospitalaria
 Estudio de Salarios
 Estudio de Cartera



2

Dirigido por:
Juan Carlos Giraldo
Valencia¹

Elaborado por:
Liliana Claudia Delgado²
Ana Sofía Zea Ruiz³
Con el apoyo de:
Ecoanaltica S.A.S⁴

1. Antecedentes

Diferentes organizaciones públicas y privadas han propuesto índices que sirven para medir y comparar los sistemas de salud a nivel mundial, siendo algunos ejemplos de los más recientes: el "Global Access to Healthcare Index" de la revista The Economist (2017), el publicado anualmente por la consultora Bloomberg "Health Care Efficiency Index" y el "Health Inequality Index" presentado por The Economist Impact (2022). Adicional a estos, están los que incluyen el "factor Covid" como "The COVID Resilience Ranking" realizado por la firma Bloomberg hasta junio 2022, la versión 2021 del "Global Health Security Index" realizada por Bell & Nuzzo (2021) y el análisis "Capacidad de respuesta y desempeño de los sistemas de salud ante la pandemia COVID-19" Delgado (2022).

Por su parte, desde hace varios años, la ACHC ha desarrollado diferentes estudios en los que se ha buscado analizar el desempeño de los sistemas de salud de diferentes países. Para esto, en el año 2009 se realizó un primer ejercicio en el que se caracterizaron 20 sistemas de salud latinoamericanos, teniendo en cuenta variables como: modelos de financiación, infraestructura, mortalidad en menores de 5 años y materna, y esperanza de vida al nacer. La evolución de este trabajo ha estado marcada tanto en la inclusión de un mayor número de países pertenecientes a diferentes regiones del mundo, como en el uso de herramientas econométricas con las que se puede sintetizar información contenida en un mayor número de variables.

De esta forma, en 2013 fue presentada la primera edición del Índice Compuesto de Resultados en Salud (ICRS) con el que, mediante un análisis de componentes principales que toma en cuenta información de variables relacionadas a los resultados en salud, la financiación y la prestación de servicios, se construyó un ranking de los sistemas de salud de 50 países. Adicionalmente, para establecer relaciones entre el ICRS y otras variables, se

1 Juan Carlos Giraldo Valencia - Director General ACHC. Médico y cirujano de la Universidad de Calicut, diploma en evaluación de impacto de proyectos sociales - CEPAL, Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP. Magister en administración de salud de la Universidad Javeriana y Máster en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.
2 Liliana Claudia Delgado - Economista, Magister en Cooperación Internacional al Desarrollo de la Universidad Internacional de La Rioja - UNIR.
3 Ana Sofía Zea Ruiz - Economista y Politóloga de la Pontificia Universidad Javeriana.
4 Ecoanaltica SAS, estuvo a cargo del manejo estadístico de la información.

3

incluyó al estudio un análisis de correlaciones (Giraldo et al., 2014).

En 2017 se realizó la segunda edición del ICRS en la que se buscó robustecer los resultados del análisis mediante la inclusión tanto de 49 países más (para un total de 99) como de más variables (para un total de 28) con las que se nutrieron las dimensiones: Resultados en Salud, Infraestructura y Financiación, Organización y estructura, adicionalmente se agregó la dimensión de contexto (Giraldo et al., 2017).

Dado los retos que conllevó la pandemia del COVID-19 y la ejecución de diferentes acciones por parte de los gobiernos para hacer frente a la misma que, entre otras, demandó el fortalecimiento de los sistemas de salud, el presente estudio busca realizar una actualización del ejercicio que resulta en esta tercera edición del ICRS. En esta, se clasificó los sistemas de salud teniendo en cuenta las variables de resultado utilizadas en las ediciones anteriores y adicionando las relacionadas al COVID-19 con las que se busca incluir los efectos de este, así como la nueva realidad que afrontan los sistemas. Por lo demás, se indica que el ranking aquí presentado se realizó para 94 países para 2022⁶.

Desde el gremio hospitalario, se considera pertinente el desarrollo de este tipo de estudios técnicos sobre desempeños de los sistemas de salud, dado que aportan al debate recomendaciones sustentadas en evidencia, que a la vez se alejan de la visión reduccionista, en la que se considera que los ajustes a un sistema de salud se limitan a cambiar un conjunto de artículos en la normatividad que lo enmarcan. Para centrarse en la visión de que los ajustes deben tener un enfoque sistémico e integral y darse

6 Los 5 países excluidos en comparación a la anterior edición fueron Bolivia, Brasil, Camboya, Mongolia, y Nicaragua y la razón de su exclusión fue la deficiente calidad en la información en los años de pandemia.

como resultado de un ejercicio conceptual e intelectual a profundidad.

Tanto en las diferentes ediciones presentadas del ICRS como en otros rankings, el sistema de salud colombiano ha ocupado posiciones medias, que reflejan tanto sus fortalezas como debilidades. Por esto surgen preguntas como: ¿Podemos aspirar a tener un mejor modelo de salud?, ¿Podemos pretender ascender en este ordenamiento? frente a las que se considera que la respuesta es afirmativa. En tal sentido, la propuesta planteada por la ACHC (2021), "Salud Progresiva" enuncia los principales lineamientos que debería tener la reforma en salud en el país.

2. Índice Compuesto de Resultados en Salud -ICRS-, 2022

En términos de la Organización Mundial de la Salud -OMS-, existen múltiples marcos para evaluar los desempeños de un sistema de salud, sin embargo, en el fondo hay un consenso mínimo alrededor de los indicadores clave, métodos y medidas eficaces de la capacidad de los sistemas de salud, incluidos los insumos, los procesos y los productos así como su relación con los indicadores de resultado. Esto se conceptualiza de forma general en lo que se denomina los "Seis bloques de construcción claves", que describen los sistemas de salud en términos de los componentes básicos o bloques: i) prestación de servicios; ii) personal sanitario; iii) sistemas de información sanitaria; iv) el acceso a los medicamentos esenciales; v) financiación; y vi) liderazgo/gobernanza (World Health Organization, 2010)

4

Basados en estos conceptos se operativizan 38 variables y se clasifican en tres grupos: las variables de resultado, que son las que dan lugar al ranking, las variables de organización y estructura, que sirven para caracterizar, las variables insumos y de contexto, que se utilizan para asociarlas al comportamiento del índice de resultado calculado.

El primer grupo de variables son las de resultado y/o desempeño y hacen referencia a los indicadores que representan de forma medible los resultados de los sistemas. Se incluyen 5 grupos de variables resultado, a saber: factor 1, correspondientes a esperanza de vida; factor 2, atinentes a tasas de mortalidad; factor 3, años de vida ajustados por discapacidad; factor 4, tasa de tuberculosis y tasa de enfermedades crónicas no

transmisibles; factor 5, factor Covid, compuesto por la tasa de mortalidad por infección y la tasa bruta de mortalidad COVID-19. Las 12 variables completas se detallan en la Tabla 1⁶

Con estas variables se elabora el ICRS-2022, para lo cual el método aplicado desde la estadística es Componentes Principales (ACP) el cual se explicará en la sección de metodología, con el fin de sintetizar las 12 variables de resultado del sistema de salud elegidas en una sola medida. De este proceso se obtuvieron 5 factores y de esta manera el índice final, denominado ICRS-2022, captura la mayor variabilidad de los datos y lo contempla en un índice sintético que puede ser ordenado como método de clasificación de países en función de las variables estandarizadas.

Tabla 1. Variables de resultado

FACTOR	VARIABLE
1	Esperanza de vida al nacer 2019
	Esperanza de años de vida saludable al nacer 2019
2	Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) 2017
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) 2020
	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) 2020
	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) 2016
3	Años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes) 2019
	Incidencia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes) 2020
4	Tasa de enfermedades no transmisibles (por cada 100.000 habitantes) 2019
	Tasa de mortalidad por infección (IFI), que corresponde al número de muertes por una enfermedad dividido por el número total de casos. 2020-2021
5-COVID	Tasa bruta de mortalidad COVID-19 (por cada millón de habitantes) 2020-2021 (Adicional la propia variación entre los años 2020-2021)

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

6 Se eligieron las variables de acuerdo con su relevancia, disponibilidad de información para el mayor número de países e información más actualizada al corte del inicio del año 2022, fecha en la cual se elaboró el estudio, las fuentes de cada variable se encuentran en el anexo de variables.

5

El segundo grupo de variables son las correspondientes a la caracterización propia de los sistemas de salud en cuanto a su organización, tipo de gobierno y estructura (gobernanza, modelo y

modo de financiación)⁷. Dichas variables no hacen parte del índice, su utilidad radica en que sirven para asociar los resultados con los distintos modelos y tipos para análisis descriptivos. Tabla No.2

Tabla 2. Variables de organización y estructura (gobernanza, modelo y modo de financiación)

categoria	subcategoria	Tipo
GOBERNANZA		Estado como guardián ⁸
		Estado como propietario/operador ⁹
		Privado
ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA	MODELO	Beveridge (sistema nacional de salud) ¹⁰
		Bismarck (seguridad social) ¹¹
		Mixto ¹²
MODO DE FINANCIACIÓN	MODO DE FINANCIACIÓN	Modelo privado (sistema de mercado)
		Semiprivado (sistema centralizado) ¹³
		Aportes
	Impuestos Generales	
	Mixto	
	Mixto ONG y Cooperación Internacional	
	Mixto - OOPS ¹⁴	

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

El tercer grupo de variables está conformado por las variables insumo y contexto, se clasifican en 4 dimensiones; i) Capacidad de respuesta, ii)

Contexto, iii) Cobertura y capacidad del sistema y iv) Factores de riesgo (en específico vulnerabilidad frente a COVID-19). Ver tabla 3.

7 Las variables fueron tomadas de la clasificación elaborada por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC- (2014) que a su vez está basada en el documento "Strengthening health systems through innovation. lessons learnt" escrito por Steward & Cohen (2011) de la fundación International Centre for Health Innovation (ICHEI).
8 El Estado es el administrador más no propietario de los servicios de salud, el cual garantiza una cobertura mínima de los servicios para los ciudadanos y la financiación se basa en agencias de seguro social de propiedad y operación privada.
9 El Estado es el operador y único pagador que proporciona seguro de salud pública para garantizar la cobertura universal de un paquete específico de beneficios.
10 Este modelo define que el sistema de salud debe basarse en la realidad política y económica de cada país. El servicio se presta de forma universal

sal y garantiza con que los usuarios deban estar afiliados. Se financia por medio público.
11 La financiación se debe dar por medio del recuento de cuotas obligatorias de las empresas y los trabajadores a las aseguradoras. En este el aseguramiento es obligatorio para la prestación de los servicios.
12 Se caracteriza por la interdependencia entre los sectores, por la distribución de las funciones y la cobertura y prestación de servicios según los ingresos de la población.
13 La infraestructura para la prestación de los servicios es proporcionada por el Estado. Es un sistema centralizado en el que la prestación depende de las políticas que implementa el gobierno.
14 Out of Pocket (OOPS) hace referencia al gasto de bolsillo que tienen las personas.

6

Tabla 3. Variables de insumo y de contexto

DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR
MEDIDAS ESPECÍFICAS		Vacunas (por 100 mil habitantes) 2022
		Índice de rigor Oxford ¹⁸ 2020 - 2022
		Total camas (por cada 1.000 habitantes) 2020
INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO		Densidad de médicos (por cada 10.000 habitantes) 2011-2020
		Densidad de enfermeras y parteras (por cada 10.000 habitantes) 2011-2020
CAPACIDAD DE RESPUESTA	FINANCIACIÓN	Gasto total en salud (como % del PIB) 2019
		Gasto total en salud (per cápita en US\$) 2019
		Gasto del gobierno en salud (como % del PIB) 2019
		Gasto privado en salud (como % del PIB) 2019
		Gasto de bolsillo (como % del gasto en salud) 2019
	Riesgo de gasto catastrófico para la atención quirúrgica 2020	
	Gasto adicional atención COVID (como % del PIB-subtotal) 2020	
	Gasto adicional sector salud atención Covid (como % del PIB) 2020	
	Gasto adicional NO sector salud atención Covid (como % del PIB) 2020	
	Gasto en atención primaria (per cápita en US\$) 2019	
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	% Personas que utilizan servicios de agua potable gestionados de forma segura 2020	
	% Personas que utilizan servicios de Saneamiento gestionados de forma segura 2020	
CONTEXTO	GOBIERNO, TRANSPARENCIA Y DESARROLLO	Índice de percepción de corrupción 2021
		Índice de efectividad del gobierno ¹⁹ 2020
		Índice de desarrollo humano ¹⁷ 2019

Continúa pág siguiente →

¹⁸ The stringency index: Índice de rigor, es una medida compuesta de cuarenta indicadores de respuesta: registro de cierre de escuelas y universidades, cierre de lugares de trabajo, cancelación de eventos públicos, restricción de emisiones privadas, cierre de transporte público, orden de confinarse en el hogar, y restricción de movimientos internos entre ciudades/regiones, reescalada a un valor de 0 a 100 (100 = más estricto), calculado por el proyecto Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT). Se encuentra publicado en línea en OurWorldInData.org

¹⁹ El proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) informa indicadores de gobernanza agregados e individuales para más de 200 países y territorios durante el periodo 1996-2021, para seis dimensiones de gobernanza: Voz y rendición de cuentas, Estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo, Eficacia del gobierno, Calidad Regulatoria, Estado de derecho y control de la corrupción, para este estudio se utilizó la dimensión eficacia del gobierno, la cual está relacionada con la percepción de la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y su grado de independencia de las presiones políticas; la calidad de la formulación e implementación de políticas; y la credibilidad de la el compromiso del gobierno con dichas políticas. Puede ser encontrado en <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>

¹⁷ IDH: Índice para medir el desarrollo humano de un país a través de la medición en las dimensiones de salud, educación y economía, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

7

COBERTURA Y CAPACIDAD DEL SISTEMA	LHC Índice de cobertura efectiva (HME UW) 2019
	Promedio de 13 puntajes de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional 2019
FACTORES DE RIESGO	65 años o más (Proporción de la población) 2022
	Probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, (30-70 AÑOS) 2019
	Porcentaje de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses 2022
	Índice de riesgo por Covid ²⁰ 2020

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022.

3. Metodología

Se utilizó el Análisis de Componentes Principales (ACP), método multivariante, cuyo objetivo es convertir un sistema de recolección de información que contiene una cantidad desbordante de variables de tipo cuantitativo y medidas en cada unidad de observación, en este caso los países, a un sistema con un número de variables menor pero equivalente y más manejable (pocas nuevas variables) sin pérdida significativa de información.

La técnica se enfoca en combinaciones lineales de todas las variables originales que sean

linealmente independientes entre sí, pero que están altamente correlacionadas con las variables originales, denominadas componentes principales, las que ordenadas en forma decreciente según su variancia, permiten explicar el porcentaje de variabilidad de los datos, por cada componente. Los valores y vectores característicos se obtienen diagonalizando la matriz de variancia y co-variancia o alternativamente la matriz de correlaciones.

Consecutivamente, cada observación de la muestra obtiene una puntuación en cada uno de los componentes principales seleccionados, lo que permite ordenar las observaciones con base en información multivariante.

²⁰ El Reglamento Sanitario Internacional es un compromiso adquirido por parte de los Estados Miembros de la OMS; tiene como fin ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, la protección (contra su propagación), el control, así como dar una respuesta adecuada de salud pública, manteniendo al mínimo las interferencias necesarias con el trabajo y el comercio internacionales.

¹⁹ El Índice de Riesgo INFORM COVID-19 adaptación experimental del Índice de Riesgo Epidemiológico INFORM identifica países en riesgo de impactos sanitarios y humanitarios de COVID-19 que podrían superar la capacidad de respuesta nacional actual y por lo tanto, conducir a la necesidad de asistencia internacional adicional. Más información puede ser consultada en INFORMAR Covid-19 (europa.eu)

8

4. Resultados generales

a. Ranking

En este estudio se obtuvieron los componentes principales diagonalizando la matriz de correlaciones, puesto que las distintas variables tienen diferentes unidades de medidas y cada variable aporta con la misma importancia.

El primer componente explica el 0,7037 de los datos, el segundo factor tiene acumulado el 0,8730, por lo tanto, los componentes del modelo están correlacionados y una vez se pronostica se estandarizan los resultados a través de la siguiente ecuación:

$$\text{Índice Estandarizado} = \left(\frac{y - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \right) \cdot 100$$

De esta forma, el índice estandarizado tomó valores de 0 a 100, siendo 100 el puntaje que obtuvo el país o los países con el mejor comportamiento en términos de resultados, pues tenían mayores resultados ordinales acumulados en promedio.

El ICRS- 2022 establece un orden de mayor a menor, teniendo en cuenta los puntajes obtenidos por cada país, la presentación del ranking ordenado se hace mediante conglomerados o clústeres de desempeño, dado que se estableció la existencia de grupos de países estadísticamente similares, para este trabajo en específico se formaron 10 clústeres.

El factor 5 incluye los valores de resultado de COVID-19 que mayor volatilidad contiene, sin embargo, está direccionado por la tendencia general de los países, por otro lado, los valores de los clústeres de las mejores calificaciones tienen una evidente consolidación en los factores restantes y una tendencia a menores resultados de COVID.

El grupo de desempeño más bajo (clúster 1), registra un índice promedio de 9,6 puntos dentro del rango 0 a 17,1 puntos y está conformado por 4 países, los cuales son de un nivel de ingreso muy bajo: Chad, Mozambique, Malí y Afganistán. El grupo del clúster 2 está conformado por 7 países con una puntuación promedio de 27,4 puntos, grupo donde se encuentra Sudáfrica, Botswana y Angola.

El grupo de los mejores (clúster 10) o de alto desempeño, lo integran 13 países con un promedio de calificación de 96,9 puntos en un rango de 94 a 100 puntos, se destacan en las primeras posiciones: Islandia, Israel y Corea del sur. El grupo que le sigue (clúster 9), promedia un índice de 91,2 puntos en un rango de 88,6 a 93,4 puntos y está integrado por 14 países de los que se destacan Holanda, España y Finlandia.

Al desagregar los resultados del ICRS-2022 para los países del clúster 10 (mejor desempeño) se observa que el factor con un mayor puntaje promedio fue el 2 con 98,5 puntos, lo que está relacionado con que las medias de las tasas de mortalidad materna, infantil, menores de 5 años, neonatal y adultos también son bajas respecto a los demás países del estudio. El factor 4 obtuvo la segunda puntuación media más alta con 96 puntos, siendo explicado por las bajas incidencia de

9

tuberculosis (por cada 100.000 habitantes) y tasa de enfermedades no transmisibles (por cada 100.000 habitantes), en las que el promedio del clúster fue 13,1 y 281,4 respectivamente, mientras que la media global del estudio se ubicó en 68,5 para la incidencia de tuberculosis y 467,6 para la tasa de enfermedades no transmisibles.

Por su parte, el factor 1 obtuvo una puntuación media de 92,7 puntos. En este, destaca que es el factor en el que se presenta una brecha más amplia entre la media del clúster y la media global (más de 25 puntos), lo que está relacionado con que, mientras los años de vida promedio de los países de mejor desempeño son 82,7 y los años de vida saludable en promedio corresponden a

71, para el total de la muestra estas medias bajan a 75,9 y 66,1 años, respectivamente. En cuanto al factor 3, los países mejor calificados obtuvieron una puntuación media de 85,3, lo que corresponde a que el promedio de los años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes) que tienen estos países es de 23,8 años.

Con respecto al factor 5, el cual refleja la pandemia por COVID-19, los países del clúster 10 obtuvieron un puntaje promedio de 70,5 puntos, siendo esta la puntuación más baja entre los 5 factores. Sin embargo, en comparación al promedio global de 53,2 puntos, los países con mejor desempeño muestran una gestión sobresaliente de la pandemia.

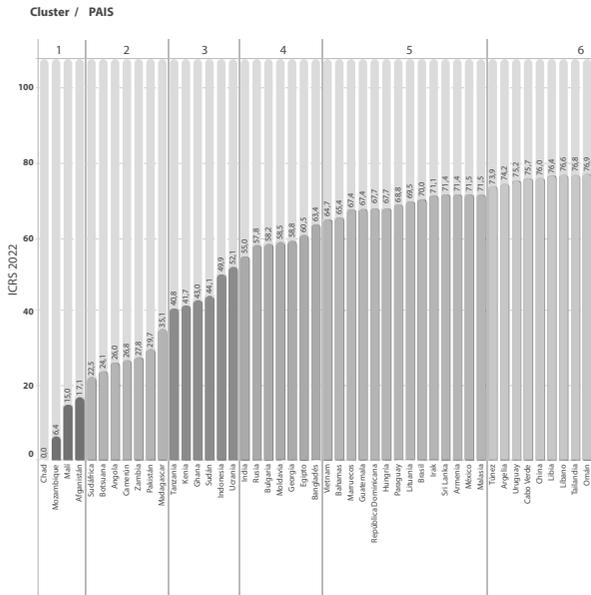
Tabla 4. Resultados agrupados de países

# Clúster	Promedio Índice de Resultado -ICRS- 2022	Valor mínimo	Valor máximo	Número de Países
10	96,9	94,0	100,0	13
9	91,2	88,6	93,4	14
8	85,5	83,7	87,6	10
7	80,7	78,9	81,6	4
6	76,4	73,9	78,5	15
5	69,0	64,7	71,5	14
4	58,9	55,0	63,4	7
3	45,3	40,8	52,1	6
2	27,4	22,5	35,1	7
1	9,6	-	17,1	4
PROMEDIO GENERAL	71,7			94

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022.

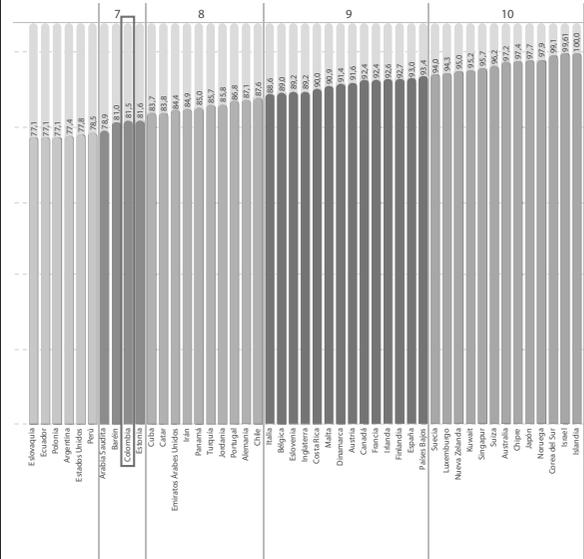
10

Gráfica 1. Índice Compuesto de Resultado en Salud -ICRS- 2022, agrupado por clústeres de países



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

11



12

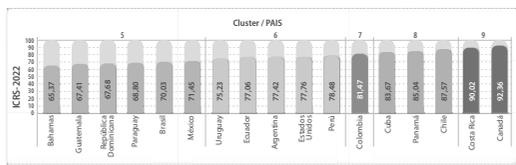
Mapa 1. Índice Compuesto de Resultado en Salud -ICRS- 2022 agrupado por clústeres según ubicación geográfica de los países



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

En la región de las Américas, Colombia se superada por países como Canadá (92,36 puntos), Costa Rica (90,02 puntos) y Chile (87,57 puntos), mientras países como Perú (78,48 puntos), México (71,45 puntos), Argentina (77,42) y Brasil (70,03 puntos) se ubicaron en puestos inferiores.

Gráfica 2. Índice Compuesto de Resultado en Salud -ICRS- 2022, región Américas



Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

13

b. Análisis por organización y estructura del sistema

Respecto a los resultados del -ICRS- 2022 en cuanto a la dimensión organización y estructura, se indica que dentro de la subcategoría gobernanza²⁰, "Estado como guardián" (promedio de 76 puntos) superó al "Estado como propieta-

rio-operador" (promedio de 67,1 puntos) con una diferencia de desempeño cercana a los 9 puntos. Es decir, los sistemas de salud que operaron en un contexto de Estado como guardian tuvieron mejor desempeño que aquellos que operaron en países cuyo sistema de salud operó en un Estado que funcione como propietario operador. Ver Tabla 5.

Tabla 5. Promedio del -ICRS- 2022, según gobernanza del sistema de salud

Gobernanza del sistema	Promedio -ICRS-
Estado como guardián	76,0
Estado como propietario-operador	67,1
Total, general	71,7

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

En el tema de financiación de los sistemas de salud, aquellos cuya fuente de recursos son impuestos generales obtuvieron una puntuación promedio de 82,7, mientras que los sistemas basados en aportes tuvieron una puntuación media de 81,3.

Por su parte, los sistemas con esquemas mixtos de financiación presentaron un valor perceptiblemente inferior (promedio de 76,2 puntos) respecto a los dos primeros, mientras que el esquema de financiación Mixto-OOPS, en el cual predomina el pago directo del usuario –o gasto de bolsillo-, obtuvo un valor muy inferior a los anteriores (promedio de 54,8 puntos).

Gráfica 3. -ICRS- 2022 Promedio según financiación del sistema de salud



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

²⁰ Las categorías presentadas, son aquellas con la suficiente representatividad de países. Dentro de la categoría Privado solo se cuenta con una observación correspondiente a Estados Unidos, país que a pesar de actuar tardíamente frente a la crisis generada por la pandemia, tuvo un balance positivo gracias a una importante inversión de recursos y a una efectiva campaña de vacunación.

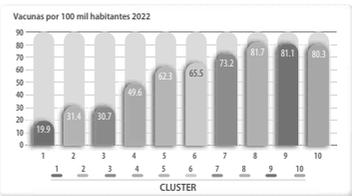
14

Según el modelo de sistema, el Bismarckiano (financiado con contribuciones de trabajadores y empleados), obtuvo el mayor puntaje promedio²¹ con 81,7, en comparación con el modelo de atención de Beveridge (el cual representa un modelo de acceso universal en atención de salud no dependiente de las condiciones del mercado laboral formal) con 68,2 puntos. Finalmente, los sistemas de salud que operaron en modalidades de modelos mixtos (contempla los denominados pagos de bolsillo y algunos recursos de cooperación internacional), obtuvieron las menores puntuaciones.

c. Análisis por dimensiones

Quando se analizan los diferentes indicadores que integran las dimensiones de las variables insumo y contexto, se destaca dentro de la dimensión capacidad de respuesta y de medidas específicas la variable Vacunas por cien mil habitantes, factor determinante en el desempeño de los sistemas en esta edición que incluye COVID-19, como se observa en la gráfica 4, los clústeres 8, 9 y 10 (mejor desempeño) doblan el indicador en comparación a los clústeres inferiores 1, 2 y 3 (menor desempeño).

Gráfica 4. Promedio de las principales variables insumo por clústeres de desempeño, Vacunas por cada 100.000 habitantes



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

Dentro de la dimensión de capacidad de respuesta, se contemplan las variables sobre infraestructura y recurso humano. Al respecto se destaca el indicador *densidad de enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes* que fue la variable con mayor efecto diferenciado en el desempeño en comparación a los países medios y al número de camas, los países ubicados

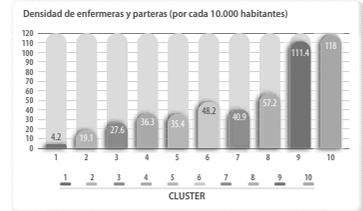
en los clústeres 10 y 9 presentaron los mejores resultados de desempeño asociados a tener más del doble de número de enfermeras por 10.000 habitantes en comparación al resto de clústeres.

En particular existe un rezago muy agudo entre los países del clúster 1 (menor desempeño) con 4 enfermeras en promedio por cada 10.000 habitantes, en comparación al clúster 8 que tiene 14 veces más, es decir 57 enfermeras por la misma cantidad de habitantes Gráfica 5.

²¹ Las categorías Sistema (Sistema centralizado) representada por Cuba y el modelo privado (sistema de mercado) de Estados Unidos, no se incluyen dentro del análisis por ser casos de una sola observación dentro de la muestra de países.

15

Gráfica 5. Promedio de las principales variables insumo por clúster de desempeño, densidad de enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes



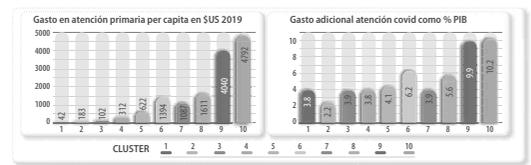
Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas y Ecoanalítica S.A.S 2022.

En la dimensión de financiación, una de las variables con mayor impacto en el desempeño es el gasto total en salud per cápita, los clústeres 9 y 10 observaron los mayores valores, todo lo cual sugiere la existencia de unos países que destinan recursos importantes a la salud en contraste con un grupo de países de niveles de ingresos muy bajo que no pueden destinar presupuestos adecuados a este sector, con una diferencia de más de 100 veces, mientras el clúster 10 gasta

en promedio cerca de \$US 4.792 por habitante, el clúster 1 gasta \$US 42 per cápita en promedio.

Por su parte, respecto al gasto adicional en COVID como porcentaje del PIB, variable de relevancia en este trabajo, se observan diferencias marcadas entre los mejores clústeres (10 y 9) que destinaron en promedio más de un 10%, y los clústeres del 2 al 6 que en promedio destinaron 3,9% del PIB.

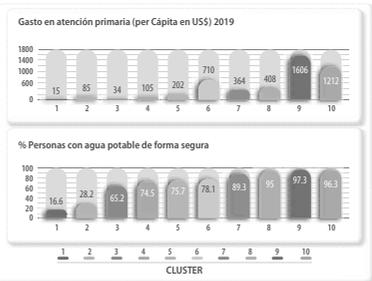
Gráfica 6. Promedio de las principales variables insumo por clústeres de desempeño. Gasto total en salud per cápita \$US y Gasto adicional en atención COVID como porcentaje del PIB



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

16

Gráfica 7. Promedio de las principales variables insumo por clústeres de desempeño, Gasto per cápita \$US en atención primaria salud y porcentaje de personas con agua potable



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

En el tema de atención primaria, en primer lugar, se considera el indicador gasto per cápita en atención primaria, que como puede verse en la Gráfica 7, es ampliamente diferencial entre los dos mejores grupos y los cuatro restantes de menor desempeño alcanzando en el clúster 5 un valor promedio de 202 dólares promedio per cápita en contraposición al grupo 1 de peor desempeño con apenas 15 dólares promedio per cápita, es decir 100 veces menos que los países con mayor desempeño, clúster 9 destinan \$US 1.212 y el clúster 10 con \$US 1.606 per cápita.

Frente al acceso al agua potable se verificó como los países clasificados en los clústeres 1 y 2 son aquellos con coberturas menores al 30%, lo cual refleja el impacto que tiene esta variable sobre el desempeño.

En cuanto al acceso efectivo en materia de atención en salud, y en general a la salud medida por la cobertura UHC²², los clústeres de mejor desempeño registran porcentajes de coberturas por encima del 87%. En contraste los clústeres de menor desempeño se asocian con bajos niveles de cobertura efectiva. En particular, Colombia se clasifica en este grupo clúster 7 y su UHC índice de cobertura efectiva (HME UW) para el año 2019 fue de 74,3%.

Dentro de factores de riesgo se incluyó la violencia de género medida con el indicador % de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez

²² Índice de cobertura UHC construido por GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet (2020) para medir la cobertura efectiva el cual se construye con 23 indicadores de cobertura efectiva en una matriz que representa los tipos de servicios de salud (por ejemplo, promoción, prevención y tratamiento) y cinco grupos de población-edad que abarcan desde reproductivos y recién nacidos hasta adultos mayores (60 años). Los indicadores de cobertura efectiva se basaron en la cobertura de la intervención o en medidas basadas en los resultados, como las tasas de mortalidad e incidencia para aproximar el acceso a una atención de calidad.

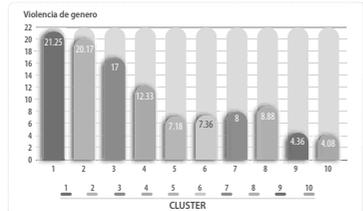
17

tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses, los resultados muestran amplias diferencias entre el grupo de mejor y menor desempeño, ya que los primero registran menores porcentajes de violencia contra la mujer (promedio 4%) y los segundos superan el 20% de mujeres que han sido

objeto de algún tipo de violencia, es decir 5 veces más.

Por lo tanto, dicho indicador se considera un factor de riesgo de gran impacto en el desempeño de los sistemas de salud, debido a que mayores niveles de violencia de género se asocian con mayores presiones negativas sobre los sistemas de salud.

Gráfica 8. Promedio de las principales variables insumo por clústeres de desempeño, % de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses



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

d. Análisis de correlaciones

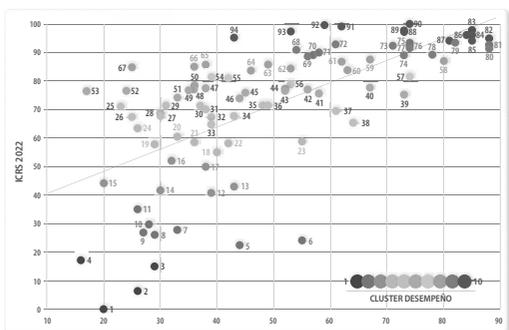
Se realizó un análisis de correlaciones entre las variables insumo y el -ICRS-2022.²³ En general, se puede indicar que las variables examinadas observaron grados de asociación (lineal) tal como razonablemente se podría esperar, la única variable que no dio asociación con el -ICRS-2022 fue el índice de rigor, esto se explica por cuanto dicho indicador es muy variable a través del tiempo y su efecto se pierde al analizar un corte transversal en el tiempo.

Se resalta la variable "vacunas" (por cada 10.000 habitantes), la cual observó una asociación lineal positiva con el -ICRS- 2022, ante lo cual se halló que los países con mejor desempeño fueron aquellos que priorizaron la vacunación de su población.

Otra variable que también tuvo una correlación positiva es el índice de percepción de la corrupción (teniendo en cuenta que este índice se lee 100 puntos significa estar limpio de corrupción y 0 puntos significa tener corrupción rampante).

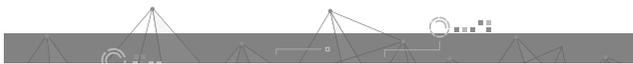
²³ Para mayor detalle, consultar el documento técnico de base

Gráfica 9. Correlaciones entre las principales variables insumo con el -ICRS- 2022, índice de percepción de corrupción

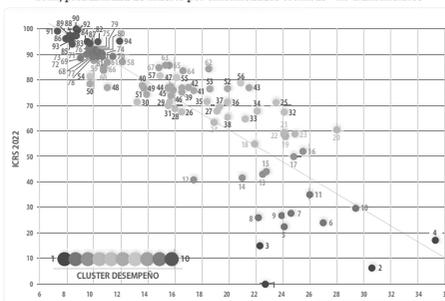


1. Chad	18. India	34. Hungría	51. Argelia	67. Irán	84. Singapur
2. Mozambique	19. Rusia	35. Malasia	52. Líbano	68. Malta	85. Suecia
3. Mali	20. Egipto	36. Armenia	53. Libia	69. Italia	86. Suiza
4. Afganistán	21. Moldavia	37. Lituania	54. Colombia	70. Eslovenia	87. Luxemburgo
5. Sudáfrica	22. Bulgaria	38. Bahamas	55. Emiratos	71. Costa Rica	88. Australia
6. Botsuana	23. Georgia	39. Uruguay	56. Arabia Saudita	72. España	89. Japón
7. Zambia	24. Bangladés	40. Estados Unidos	57. Estonia	73. Francia	90. Islandia
8. Angola	25. Irak	41. Cabo Verde	58. Alemania	74. Bélgica	91. Corea del sur
9. Camerún	26. Guatemala	42. Polonia	59. Chile	75. Irlanda	92. Israel
10. Pakistán	27. República Dominicana	43. Omán	60. Catar	76. Canadá	93. Chipre
11. Madagascar	28. Paraguay	44. Eslovaquia	61. Portugal	77. Austria	94. Kuwait
12. Tanzania	29. México	45. China	62. Suiza	78. Inglaterra	
13. Ghana	30. Sri Lanka	46. Tailandia	63. Jordania	79. Países Bajos	
14. Kenia	31. Brasil	47. Argentina	64. Cuba	80. Dinamarca	
15. Sudán	32. Marruecos	48. Ecuador	65. Turquía	81. Finlandia	
16. Ucrania	33. Vietnam	49. Taiwán	66. Panamá	82. Nueva Zelanda	
17. Indonesia		50. Perú		83. Noruega	

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



Gráfica 10. Correlaciones entre las principales variables insumo con el -ICRS- 2022, probabilidad de muerte por enfermedades crónicas -no transmisibles



1. Chad	18. India	34. Hungría	51. Argelia	67. Irán	84. Singapur
2. Mozambique	19. Rusia	35. Malasia	52. Líbano	68. Malta	85. Suecia
3. Mali	20. Egipto	36. Armenia	53. Libia	69. Italia	86. Suiza
4. Afganistán	21. Moldavia	37. Lituania	54. Colombia	70. Eslovenia	87. Luxemburgo
5. Sudáfrica	22. Bulgaria	38. Bahamas	55. Emiratos	71. Costa Rica	88. Australia
6. Botsuana	23. Georgia	39. Uruguay	56. Arabia Saudita	72. España	89. Japón
7. Zambia	24. Bangladés	40. Estados Unidos	57. Estonia	73. Francia	90. Islandia
8. Angola	25. Irak	41. Cabo Verde	58. Alemania	74. Bélgica	91. Corea del sur
9. Camerún	26. Guatemala	42. Polonia	59. Chile	75. Irlanda	92. Israel
10. Pakistán	27. República Dominicana	43. Omán	60. Catar	76. Canadá	93. Chipre
11. Madagascar	28. Paraguay	44. Eslovaquia	61. Portugal	77. Austria	94. Kuwait
12. Tanzania	29. México	45. China	62. Suiza	78. Inglaterra	
13. Ghana	30. Sri Lanka	46. Tailandia	63. Jordania	79. Países Bajos	
14. Kenia	31. Brasil	47. Argentina	64. Cuba	80. Dinamarca	
15. Sudán	32. Marruecos	48. Ecuador	65. Turquía	81. Finlandia	
16. Ucrania	33. Vietnam	49. Taiwán	66. Panamá	82. Nueva Zelanda	
17. Indonesia		50. Perú		83. Noruega	

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



5. Conclusiones

El promedio del indicador compuesto de resultados -ICRS- 2022 para los 94 países evaluados fue de 71,7 puntos. El grupo de alto desempeño (clúster 10), lo integran 13 países con un promedio de calificación de 96,9 puntos en un rango de 94 a 100 puntos, se destacan en las primeras posiciones: Islandia, Israel y Corea del sur. El siguiente grupo (clúster 9) promedia un índice de 91,2 puntos en un rango de 86,6 a 93,4 puntos y está integrado por 14 países de los que se destacan Holanda, España y Finlandia.

Por otra parte, el grupo de desempeño más bajo (clúster 1), registra un índice promedio de 9,6 puntos dentro del rango 0 a 17,1 puntos y está conformado por 4 países, los cuales son de un nivel de ingreso muy bajo: Chad, Mozambique, Mali y Afganistán. El grupo del clúster 2 está conformado por 7 países con una puntuación promedio de 27,4 puntos, grupo donde se encuentra Sudáfrica, Botsuana y Angola.

Respecto a la relación del índice con la estructura del sistema, los resultados evidencian que algunas categorías dentro de las variables organización, modelo y estructura del sistema de salud, tales como "Estado Guardián" y "Modelo Bismarck", se relacionan con mejores puntajes promedio frente a otras categorías. No obstante, no se puede concluir categóricamente que existe una combinación ideal o única manera en torno a los tipos de modelos y organización de los sistemas de salud, ratificando los hallazgos obtenidos en la edición 2017 de este estudio.

Según los análisis realizados por dimensiones, uno de los rasgos que se identificó que comparten sistemas con mejor desempeño, es la capacidad institucional del gobierno, en este caso

medida a través del indicador *efectividad del gobierno*, el cual se correlacionó de forma positiva con el -ICRS- 2022.

Asimismo, el gasto en salud se puede considerar otro rasgo distintivo de los mejores sistemas en la medida que es determinante en su desempeño, ya que mejores puntuaciones observadas en el -ICRS- 2022 están asociadas con un mayor esfuerzo en la destinación de recursos a favor del sector salud, sin embargo, no se puede olvidar que esto está directamente ligado no solo a la voluntad política de cada país, sino también a su nivel de ingreso.

En general, los países de mejor desempeño implicaron no solo una mayor cantidad (y posiblemente calidad) de recursos en términos financieros (porcentaje del PIB) sino también mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (física como camas por cada diez mil habitantes o densidad de médicos y enfermeras), frente a lo evidenciado para los países de menor desempeño.

De otra parte, mencionar la importancia del contexto socioeconómico en el desempeño de los sistemas de salud, dado que indicadores como Índice de Desarrollo Humano -IDH-, el índice de percepción de corrupción se asocian positivamente con el -ICRS- 2022, mientras que la violencia de género se relaciona de forma negativa con el mismo.

Finalmente, en materia de pandemia COVID-19 los sistemas de salud en el mundo se vieron afectados de diversas maneras, evidenciando tanto sus fortalezas como sus debilidades, cada país desplegó su capacidad de respuesta de acuerdo con la estructura y organización y de acuerdo con su propia institucionalidad, políticas de gobierno y contexto en general.



Si bien los sistemas de salud mostraron un desempeño adecuado (en particular los de mayor puntuación), se indica que en general ninguno estaba adecuadamente preparado para enfrentar una contingencia del tipo y grado como la que planteó la pandemia de COVID-19. Es decir, la pandemia inició negativamente en el desempeño de los sistemas de salud, lo que se refleja en la variación negativa de 2,7 puntos en el promedio de desempeño calculado pasando de 74,4 en 2017 a 71,7 en la actual evaluación.

Sobre la capacidad de respuesta, la inversión de recursos en programas de salud pública y atención primaria fueron de gran relevancia para hacer frente a la pandemia, en especial en los temas de la vacunación y el acceso a agua potable y saneamiento, dada la necesidad de monitorear y contener la propagación del virus, así como responder oportunamente a los aislamientos y tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados, seguimiento y gestión de la atención de estos.

Por último, resaltar la importancia que tiene este tipo de estudios, dado que logra identificar las características particulares de cada sistema de salud para, de esta forma, poder compararlos y así evidenciar los "rasgos distintivos" de aquellos que obtienen un mejor desempeño, aportando argumentos desde la técnica que respalden propuestas de cambio en pro de sistemas que mejoren su capacidad de respuesta y resultado.

Conclusiones para Colombia.

En la medición del año 2017 Colombia ocupó el puesto 48 mientras que en esta edición ocupó la posición 39 dentro de los 94 países evaluados, el clúster 7 con un índice de 81,5 puntos, estando por encima del promedio global.

deceso por cuenta de estas enfermedades menor índice de resultado, evidenciando la vulnerabilidad que tuvieron dichas personas con comorbilidades ante la pandemia COVID-19.

El sistema de salud colombiano tiene como base el modelo Bismarckiano de seguridad social, en el que el Estado desempeña el papel de regulador y guardian, su tipo de financiación es mixta, lo que quiere decir que los recursos provienen de impuestos generales así como de contribuciones de los trabajadores y las empresas.

Desde 1993 (año en el que se promulgó la ley por la que actualmente se rige el sistema) el país ha hecho un esfuerzo importante con el fin de lograr una cobertura en aseguramiento universal y sin importar el nivel de ingreso monetario de las personas, alcanzando una cobertura oficial de 99,35%. Sin embargo, este indicador no refleja una cobertura efectiva y real para toda la población, por tal razón para este estudio se utilizó el indicador *UHC Índice de cobertura efectiva* calculado por Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet. Al respecto Colombia registra en esta medición un 74,3%, revelando que aún hay trabajo en esta área para lograr una cobertura que incluya, acceso, continuidad y coordinación.

El análisis por factores muestra que el mejor desempeño del país se dio en el factor 4 con 89,3 puntos esto se explica porque el indicador *Incidencia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)* es de 37 y *Tasa de enfermedades no transmisibles (por cada 100.000 habitantes)* es de 326, mostrando un mejor desempeño en ambas variables que el promedio global, correspondiente a 68,5 y 467, respectivamente, no obstante lejos del promedio de dichos indicadores en el clúster 10 (mejor desempeño) siendo estos 131 y 281,4.

En el segundo factor, Colombia obtuvo una calificación de 85,6 dos puntos por encima de la media del estudio que fue 83,6. Acerca de los indicadores que hacen parte de este factor, con excepción de la Tasa de mortalidad adultos (por



cada 1.000 habitantes), el país registra menores tasas de mortalidad (Materna, Infantil, menores de 5 años y neonatal) que la media del resto de países evaluados pero con amplias brechas respecto a los promedios de dichos indicadores en el cluster de los mejores evaluados.

El tercer factor registra una calificación de 84,5 y es representado por el indicador *Años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes)* con un valor de 24,21 mostrando un mejor desempeño que la media que registra un valor de 30,8.

El factor uno se obtuvo un puntaje de 79,7 y hace relación a la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable las cuales están por encima del promedio global.

Por último, el factor 5, medida del COVID-19 registra una puntuación de 42, la más baja de todos los factores, en relación con el desempeño del resto. Lo cual encontraría su explicación en que al periodo de estudio 2020-2021 aún no se había masificado la vacunación.

En materia de infraestructura y recurso humano el país cuenta con 23,3 médicos por cada 10.000 habitantes (según datos de 2019), lo

que lo pone por debajo de la media del estudio en casi 2 médicos por cada 10.000 habitantes; y con una densidad de enfermeras y parteras equivalente a 14,6 por cada 10.000 habitantes lo que también lo ubica muy por debajo de la media de 59,8 por cada 10.000 habitantes que tienen los países del estudio, punto crítico, que debe ser revisado y priorizado en las políticas públicas. Por último, en materia de camas hospitalarias, Colombia tiene aproximadamente 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (aproximadamente 1,4 camas por debajo de la media del estudio).

Respecto a los indicadores de contexto, en primer lugar, en el tema de corrupción, Colombia se ubica con 39 puntos en la posición 87 dentro de 180 países en la medición realizada por Transparencia Internacional. Mientras el Índice de Desarrollo Humano (IDH), Colombia en el rango de *desarrollo alto*, con puntuación de 0,767 se ubica en la posición 83 dentro de los 189 países en la medición internacional realizada por el PNUD.

En lo referente a financiación de los sistemas de salud en el mundo, el gasto en salud como porcentaje del PIB de Colombia es de 7,7%. Comparado con las cifras de resto de países del estudio, se ubica en la zona media.

6. Limitaciones

La disponibilidad y actualización de la información constituyen siempre una clara limitación al estudio realizado, por ello se enuncian las conclusiones de manera ilustrativa con el fin que sean contrastados con otros análisis y estudios complementarios que den cuenta de la complejidad en la cual funcionan los distintos sistemas de salud en el mundo.

En específico respecto a COVID-19, se recomienda complementar los análisis con estudios longitudinales, que hagan seguimiento en tiempo real a las distintas medidas que se tomaron para la contención del virus.

Por último, los sistemas dependen no solo de las variables consideradas, sino que también está condicionado por un entramado de factores, tales como condicionantes categóricos (por ejemplo, los geográficos), situaciones idiosincrásicas (orden público o estabilidad política), perfil epidemiológico de la población y desempeño económico.

7. Bibliografía

Bell, J. & Nuzzo, J. (2021). Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis, 2021. Obtenido de: <https://www.ghsindex.org/>

Bloomberg. (2022). The covid resilience ranking: The best and worst places to be as world enters next covid phase. Obtenido de: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/>

Bloomberg. (2016). Health Care Efficiency Index. Obtenido de: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>

Delgado, L. (2022). Capacidad de respuesta y desempeño de los sistemas de salud ante la pandemia COVID-19. [Trabajo de fin de Master]. Universidad Internacional de la Rioja

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

Giraldo, J, Delgado, L, Coronado, G, Cuadros, J. (2017). Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo: *actualización 2017 basada en índice compuesto de resultados en salud*. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas & Econalítica S.A.S. Hospitalaria. 114. Pp.4-69

Giraldo, J, Delgado, L, Coronado, G, Cuadros, J. (2014). Rasgos distintivos de los sistemas de salud. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas & Econalítica S.A.S. Hospitalaria. 95. Pp.4-25

The Economist. (2017). Global Access to Healthcare: *Building sustainable health systems*. GLEAD

The Economist Impact (2022). Health Inclusion Index. HALEON. Obtenido de: <https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index?i=5>

World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

8. Anexo variables

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
RESULTADO	Esperanza de vida al nacer (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ life-expectancy-at-birth-years
	Esperanza de años de vida saludable al nacer (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) (2017)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ infant-mortality-rate-probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births
	Tasa de mortalidad adulta (por cada 1.000 habitantes) (2016)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators
	Años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes) (2019)	IHME	https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
	Incidencia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes) (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Tasa de enfermedades no transmisibles (por cada 100.000 habitantes) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ gho-ghe-ncd-mortality-rate
	Tasa de mortalidad por infección (FR), (Variación 2020-2021)	Cálculos propios con base a Our World in Data	https://ourworldindata.org/coronavirus
	Tasa bruta de mortalidad COVID-19 (por cada millón de habitantes) (Variación 2020-2021)	Cálculos propios con base a Our World in Data	https://ourworldindata.org/coronavirus

Continúa página siguiente →

26

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA	Gobernanza	Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas ACHC	
	Modelo	Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas ACHC	
	Modo de Financiación	Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas ACHC	
MEDIDAS ESPECÍFICAS	Vacunas por 100 mil habitantes (2022)	Our Word In Data	https://ourworldindata.org/coronavirus
	Índice de rigor Oxford 2020-2022	Our Word In Data	https://ourworldindata.org/coronavirus
INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO	Total, Camas por cada mil habitantes promedio (2022)	Healthdata	https://www.healthdata.org/covid/data-downloads
	Densidad de médicos (por cada 10.000 habitantes) (2011_2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)
	Densidad de enfermeras y parteras (por cada 10.000 habitantes) (2011_2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwife-personnel-(per-10-000-population)
FINANCIACIÓN	Gasto total en salud (como % del PIB) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(t)
	Gasto total en salud per cápita \$US (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us
	Gasto del gobierno en salud como % producto interno bruto (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghie-t)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(t)
	Gasto privado en salud como % del gasto en salud (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(t)
	Gasto de bolsillo como % del gasto en salud (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(t)

Continúa pág siguiente →

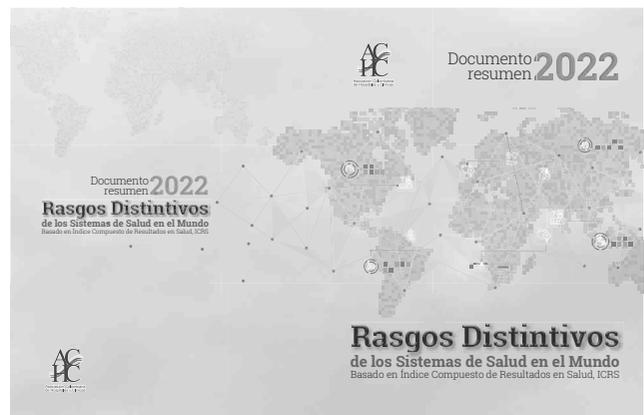
27

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
FINANCIACIÓN	Riesgo de gasto catastrófico para la atención quirúrgica (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators
	Gasto adicional atención Covid como % PIB (Subtotal) (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19
	Gasto adicional sector salud atención Covid como % PIB (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19
	Gasto adicional NO sector salud atención Covid como % PIB (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Gasto en atención primaria (per Capta en US\$) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(t)
	% Personas que utilizan servicios de agua potable gestionados de forma segura (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
GOBIERNO, TRANSPARENCIA Y DESARROLLO	% Personas que utilizan servicios de Saneamiento gestionados de forma segura (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Índice de percepción de corrupción (2021)	Transparencia Internacional	https://www.transparency.org/en/cpi/2021
	Índice de Electividad del Gobierno (2020)	The Worldwide Governance Indicators	http://info.worldbank.org/governance/wgi/
COBERTURA Y CAPACIDAD DEL SISTEMA	Índice de desarrollo humano (2019)	Naciones Unidas para el Desarrollo	https://hdr.undp.org/en/indicators/137506
	UHC Índice de cobertura efectiva (IHME UWI) (2019)	Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington	https://www.thelancet.com/journals/lanet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext#seccesti:829
	Promedio de 13 puntajes de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (2021)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

Continúa pág siguiente →

28

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
FACTORES DE RIESGO	65 años o más (Proporción de la población) (2022)	Our Word In Data	https://ourworldindata.org/coronavirus
	Probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, (30-70 AÑOS) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics
	Porcentaje de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses (2022)	Banco Mundial	https://vbi.worldbank.org/en/vbi-data
	Índice de riesgo por Covid (2020)	Comisión Europea	https://drmk.jrc.ec.europa.eu/inform-index/inform-covid-19#~:text=The%20INF-ORM%20COVID-19%20risk%20index%20additional%20international%20assistance%E2%80%9D



De portada

Del espacio en blanco a un campo de atención

Juan Carlos Giraldo Valencia¹
Con el apoyo del Grupo de Investigación de la ACHC
Liliana Claudia Delgado²
Ana Sofía Zea Ruiz³
Juan Guillermo Cuadros⁴

Resumen

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

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

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

¹ Director general de la ACHC. Médico y cirujano por la Universidad de Caldas, diploma en evaluación de impacto de proyectos sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Especialista en alta dirección del Estado por la Escuela de Alta Gerencia de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Magíster en Administración de Salud por la Universidad Javeriana y mestró en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.
² Coordinadora del Área de Investigación. Economista, magíster en Cooperación Internacional al Desarrollo por la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).
³ Economista y politóloga por la Pontificia Universidad Javeriana.
⁴ Administrador de empresas y MBA por la Universidad Nacional de Colombia

De portada

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

Abstract

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

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

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

I. Espacio en blanco

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

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

Dicha aversión se controla a través de diferentes acciones, siendo la primera, la negación de la incertidumbre, de forma tal que,

De portada

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

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

Sin embargo, también existen visiones contrarias, desde las cuales la incertidumbre es positiva. Una de estas visiones es la que expone la autora Maggie Jackson (2018), quien la presenta de forma beneficiosa para el pensamiento crítico y la creatividad, ya que es un estado en el que las personas se encuentran en alerta por el desconocido y abiertas a los nuevos aprendizajes que pueden obtener, por lo que se considera como un "buen es-

trés". De esta forma, se puede dejar de lado el enfoque aversivo, para abrazar la incertidumbre, y de esta manera encontrar el valor que tienen los espacios en blanco, siendo flexibles, saliendo de las zonas de confort, acercándose a lo propuesto por Kahneman (2011) en su libro *Thinking fast and slow*, donde hay que pensar despacio, alejarse un poco y reflexionar para producir mejores respuestas.

De igual forma, Jackson (2010) propone otro tema que complejiza la incertidumbre: la distracción, asociada a tener múltiples tareas dispersas, ejecutadas al mismo



De portada

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

tiempo. En la actualidad, las personas se encuentran expuestas a una multiplicidad de estímulos e información de acceso inmediato, por la facilidad de conexión que permiten las nuevas tecnologías que, a su vez, han transformado la forma del relacionamiento entre individuos. Estas dinámicas tienden a ser justificadas por medio de las virtudes y el potencial que tiene la tecnología y el ser multitarso; sin embargo, para Jackson (2010) esto ha llevado a una cultura de difusión social, fragmentación intelectual y desapego sensorial, así como a una inmersión en la virtualidad que lleva a que las personas cada vez usen menos sus sentidos para comprender lo relevante, lo que ha causado una pérdida generalizada de la atención, considerada una de las tragedias de la era actual.

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

Dentro del ámbito de las políticas públicas y el sector salud, la incertidumbre y la distracción pueden ser visualizadas como *espacio en blanco* en el vasto mapa de la gestión y planificación. Estos espacios, a menudo percibidos como vacíos o áreas sin resolver, en realidad representan oportunidades para la innovación y la reinención. En este lienzo de posibilidades, los líderes y

gestores del sector salud y políticas públicas tienen la oportunidad de trazar nuevas rutas, de diseñar intervenciones que no solo respondan a las necesidades inmediatas, sino que también construyan un futuro más inclusivo, equitativo y saludable.

En lugar de permitir que estos espacios en blanco nos detengan, podemos considerarlos como áreas que requieren una atención especial, donde la falta de certezas se convierte en una invitación a la colaboración interdisciplinaria y a la co-creación de soluciones.

II. Campo de atención

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

1. Redes de atención (cognitivas)

Ante la incertidumbre y la distracción, se propone como antídoto recuperar la atención, definida por el psicólogo y filósofo William James como

De portada

"la toma de posesión por parte de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios objetos o trenes de pensamiento simultáneamente posibles, lo que implica retirarse de algunas cosas para tratar eficazmente con otras" (James, 1890, pp. 403-404).

En complemento, el psicólogo y neurocientífico cognitivo Michael Posner ha realizado importantes contribuciones a la comprensión de la atención y su papel en el cerebro. Sus ideas apuntan a la idea de que la atención es un proceso que involucra diferentes áreas del cerebro, y que estas áreas están interconectadas en una red (Posner, 1980). Asimismo, la atención está relacionada con la voluntad y también con la propia capacidad de asombrarse de los individuos de interesarse por algo. En suma, la atención es un proceso cognitivo crucial que permite enfocar la consciencia y atención en un estímulo específico, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, y es fundamental para la percepción y la acción.

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

Si las tres redes de atención son comparables a un sistema de órganos, entonces la primera red, la *orientación*, es equivalente a una *boca cognitiva*, una puerta de entrada a la

percepción; en otras palabras, se trata de un explorador, que se enfoca permitiéndonos percibir algo nuevo, girar la atención hacia él y determinar su importancia. La segunda red, la *ejecutiva*, promueve la selección y el control, con una especialidad en resolución de conflictos y captura de errores. Se traduce en habilidades de control, juicio y planificación.

Por último, la red de *alerta* es la red de guardia, el cuidador que enciende y apaga las luces en el cerebro, cuya función es la vigilia, manteniendo un nivel de conciencia a lo largo del tiempo, con el fin de anticipar el siguiente estímulo y responder de una manera acertada en tiempos de respuesta cortos.



Figura 1. Redes de atención cognitivas

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

2. Dimensiones temporales de análisis

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

- **Experiencia.** Basados en el pasado y a partir del conocimiento empírico, es esencial analizar y aprender de la reciente experiencia, especialmente en relación con

De portada

la pandemia. Esto implica reconocer lo que se ha ganado, identificar áreas que requieren ajustes y señalar prácticas intolerables que deben ser erradicadas.

- **Prospectiva.** Basado en el pasado y presente con una visión panorámica y a través de estudios técnicos y profundos, se pueden obtener evidencias cualitativas y cuantitativas que orienten y fundamenten las decisiones ofreciendo una base sólida para la formulación de políticas y estrategias. La ACHC, con su estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, ha proporcionado *insights* valiosos en este sentido.

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

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



Figura 2. Dimensiones Temporales de Análisis

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

III. Aplicación del Campo de Atención

En esta sección, basándonos en los conceptos previamente explicados, transformaremos el espacio en blanco en un *campo de atención*. Este se concibe como un panel que reúne eventos en distintos momentos. Que se consolidan en un tablero que organiza y define los cursos de acción a seguir.

1. Experiencia

Basándonos en el pasado inmediato y tomando la pandemia de COVID-19 en el contexto nacional como marco,

analizaremos el desempeño del sector salud, reflexionando sobre aspectos clave derivados de la experiencia adquirida durante la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19.

Al respecto, se sugieren tres categorías:

1. **Lo que se ganó,** donde se caracterizan algunas experiencias y/o aprendizajes que se obtuvieron, dentro de las que se incluyen revaloración de lo misional, la visibilidad, la coordinación, el reconocimiento de las redes y la practicidad.

De portada

2. **Abordaje de los asuntos que requieren ajustes,** comenzando a considerar posibles soluciones, entre ellas, las relaciones laborales, el *burnout*, la relación con la academia y la industria.

3. **Clasificación de los intolerables,** es decir, aquellas situaciones que no se pueden seguir permitiendo, entre las que se encuentran el retroceso en la ampliación de ámbitos, el exceso de trámites como barreras de acceso y el manejo inadecuado del riesgo.

Lo que se ganó

En relación con *lo que se ganó*, desde la experiencia de las instituciones en pandemia algunos aspectos adquirieron gran visibilidad y reafirmaron la misión del sector salud. Durante este periodo, se logró reconectar con su propósito esencial: brindar atención en salud desde

un profundo reconocimiento a la vocación de servicio. Esto permitió revalorizar el enfoque humanista en la labor del personal asistencial.

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

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



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

De portada

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

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

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

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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

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

Dentro de *lo que se ganó* también se encuentra la *practicidad* en respuesta a la pandemia, ya que, durante este periodo, se realizaron acciones que se encuentran fuera de la "hoja de ruta" habitual de un Gobierno. Algunos

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

ejemplos de esto son los siguientes: la decisión de firmar comodatos con entidades privadas para utilizar equipos comprados con recursos públicos; la creación de áreas extrahospitalarias en lugares no habilitados y la propuesta de pago por disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) e intermedias. Respecto de esta última, en el año 2020, tras la gestión de la ACHC, el Gobierno nacional otorgó estos reconocimientos económicos por un periodo de once meses, mediante las Resoluciones 1161 de 2020 y 1576 de 2021, por las cuales se establecieron los *servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus COVID-19 y se regulaba el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios*. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por su parte, dispuso el mecanismo para el

De portada

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

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

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

Fuente: ACHC a partir de información reportada por ADRES en la plataforma Lupa al giro 2021.

También se destaca la gestión realizada por la ACHC ante el Gobierno nacional para la obtención de recursos que permitieran el adecuado flujo de dinero dentro del sistema y, por

consecuente, la atención oportuna de los pacientes tanto en la pandemia por COVID-19 como posterior a esta. Uno de los logros de la gestión fue el pago de servicios de urgencias de población migrante, mediante las Resoluciones 1897 de 2021 y 1199 de 2022 del Ministerio de Salud y la ADRES se giraron \$ 500.000.000.000 de pesos a más de 459 IPS con los que se sanearon facturas por concepto de atenciones prestadas a personas en condición de migración irregular o no afiliada al sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

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

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

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

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

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

Sobre esta última, mediante la Resolución 2572 de 2020, la ADRES giró aproximadamente 407.500 millones de pesos a 381 IPS beneficiarias.

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

De portada

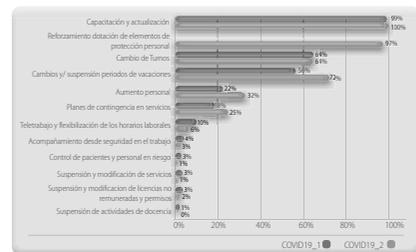
Simultáneamente, es crucial subrayar la resiliencia demostrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esta resiliencia se manifiesta de una parte por la habilidad para mantener su integridad ante los desafíos y de otra, la capacidad para construir y reconstruir en respuesta a las adversidades,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

Durante el periodo que duró la pandemia, la ACHC (2020) realizó un continuo ejercicio de documentación de medidas que tomaron las instituciones prestadoras para adaptarse y fortalecerse ante los retos generados por la COVID-19, mediante seguimiento y encuestas⁵, que buscaron ilustrar la situación hospitalaria

ante pandemia, dentro de las que se puede reseñar:

En el ámbito interno, se implementaron varias medidas de las instituciones en respuesta a la pandemia: en primer lugar, la capacitación y actualización implementadas en el 100 % de las instituciones durante las dos cohortes de la encuesta; en segundo lugar, el reforzamiento de los elementos de dotación para la protección personal con el 97 %; en tercer lugar, los ajustes en los turnos se realizaron en más del 64 % las instituciones; en cuarto lugar, se ubican los cambios en los periodos de vacaciones y el aumento de personal con un 56 % para el primer corte y 72 % para el segundo (Gráfica 1).

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



Fuente: ACHC 2020, cruce de las mismas instituciones reportantes en ambas encuestas.

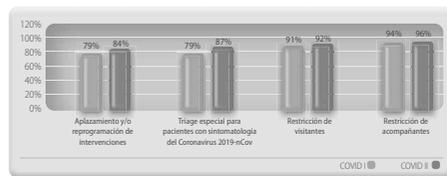
De igual forma, las instituciones tomaron medidas hacia lo externo, en este caso enfocadas a los pacientes, dentro de las que se resalta la

De portada

restricción a los acompañantes y visitantes, que fue tomada por más del 90 % de las instituciones en las dos cohortes de la encuesta; asimismo, se implementó la realización de un triage especializado para pacientes con síntomas de COVID-19, siendo esta realizada por el 79 % y el 87 % de las instituciones en cada una de las cohortes de la encuesta, respectivamente. Adicionalmente, entre el 79 % y el 84 % optaron por aplazar o reprogramar las intervenciones (Gráfica 2). Si bien esta medida tuvo impacto positivo en la mitigación de la propagación del virus durante la pandemia, ahora en el post-COVID-19 se asocian a problemáticas asociadas al represamiento de intervenciones y diagnósticos de enfermedades no transmisibles.

Un ejemplo de lo anterior fue que, durante el primer y segundo pico de la pandemia en Colombia, se redujeron los procedimientos cardiológicos y, en estos, aumentaron las complicaciones que se podían presentar a los pacientes. De manera similar, manifestó una creciente preocupación, debido a que las cancelaciones de citas médicas y las barreras en la prestación de servicios podrían resultar en un aumento de diagnósticos tardíos de cáncer, complicando así el acceso a tratamientos oportunos. Para mitigar este escenario, las instituciones hospitalarias implementaron diversas estrategias a medida que avanzaba el proceso de vacunación. Entre estas medidas se incluyó la reapertura completa de servicios con horarios de atención extendidos para satisfacer la creciente demanda, así como la priorización en la atención de pacientes con altos niveles de vulnerabilidad o comorbilidades (ACHC, 2021).

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



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

En conclusión, la flexibilidad que tuvo tanto el Gobierno como las Instituciones prestadoras resalta la importancia de la coordinación eficiente y la toma de decisiones acertadas en situaciones de crisis, por la necesidad de disposición para encontrar soluciones creativas. Esta actitud práctica y orientada a resolver problemas se considera invaluable y debe mantenerse en el futuro, por lo que, sin dejar de reconocer la necesidad de respetar los marcos

normativos generales, se insta a mantener una actitud resolutiva que permita encontrar soluciones rápidas y crear mecanismos y normatividad adaptable al entorno cambiante.

Asuntos que requieren ajustes

Si bien lo que se ganó es amplio, también se debe reconocer la necesidad de abordar aquellos asuntos que requieren ajustes. Dentro de esta categoría se encuentra un tema prioritario relativo al talento humano en salud, ya

De portada

que hoy se reconoce abiertamente el desgaste, desmoralización y agotamiento debido a la situación de la pandemia, que llevó a un fenómeno global de renuncia en el sector y a una fricción entre lo vocacional y lo misional, generado por el síndrome de Burnout⁶ y fatiga por compasión⁷.

Según una encuesta realizada por Madero et al, (2022), en la que se buscó indagar por las distintas características que componen el burnout, en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19, el 25,4% de los profesionales encuestados sufrió de agotamiento severo, el 27,9% de despersonalización severa y el 62,5% de baja realización personal severa. Estos factores son indicativos del síndrome de agotamiento profesional, también conocido como burnout. Cabe destacar que, en ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el burnout como una enfermedad relacionada con el trabajo.

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

Ante este contexto, se requiere un enfoque integral que trascienda las simples reformas salariales y mode-

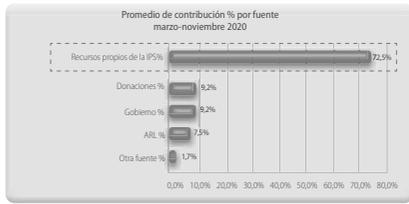
los de contratación. Es imperativo elaborar un proyecto comprensivo que contemple elementos como la compensación emocional, el bienestar del empleado y la redefinición del rol de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

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

⁵ Letter & Malach (2016) afirman que el síndrome de Burnout tiene síntomas como la falta de energía física y mental, pérdida del interés por el trabajo, despersonalización y sentimientos de autovaloración, lo que muestra el agotamiento que tiene el trabajador.
⁶ Janet Aguilar (2021) define fatiga por compasión como: "Tipo de estrés resultante de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional con el paciente que sufre y padecer".

De portada

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



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

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

Lo que no se puede permitir

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

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

Es importante tener en cuenta las lecciones aprendidas y buscar formas de mantener la eficiencia y agilidad en el sistema de salud. Esto implica continuar simplificando los procesos administrativos, reduciendo la burocracia y promoviendo un flujo adecuado de las operaciones. Esto podría incluir la revisión y actualización de los procedimientos, la utilización de tecnología adecuada para agilizar los trámites, así como la promoción de una cultura organizacional que valore la eficiencia y la calidad en la atención de la salud.

Otro punto que no debe seguir permitiéndose es el uso del concepto de gestión del riesgo en ciertos contextos para encubrir prácticas como la integración vertical, transferir o derivar el riesgo e imponer barreras de acceso a la población. La verdadera gestión integral del riesgo en salud

De portada

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

una estrategia que busca anticiparse a eventos relacionados con la salud pública, enfermedades y traumatismos para prevenir su aparición o, en caso de presentarse, detectarlos y tratarlos tempranamente para reducir su impacto y consecuencias. Esta gestión involucra la coordinación de diferentes agentes para identificar y actuar sobre las circunstancias y condiciones que afectan la salud, originadas en los individuos, colectivos y su entorno.

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

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

Cada agente dentro del sistema tiene un rol y unas funciones que no deben ser pasados por alto ni traspasados a otros sin consideración. Reconocer y respetar estas competencias individuales es fundamental para un funcionamiento eficiente y efectivo. Esto implica adaptar y aplicar las estrategias de gestión del riesgo de acuerdo con las características y responsabilidades de cada entidad. Al personalizar el enfoque de la gestión del riesgo, se puede garantizar que las acciones y decisiones se ajusten a las necesidades y capacidades específicas de cada agente del sistema, lo que aumenta la efectividad general.

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

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

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

De portada

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

2. Perspectiva

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

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

las que se realiza el análisis de correlación entre el índice y las variables de insumo. Cabe resaltar que en esta versión se incluyó el factor COVID dentro de las variables de resultado, con el que se adaptó el estudio a la coyuntura generada por la pandemia por COVID-19.

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

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

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

De portada

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



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

Respecto de la relación del índice con la estructura del sistema, si bien categorías como Estado guardián¹¹ y modelo Bismarck (seguridad social)¹², dentro de la organización y estructura de los sistemas, se relacionan con mejores puntajes promedio frente a otras, no se puede concluir categóricamente que existe una combinación única e ideal para organizar los sistemas de salud, lo cual ratifica los hallazgos obtenidos en la edición de 2017 de este estudio. Asimismo, un mayor nivel de gasto en salud (gasto total, gasto público, gasto en atención primaria, etc.) en general es determinante en el desempeño de los sistemas; sin embargo, no se puede olvidar que esto está directamente relacionado no solo con la voluntad política, sino también con el nivel de ingreso y desarrollo de cada país.

El análisis de correlaciones estimado entre el ICRS 2022 y variables de insumo y/o contexto buscó determinar

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

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

cómo las variables vacunación contra COVID, densidad de médicos y de enfermeras y parteras, gasto adicional en atención COVID, índice de percepción de corrupción, porcentaje de personas con agua potable, probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años, entre otras, se relacionaron con el resultado obtenido en el ICRS 2022.

Como resultado, se obtuvo que los países con mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras), mayor índice desarrollo humano -IDH-, menores niveles de corrupción, mejor respuesta a la pandemia (aplicaron un mayor número de vacunas y gastaron más dinero para atenderla), entre otros, se relacionaron de manera positiva con el ICRS 2022; es decir, estos países mostraron un mejor desempeño en el índice. De manera contraria, variables como la probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares,

De portada

cáncer diabetes, enfermedades respiratorias entre los 30 y 70 años se correlacionaron de forma negativa con el ICRS 2022, lo que significa que los países con una mayor probabilidad de morir por estas enfermedades se asociaron con un resultado en el ICRS 2022 más bajo.

Como conclusión, el estudio mostró que, en general, los países de mejor desempeño disponen no solo de una mayor cantidad (y posiblemente calidad) de recursos en términos financieros, sino también de mayor y mejor infraestructura y de recursos humanos (camas por cada diez mil habitantes y densidad de médicos y enfermeras, frente a los países de menor desempeño. De igual forma, se resalta la importancia del contexto socioeconómico en el desempeño de los sistemas de salud, dado que indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) o el índice de percepción de corrupción se asocian positivamente con el ICRS 2022.

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

En la dimensión Cobertura y capacidad del sistema, se incluyó el índice de cobertura UHC construido por GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet (2020) para medir la cobertura efectiva el cual se construye con 23 indicadores de cobertura efectiva en

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

una matriz que representa los tipos de servicios de salud (por ejemplo, promoción, prevención y tratamiento) y cinco grupos de población-edad que abarcan desde reproductivos y recién nacidos hasta adultos mayores (≥65 años). Los indicadores de cobertura efectivos se basaron en la cobertura de la intervención o en medidas basadas en los resultados, como las razones de mortalidad a incidencia para aproximar el acceso a una atención de calidad. En este indicador Colombia se clasifica en este grupo clúster 7 y su UHC Índice de cobertura efectiva (HME UW) para el año 2019 fue de 74.3.

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

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

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

De portada

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

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

3. Prospectiva

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

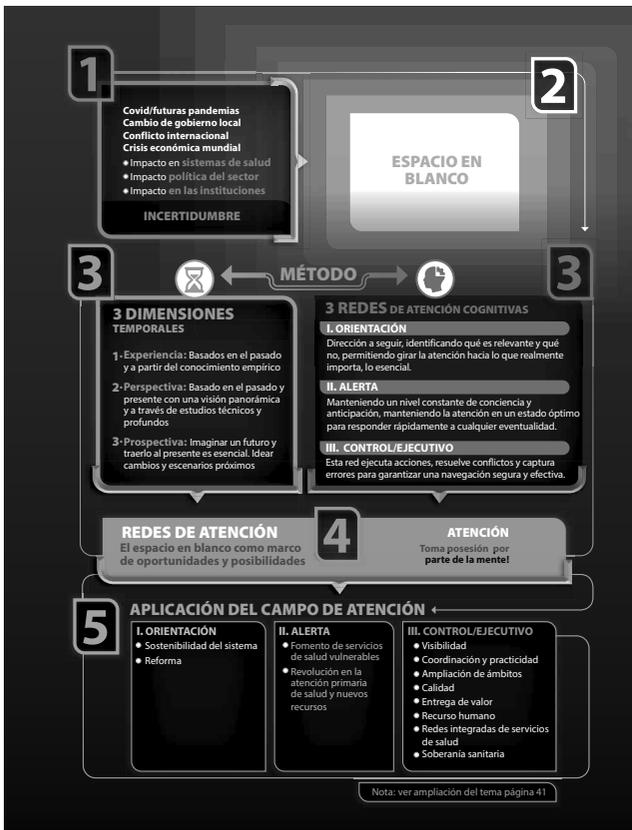
Para la operativización de este enfoque, se visualizan las tres redes de atención cognitivas de Posner (1980) como una brújula tridimensional, esencial para navegar en el vasto océano de la atención y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

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

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

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

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



De portada

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

3.1. Red ejecutiva

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

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

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

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

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

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

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

De portada

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



Fuente: elaboración propia.

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

Ampliación de ámbitos

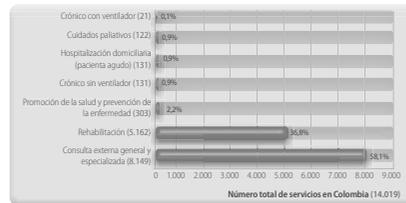
La pandemia por COVID-19 ha catalizado cambios significativos en el sector de la atención médica, acelerando transformaciones que se habían estado postergando durante años. Este impulso ha llevado a una expansión de los ámbitos de atención más allá de los entornos hospitalarios tradicionales, permitiendo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

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

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

De portada

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



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

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

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

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

*Hospital 360°*¹⁹, plantea la anticipación y expansión de los ámbitos de atención en el sector salud se perfilan como estrategias cruciales para una gestión eficiente de las enfermedades y el apoyo continuo a los pacientes, incluso en sus hogares. Esto involucra la implementación de tecnologías de la información y comunicación (TICs) para facilitar la atención remota por parte de profesionales asistenciales, identificación y evaluación de grupos de alto riesgo, y la creación de equipos multidisciplinarios que aseguren una asistencia basada en evidencia científica. Entre las acciones propuestas se encuentran la implementación de clínicas ambulatorias comunitarias, hospitalización a domicilio, monitoreo remoto, citas médicas compartidas para optimizar la productividad médica, y centros express de alta resolución que ofrezcan diagnósticos y tratamientos en una única jornada. Todo ello, con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria integral, accesible y de alta calidad.

¹⁹ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. Revista Hospitalaria, Edición 099

De portada

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

Calidad

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

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

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

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

Entrega de valor

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

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

De portada

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

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

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

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

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

Recurso humano

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

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

De portada

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

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

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

Redes integradas de servicios de salud

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

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

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

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

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

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

De portada

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

Soberanía sanitaria

La ACHC hace una propuesta de crear una *reserva estratégica nacional* que desarrolle la soberanía sanitaria como manera innovadora y necesaria para fortalecer la capacidad de respuesta a crisis sanitarias, a la vez que potencie la autonomía y el fomento industrial del país⁴⁴.

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

Para hacer realidad esta visión,

⁴⁴En consonancia con lo definido en el actual Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Art. 161) acerca de: "Incrementar la capacidad de fabricación, semielaboración, venta importación de medicamentos, vacunas, dispositivos y otras tecnologías en salud en condiciones de calidad, seguridad, eficacia, acceso a medicamentos y competitividad".
⁴⁵Ohno, T. (1988). Metodología aplicada a la organización de la producción cuyo objetivo es el de contar únicamente con la cantidad necesaria de producto, en el momento y lugar justo, eliminar cualquier desperdicio o elemento que no aporte valor.
⁴⁶Ohno, T. (1988). Estrategia de gestión de stock cuya principal característica es que las empresas disponen de inventario suficiente para cubrir todo tipo de eventualidades. Funciona en contigüencia directa al método just-in-time (JIT), con el que se fabrica y almacena según llegan los pedidos.

De portada

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

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

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

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

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2023.
 Nota: El PIB estimado por el DANE para Colombia en el año 2022 es de \$ 1.463 billones de pesos a precios corrientes y el del 2019 de \$ 1.061 billones.

Mecanismos transitorios de saneamiento de deudas

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

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

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

Por último, se subraya la imperiosa necesidad de expandir nuestra comprensión de la sostenibilidad en el sector salud, adoptando una visión que trascienda los meros aspectos financieros y abarque también elementos como el conocimiento, la tecnología, la atención de calidad, una infraestructura adecuada, la disponibilidad de personal humano calificado y la oferta de servicios. La amalgama de todos estos componentes constituye la ecuación que determinará la sostenibilidad de los servicios de salud en el futuro. En este panorama, se destaca la urgencia de implementar modelos de pago por

De portada

desempeño y establecer tarifarios ajustados a la realidad del sector, sin olvidar la imperante necesidad de intensificar las estrategias de prevención, las cuales no solo son fundamentales desde el punto de vista de la salud pública, sino que también representan una inversión estratégica para mitigar futuras cargas económicas y operativas en los sistemas de salud.

Reforma

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

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

Es crucial cambiar la actitud hacia la reforma. No debe verse como la "batalla final", sino como un estado natural en la evolución de cualquier sistema de salud. Los sistemas de salud se crean, se expanden, alcanzan su máxima potencia, entran en crisis y, finalmente, necesitan ser reformados para comenzar un nuevo ciclo. La reforma es, por lo tanto, parte de un proceso continuo que abarca desde la discusión sobre los principios fundamentales hasta la identificación de nuevas fuentes de financiamiento, la asignación eficiente de esos

recursos, la actualización de la infraestructura y la formación del talento humano, entre otros aspectos.

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

- **La formulación inteligente.** Se basa en la premisa de que un nuevo sistema se debe construir sobre lo construido; los aspectos que funcionan bien hay que fomentarlos y las cosas que no marchan bien o que definitivamente no han funcionado en el sistema hay que solventarlos.

- **Definición de fronteras.** Se pueden tomar diferentes binomios que existen en un sistema de salud; por ejemplo, lo incluido y lo excluido en un plan de beneficios; si el sistema se va a financiar con impuestos generales o con impuestos a la nómina; si habrá una mezcla o se van a incluir nuevas fuentes de financiación; entre lo preventivo y lo asistencial, lo general y lo especializado, y lo nacional y lo territorial, entre otros.

- **Cambio de los roles.** Entendiendo que si todos los agentes del sistema de salud continúan haciendo lo mismo no se van a conseguir mejores resultados, es necesario que se den cambios en el rol de cada uno.

- La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es una entidad que ha sido conceptualizada desde hace al menos una década por la ACHC. Podríamos considerarnos en gran medida como los *sideadores*; ya que la idea original del fondo único, la caja única o el banco de la salud, se mencionó por primera vez el documento, elaborado por la ACHC, titulado *Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano* en 2010. Esta entidad

De portada

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

que progresivamente ha mejorado su capacidad de gestión, consideramos debe ser repotenciada. ADRES 2.0, como un acumulador de recursos, riesgos y una maestra de la información.

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

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

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

Las IPS, deberán dar impulso al Hospital 360 2.0, una propuesta ideada por la ACHC en 2015. Este modelo insta a las instituciones hospitalarias a centrarse en la experiencia del paciente y en ofrecer valor, alineando sus metas internas con las del sistema de salud en general. Se enfatiza la importancia de la tecnología para sincronizar y coordinar procesos, y se promueve la colaboración y la interdependencia entre prestadores de servicios. La visión es que la red de prestadores se integre desde la atención domiciliaria, hospitalaria, hasta la rehabilitación y tratamiento de diversas patologías. La clave está en adaptarse a nuevas tendencias y alinear objetivos con los pacientes. El Hospital 360 2.0 busca la excelencia y calidad en la atención, enfocándose en eficiencia, efectividad y sostenibilidad, con el objetivo de mejorar el sistema de salud a largo plazo.

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

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

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

De portada

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

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

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

3.3. Red alerta

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

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

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

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

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

De portada

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

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

Revolución en la atención primaria de salud y nuevos recursos

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

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

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

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

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

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



IV. Epílogo

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

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

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

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

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

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

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

V. Referencias bibliográficas

Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (2020). Resolución 3572 del 4 de mayo del 2020. Por la cual se autoriza la operación de compra de Cartera con cargo a los recursos de la Unidad de Servicios Administrativos -URA de la ADOES en el marco de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19. Obtenido de: https://consultas.salud.gov.co/contenido/consultas/2020/05/Resolucion_3572_Comprounidad_04052020_compressed.pdf
Administradores de los Recursos del Sistema de Salud (2023). Lupa al Giro. Régimen Subsidiado y Contributivo. Obtenido de: https://www.adres.gov.co/lupa-al-giro
Aguilar, J. (2021). Fringe por comparación en personal sanitario. Gaceta médica, Ene. 26, 2021. https://gaceta.com.famed.unam.mx/index.php/2021/01/26/fringe-por-comparacion-en-personal-sanitario/
Alfaro, N. & Portugal, J. (2004). Planning Just-in-Time versus planning Just-in-Case. Cities, Volume 21, Issue 1, Pp. 29-39. https://doi.org/10.1016/j.cities.2003.10.007
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2023). 4er Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria con Cartera a diciembre 31 de 2022.
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2021). Complicaciones y repesa de otras atenciones de salud el daño colateral de la pandemia. Revista Hospitalaria, 135, 4-31. https://hospitalaria.achc.org.co/rediclon/rediclon-135-complicaciones-y-repesa-de-otras-atenciones-de-salud-el-dano-colateral-de-la-pandemia.html
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020). Primer y Segundo Encuesta COVID-19 ACHC.
Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliares. (2022). Estado actual de la atención domiciliar en Colombia 2022 [Reporte técnico]. Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.
Echeverri, A. & Stevens, M. (2021). Factores de Riesgo para Burnout en profesionales de la salud que trabajan en cuidados paliativos, Colombia, 2019. Universidad del Rosario. https://doi.org/10.48713/10336_35565
GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396, 1250-1284. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9

De portada

Galindo, J., Delgado, L., Zea, A. (2022). Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2022. Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud. ICRS, Bogotá D.C.
Galindo, J. & Delgado, L. (2021). Documento Técnico: Una ruta lógica hacia una salud progresiva. (Documento técnico interno). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
Galindo, J. & Delgado, L. (2015). Hospital 360°. Revista Hospitalaria N° 99, Pp. 4-23.
Galindo, J., Delgado, L., Coronado, G., Cuadros, J., Bohórquez, F., Alba, F. (2021). Seguimiento a las instrucciones impartidas en la circular externa no. 01004 de junio 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas & Econalítica S.A.S. Revista Hospitalaria, 133, Pp.34-49.
Galindo, J. (14 de julio de 2022). Espacio en blanco [Ponencia]. XIV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, Bogotá D.C., Colombia.
Galindo, J., Delgado, L., Bohórquez, F., Barón, G. (2010). Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano. Revista Hospitalaria N° 72, Pp. 9-32.
HFMA's Value Project. (2011). Value in Health Care. Current State and Future Directions. https://www.hfma.org/wp-content/uploads/2022/10/Value-in-Health-Care-Current-State-and-Future-Directions.pdf
Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2022). COVID-19 en Colombia. Casos confirmados, Recuperados, Activos y Fallecidos por COVID-19. Instituto Nacional de Salud de Colombia. https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx
Jackson, M. (2010). A Nation Distracted. From the book Distracted by Maggie Jackson. U.N.E. Reader. https://www.utme.com/mind-and-body/in-a-nation-distracted-maggie-jackson/
Jackson, M. (2018). Distracted: Reclaiming Our Focus in a World of Lost Attention. Prometheus; Reprint edition.
James, W. (1980). La conciencia del yo. Principios de psicología. Pp. 312-431. Madrid: Daniel Jorro.
Johnson & Johnson; ACHC. (30 de agosto de 2023). Curso Taller Aprovechando valor a la atención del paciente: herramientas para la implementación. (Presentación).
Juretz-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS, 33(4), 452-459. https://doi.org/10.18273/s1894-5204-2020-010
Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. Farrar, Straus, and Giroux.
Lettes, M. E., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burnout Res, 3(4), 89-100. https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001
Loaysa, J., & Tandeter, H. (2001). Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria, 28(8), 484-490. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)93448-9
Macrae, J., & Harries, A. (Eds.). (2004). Beyond the continuum: An overview of the changing role of air policy in protected cities. HPG Report, 16. https://cdn.cda.org/media/documents/941.pdf
Maldonado Zambrano, K., Ayala Jiménez, D., Avel Estrada, L., Bohórquez Moreno, C., Sanabria Artunduaga, M., & Salas Taborda, H. (2022). Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
JUNIO DE 2022

UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA

Dirigido por: Juan Carlos Giraldo Valencia¹

Elaborado por: Grupo de Investigación y proyectos ACHC²

1. Introducción

La Ley 100 de 1993 estableció que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS-, era el órgano competente para que definiera y actualizará el contenido de los Planes Obligatorios de Salud -POS- teniendo en cuenta la tecnología apropiada disponible en el país. Igualmente debía recomendar al Gobierno Nacional el régimen y los criterios para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias; tareas que tenían que estar listas antes de cumplirse un año de haber sido expedida la Ley.

En el año de 1994 el Gobierno Nacional expidió el POS y el manual tarifario (conocido como manual tarifario SOAT³). Para la elaboración de estos dos instrumentos el Ministerio de Salud se basó en el manual de tarifas que utilizaba el extinto Instituto de los Seguros Sociales -ISS-, con esta decisión "práctica" dieron acceso a la población al nivel tecnológico de una institución que se destacó por su limitada capacidad técnica y científica y con alto grado de obsolescencia, como se pudo comprobar cuando se realizó la primera evaluación tecnológica que lideró el Ministerio de Salud, para construir la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- en la que participaron las sociedades científicas, hospitales y clínicas, entre otros actores.

La Ley 100, también creo las Entidades Promotoras de Salud -EPS- para que, entre otras funciones garantizaran el POS a sus afiliados, pero, ante un plan obligatorio que le faltaba en muchos procedimientos definir la tecnología, las EPS se resistieron a autorizar a hospitales y clínicas el uso de tecnologías disponibles en el país y probada su efectividad mundialmente, pero, como no estaba explícitamente definida en el POS y los manuales tarifarios (SOAT e ISS), no la aceptaron, un caso representativo es el siguiente:

En el POS y en los manuales tarifarios no estaba definida la vía en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos que tienen como alternativa la vía abierta o la vía laparoscópica

1. Director General ACHC. Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales -CEPAL-, Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP, Magister en administración de salud de la Universidad Javeriana y Máster en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.
2. Liliana Claudia Delgado -Economista de la Pontificia Universidad Javeriana, MSc Cooperación Internacional al Desarrollo de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR); Ana Sofía Ruiz Economista y politóloga de la Pontificia Universidad Javeriana -; Fernando Bohórquez Robayo - Administrador de Empresas, especialista en evaluación de proyectos; Juan Guillermo Cuadros Ruiz- Administrador de Empresas Universidad Nacional de Colombia y Maestría en MBA de la Universidad Nacional de Colombia.
3 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
JUNIO DE 2022

y las EPS sostenían que la única autorizada era la abierta, porque para ellos, era la tecnología disponible en el país, pero realmente era la tecnología disponible por el ISS. Pasado el tiempo y por la gestión de algunas sociedades científicas en especial por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología que presentó su propia evaluación y de algunas clínicas que basándose en evaluaciones internacionales en las que se demostraba la efectividad, seguridad, utilidad y costos de la cirugía laparoscópica Vs la cirugía abierta, las EPS después de años y con la mediación del gobierno, el comité de evaluación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la ACHC, se comprometieron a reconocer los procedimientos quirúrgicos vía laparoscópica, con la condición, que el acto quirúrgico vía abierta o vía laparoscópica se pagaría a la misma tarifa, desincentivo que hizo que muchas entidades y prestadores, tardaran años en incorporar el uso del laparoscopio.

Pero más allá de este tipo de historias y gracias a la responsabilidad y capacidad técnica y científica de nuestras clínicas, que se empeñaron en la prestación de servicios con calidad y asumieron riesgos financieros (porque las EPS no reconocían estas tecnologías) el país pudo contar desde hace varios lustros con tecnologías como el Gamma Knife, Positron Emission Tomography -PET-, Robot Da Vinci, entre otras. En la actualidad el país cuenta con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS- y son rigurosas las actualizaciones de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS-, pero paradójicamente, los manuales tarifarios SOAT del año 1996 e ISS 2001, siguen siendo referentes para la contratación y reconocimiento tarifario.

2. ¿Qué es una Evaluación de Tecnologías de Salud?

Una parte muy importante de los avances sociales y la construcción de la sociedad que conocemos ha estado mediada por el desarrollo y la inclusión de diferentes tecnologías, que han permitido mejorar las condiciones de vida de las personas. El sector salud no es ajeno a esta situación, ya que a lo largo de los años ha buscado incorporar diferentes tecnologías que le permitan la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las diferentes enfermedades que afectan a las personas (Lizcano & Camacho, 2019) y, en este sentido, también se ha hecho importante estar realizando evaluaciones periódicas sobre dichas tecnologías. De esta manera surgen las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias-ETS-, las cuales tienen como su principal objetivo el de proveer información confiable a los actores del sistema de salud para la toma de decisiones, sobre el impacto que tiene el uso y la gestión de medicamentos, equipos, dispositivos, procedimientos en salud y, en general, todas las tecnologías usadas dentro de este sistema (OPS, 2016; Barrientos et, al. 2016).

Si bien las metodologías utilizadas para realizar las ETS son variadas y depende del tipo de tecnología sobre la que se está llevando a cabo la evaluación, estas se encuentran enfocadas en la rigurosidad científica y los métodos sistemáticos, que den evidencia de la calidad y, de esta forma, sea posible tener todas las consideraciones para hacer uso o no de una tecnología en materia de salud. De igual forma, los criterios que son tenidos en cuenta en la implementación de una ETS dependen de la institución y la evaluación, sin embargo, algunas experiencias como la de la Red europea para la evaluación de tecnologías sanitarias (EUnHTTA, por sus siglas en inglés), que establece criterios como:



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Problema de salud y uso actual de la tecnología; Descripción y características técnicas de la tecnología; Seguridad; Eficacia clínica; Costos y evaluación económica; Análisis ético; Aspectos organizacionales; Pacientes y aspectos sociales, y; Aspectos legales, muestra que a la hora de desarrollar una evaluación, se busca tener en cuenta diversos factores, no solo enfocados al análisis costo-efectividad, sino que también involucra las posibles implicaciones sociales, médicas, de seguridad y éticas en su construcción, implementación y resultados entregados (Lizcano & Camacho, 2019).

Adicionalmente a esto, las ETS se realizan en tres dimensiones diferentes: Macro nivel, Meso nivel y Micro nivel, cada uno correspondiente a diferentes actores y niveles de las decisiones requeridas. De forma más profunda Barrientos et, al. (2016) realiza una descripción de cada una de las dimensiones, estas son:

1. Macro nivel: También conocido como el nivel Nacional, aquí el Estado es el actor principal y ente regulador, sus decisiones están enfocadas en materia de asignación de recursos, regulación y sistemas de reembolso. A partir de evaluar aspectos como seguridad, eficiencia, parte organizacional de las instituciones, entre otros aspectos, se definen políticas sobre las tecnologías en el sector salud.
2. Meso nivel: También es conocido como el nivel institucional y su desarrollo se da en un ámbito más local, por lo que su papel es intermedio en el uso y gestión de las tecnologías. Se analiza si la población se beneficia del uso de cierta tecnología, así como los posibles riesgos que esta puede acarrear.
3. Micro nivel: Debido a que las decisiones sobre las tecnologías usadas son tomadas al interior de las instituciones, también se conoce como el nivel de la decisión clínica. Lo anterior se realiza valorando la evidencia disponible y comparaciones entre las diferentes alternativas disponibles con mismo beneficio, pero diferente eficiencia, determinando cuáles deben ser las conductas clínicas más apropiadas.

Es importante mencionar que existe una relación estrecha entre todos los niveles en los que se pueden realizar ETS ya que, por ejemplo, la regulación de las tecnologías enmarcado en la seguridad y la eficacia funciona como un piso para las evaluaciones que se realizan en los otros dos niveles (OMS, 2012). Además, en los niveles hospitalarios, pese a que las necesidades son distintas, se usan las mismas metodologías para realizar ETS que en este caso resultan en una mejora de los procesos empleados en las instituciones y en una mejora en los servicios prestados a los pacientes (Lizcano & Camacho, 2019).

3. ¿Cuáles existen?

Dada la importancia que han tomado las ETS, se conocen diferentes experiencias y esfuerzos por promover la formulación e implementación de estas, tanto de forma conjunta (organizaciones multilaterales) como de forma individual (países). Un ejemplo de esfuerzos colectivos es el ya mencionado de la EUnetHTA, quienes desarrollaron el Core Model para que las ETS se basen en criterios clínicos, económicos, seguridad y organizativos, que reflejen las necesidades a los tomadores de decisiones y así se resuelva si se invierte o no en nuevas tecnologías o tratamientos (Lizcano & Camacho, 2019).



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Adicional a esto, también se tiene la experiencia de la adopción por parte de los países miembros de la Organización Panamericana para la Salud-OPS-, en el año 2012, de la Resolución CSP28.R9 "Evaluación e Incorporación de Tecnologías Sanitarias en los Sistemas de Salud", con la que se buscó que las decisiones que se adoptaran en materia de vinculación y tratamiento de tecnologías en salud estuvieran vinculadas con la realización de las ETS, por medio del fortalecimiento de los procesos de compra, la transparencia, el intercambio de información, fortalecimiento de la institucionalidad y los equipos evaluadores, la priorización de las evaluaciones según las necesidades, entre otros aspectos. Adicional a esto, se buscó una integración regional en la que, desde la OPS, se acompañara a los Estados miembros con la formulación de políticas dirigidas a las ETS, la promoción del intercambio de información mediante el desarrollo de una Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, entre otras acciones (OPS, 2012).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud-OMS- (2012) se ha centrado en la construcción de una serie de documentos técnicos sobre dispositivos médicos, dentro de los que se incluye la cartilla de *Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos*. En este documento se incluyen una serie de aspectos importantes para las ETS, dentro de los cuales se encuentra: 1. La relación que tiene con la gobernanza del Sistema de Salud: Las nuevas tecnologías son integradas por las decisiones de las autoridades pertinentes, con lo que las ETS deben tener en cuenta las diferentes estructuras de gobierno en cada nivel para maximizar su impacto. 2. La institucionalidad tras la evaluación: Existen diferentes agencias que se encargan de realizar ETS, estas son de diferentes naturalezas y tienen enfoques distintos según los objetivos trazados. 3. La relación entre ETS y procesos de innovación: Esta relación puede ser vista desde dos perspectivas contrarias, una en la que las ETS se consideran como una barrera para el desarrollo de nuevas tecnologías que contengan un alto componente innovador por cuenta de la adición de requisitos adicionales para la adopción de la nueva tecnología; la visión contraria a esta, es en la que se pone a las ETS como un paso más del proceso de innovación para entender si la nueva tecnología se adapta a las necesidades de la población a la que está dirigida. Y 4. Las ETS como parte fundamental de la buena gestión: Las ETS son fundamentales para la toma de decisiones (sobre todo en escenarios en los que el acceso a tecnologías en salud es limitado), la responsabilidad pública y la buena gobernanza y son fundamentales para la transparencia dentro del sistema.

4. En Colombia

Tras la expedición de la Ley 1122 de 2007, desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (2008; 2012) se efectuó un ejercicio de identificación de acciones necesarias para el mejoramiento del funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia. Con esto, la ACHC realizó una serie de propuestas, dentro de las cuales se resalta la creación de una agencia de evaluación de tecnologías en Salud, la cual brindara información sobre alertas y metodologías para evaluar los equipos y, así, facilitar y dar un grado de homogeneidad a los esfuerzos realizados por las instituciones del sector.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Años después, mediante la Ley 1438 de 2011, se creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud el cual se compone por diferentes actores dentro del sistema, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Desde su fundación ha tenido la misión de contribuir a la mejora continua de la salud de los ciudadanos del país mediante la generación de evidencia científica que soporte las decisiones que se toman en materia de tecnologías en el área de la salud, de forma tal que dentro de sus objetivos se encuentran los de evaluar tecnologías en salud, teniendo en cuenta criterios de seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico, así como diseñar protocolos de atención en salud, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud, difundir las metodologías empleadas y la información producida, entre otros (IETS, 2022a).

Las evaluaciones que se realizan desde el IETS son de diferente naturaleza, dentro de estas se incluyen: 1. Evaluaciones de Efectividad: Buscan indagar sobre si la tecnología evaluada cumple o no con el objetivo bajo el cual se diseñó, en condiciones reales. 2. Evaluaciones de seguridad: Busca establecer si la tecnología usada es segura para los pacientes o, en su defecto, cuáles son los riesgos que acarrea. 3. Evaluaciones económicas: Buscan brindar la mejor alternativa en cuanto a la mejor tecnología a usar según los recursos disponibles, usualmente se incluyen en este grupo las evaluaciones comparativas y de costo-efectividad. 4. Evaluaciones de impacto presupuestal: Son usadas de forma complementaria a las anteriores, con el fin de planificar la financiación de la tecnología a usar (IETS, 2022b).

5. Encuesta realizada por la ACHC a sus Afiliados

Durante el año 2021, a Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas-ACHC- diseñó y aplicó una encuesta a sus afiliados con el objetivo de conocer sus necesidades y avances en la evaluación de tecnologías médicas basadas en la evidencia para la toma de decisiones.

La encuesta incluyó 6 preguntas, relacionadas con: la toma de decisiones para la adquisición, bajas o reposición de las tecnologías; la base de la gestión tecnológica, conformación del equipo para realizar las ETS; los tipos de tecnología sobre los que se ha realizado evaluaciones; recomendaciones o solicitudes dirigidas al gobierno y EPS en pro de incentivar y facilitar la realización o la adopción de estudios de ETS y por último las enseñanzas de la pandemia porCovid-19 con respecto a la ETS.

Se recibieron respuestas de 64 instituciones prestadoras de salud afiliadas a la Asociación, que representan el 8,5% del total nacional de camas hospitalarias (7.898 camas). Por otro lado, en cuanto al perfil de las instituciones, 46 (71,4%) son de naturaleza privada, 17 (26,6%) son públicas y 1 (2,0%) es mixta. Por último, 35 instituciones (54,7%) son de complejidad alta, 15 (23,4%) son de complejidad media y 14 son de complejidad baja (21,9%).



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



Gráfico 1. Distribución IPS reportantes por complejidad **Gráfico 2.** Distribución IPS reportantes por naturaleza

FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

A la pregunta *¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?* (Selección múltiple entre 9 alternativas).

Tabla 1. Alternativas de respuesta a la pregunta *¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?*

Criterio de decisión	Descripción
Seguimiento ciclo tecnológico	Según definiciones recogidas por Villanueva & Martínez (2010), el ciclo tecnológico hace referencia al ciclo de vida de la tecnología en salud, lo que abarca la precomercialización (fabricación), comercialización, adquisición, uso y eliminación.
Evaluación económica de tecnología	Según el IETS (2014) hace referencia a la comparación de costos con respecto a los beneficios derivados del uso de una o más tecnologías.
Revisión sistemática basada en la evidencia de las tecnologías disponibles	Busca responder a una pregunta planteada mediante la recolección sistemática, análisis y comparación de resultados de investigaciones, de alta calidad, realizadas sobre el tema tratado (Van der Werf & Prieto, 2018).
Comités de expertos	Según Carvajal y Ruiz (2008) reúne personas expertas en la materia que se encargan de definir las necesidades que deben ser cubiertas



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

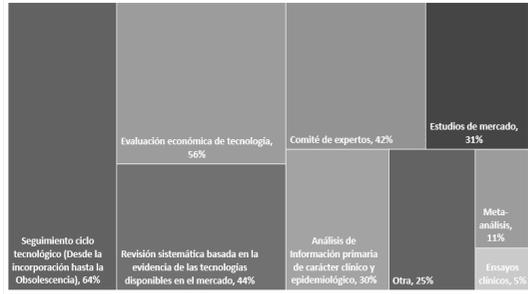
	<p>y la tecnología que más se adecua a esto, teniendo en cuenta diferentes criterios clínicos.</p>
Estudios de mercado	<p>Se recolecta y analiza información para identificar las tecnologías que se adaptan a las necesidades de la institución, según las diferentes características del mercado (Monroy, 2017).</p>
Análisis de Información primaria de carácter clínico y epidemiológico	<p>Se realiza teniendo en cuenta la información de primera mano, es decir sin ser analizada o interpretada por otros autores (Maranto, 2015).</p>
Meta-análisis	<p>Es un tipo de revisión sistemática que, de forma mayoritariamente cuantitativa, analiza los resultados obtenidos en diferentes estudios realizados sobre las tecnologías. Además de buscar incluir una comparación de las metodologías, muestras y rigurosidad (Buglioli & Pérez, 2002).</p>
Ensayos clínicos	<p>La evaluación se basa en el diseño y ejecución de un experimento controlado, en el que se busca minimizar los efectos externos sobre el resultado de la tecnología usada (Buglioli & Pérez, 2002).</p>

Se encontró que el aspecto que más tienen en cuenta las instituciones para tomar este tipo de decisiones es *Seguimiento ciclo tecnológico* (Desde la incorporación hasta la Obsolescencia), ya que el 64% lo realiza. De igual forma, el 56% realiza *Evaluación económica de tecnología* y el 44% afirmó que tenía en cuenta una *Revisión sistemática basada en la evidencia de las tecnologías disponibles en el mercado*, convirtiéndolos en el segundo y tercer ítem más tenidos en cuenta, respectivamente. Por otro lado, el 42% de las instituciones tiene *Comités de expertos*, el 31% realiza *Estudios de mercado* y el 30% *Análisis de Información primaria de carácter clínico y epidemiológico*, el 11% realiza *Meta-análisis* y por último solo el 5% se basa en *Ensayos clínicos*.

Gráfico 3. Respuestas a la pregunta ¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en?



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



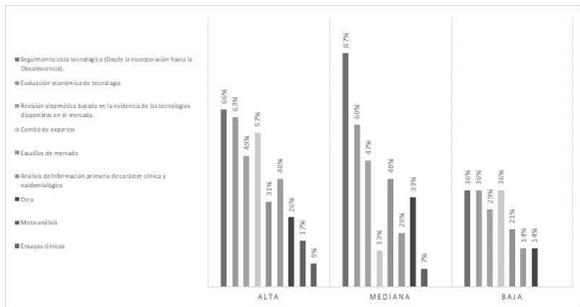
FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

Además, es importante resaltar que el 25% de las instituciones afirmó tener otra base para la toma de decisiones con respecto a sus tecnologías, las mencionadas fueron: el Entorno competitivo de la institución; Tiempo de soporte de servicio técnico; Comparación de tecnología con otras instituciones; Transformación digital; Impacto ambiental; Demostraciones de la tecnología médica, y; la Apertura de nuevos servicios.

Gráfico 4. Respuestas a la pregunta ¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en? Desagregado por nivel de complejidad de las instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

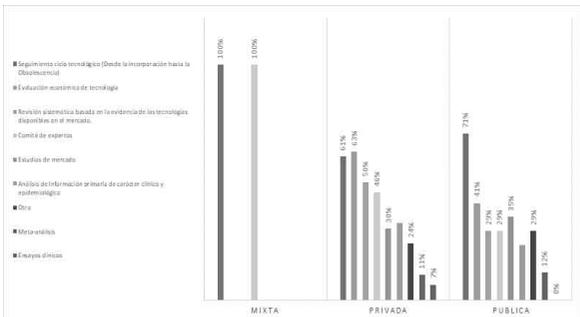
Al desagregar estos resultados por la complejidad de las instituciones, se puede observar que, el *Seguimiento a los ciclos tecnológicos* es usado en una mayor proporción en las instituciones de complejidad media (87%) que en instituciones de complejidad alta (66%) y baja (36%). La *Evaluación económica* y la *Revisión sistemática basada en la evidencia* se usan en proporciones similar en instituciones de complejidad alta y media, pero estos son mayores en al menos 24 y 18 puntos porcentuales respectivamente en las instituciones de complejidad baja. Por otro lado, pese a que el Comité de expertos es la tercera categoría más usada en la toma de decisiones de las instituciones de alta (57%) y baja (36%) complejidad, es la séptima (13%) en instituciones de complejidad media, lo que se refleja en que en un nivel general es la cuarta categoría más importante y no la tercera.

Algo similar ocurre con los Estudios de mercado, ya que a nivel general (31%) y para las instituciones de complejidad media (33%) es la quinta categoría más tenida en cuenta, pero para las instituciones de complejidad alta (26%) y baja (14%) es la séptima. Por otro lado, también se puede observar que los *Meta-análisis* no son usados por instituciones de complejidad Baja, que los *ensayos clínicos* son usados exclusivamente por el 9% de las instituciones de Alta complejidad y que en los tres niveles de complejidad predomina el *Seguimiento al ciclo tecnológico*, la *Evaluación económica* y el *Comité de expertos*.

Gráfico 5. Respuestas a la pregunta ¿En su institución se toman decisiones para la adquisición, bajas o reposición de tecnologías, basados en? Desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

Al realizar la desagregación por naturaleza jurídica de las instituciones, se observa que la única institución mixta usa el *Seguimiento al ciclo tecnológico* y el *Comité de expertos* para fundamentar su toma de decisiones. Por otro lado, la mayor parte de las instituciones públicas se fundamentan en el *Seguimiento del ciclo tecnológico* (71%), lo que también es mayor en 10 puntos porcentuales a las instituciones privadas, mientras que estas últimas usan el *Seguimiento al ciclo tecnológico* y la *Evaluación económica* casi que en igual medida (61% y 63% respectivamente).

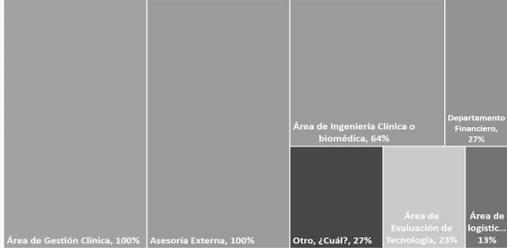
Adicional a esto, el porcentaje de instituciones privadas que usa la *Evaluación económica*, la *Revisión sistemática basada en la evidencia*, el *Comité de expertos* y el *Análisis de información primaria* es mayor que en las instituciones públicas, mientras que el porcentaje de instituciones públicas que hace uso de los estudios de mercado, otros criterios y *Meta-análisis* es mayor que en las instituciones privadas.

En la pregunta *¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por?: (Selección múltiple entre 7 alternativas)* se encontró que no hay instituciones en las que esta gestión sea liderada por una sola área, ya que todos los participantes reportan como mínimo dos.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Gráfico 6. Respuestas a la pregunta ¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por?



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

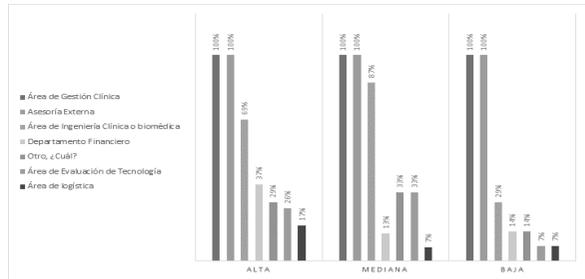
Todas las instituciones participantes declaran tener un *Área de Gestión Clínica* y contar con *Asesoría Externa* para adelantar la gestión tecnológica. Además, en el 64% de las entidades lidera o comparte la responsabilidad de la gestión tecnológica el *Área de Ingeniería Clínica o Biomédica*. En el 27% de las instituciones es liderado o participa en la toma de decisiones el *Departamento Financiero*, en el 23% el *Área de Evaluación de Tecnología* y en un 13% el *Área de Logística*.

De igual forma el 27% de las instituciones manifestaron que hay un área diferente involucrada en la gestión tecnológica, los mencionados fueron: Servicio farmacéutico; Dirección de operaciones; *Área de sistemas de información*; *Compras*; *Servicios Generales*; *Área de planeación*; *Área de proyectos*; *Gerencia general*; y; *Área de calidad*.

Gráfico 7. Respuestas a la pregunta ¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por? Desagregado por nivel de complejidad de las instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

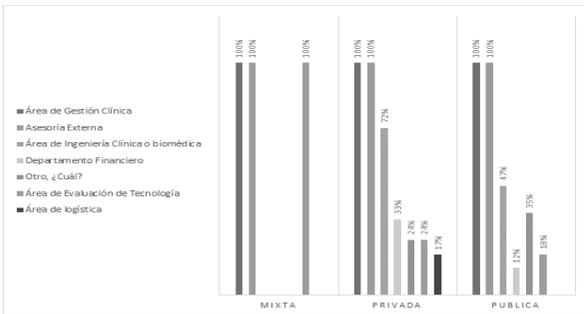
Como ya se mencionó anteriormente, todas las instituciones, sin importar su nivel de complejidad, realizan su gestión tecnológica involucrando como mínimo, al *Área de Gestión Clínica* y contando con *Asesoría Externa*. Adicional a esto, en el 69% y 87% de las instituciones de complejidad alta y media respectivamente, se lidera o se comparte la responsabilidad de la gestión tecnológica con el *Área de Ingeniería Clínica o Biomédica*, lo que contrasta con las instituciones de complejidad baja en las que solo el 29% lo hace. En cuanto al *Departamento Financiero*, se observa que tiene un mayor peso en las instituciones de complejidad baja, ya que este interviene en el 37% de los equipos que lideran la gestión tecnológica de estas instituciones, mientras que para los de instituciones de complejidad media y baja es del 13% y 14% respectivamente.

De igual forma, en el 17% de las instituciones de alta complejidad intervienen todas las áreas propuestas en la encuesta, mientras que esto solo ocurre en el 7% de las instituciones de complejidad media y baja. Por último, Es importante resaltar el hecho de que 26%, 33% y 7% de las instituciones de complejidad alta, media y baja respectivamente, ya cuentan con un área especializada dentro de sus organizaciones para la realización de evaluaciones de tecnología.

Gráfico 8. Respuestas a la pregunta ¿La gestión tecnológica en su institución es liderada por? Desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

Al desagregar esta respuesta por la naturaleza jurídica de las instituciones, se observan algunas diferencias, tales como: en el sector privado tiene mayor preponderancia en la toma de decisiones, el área de ingeniería clínica o Biomédica y el área financiera. En contraste, la proporción de instituciones públicas que involucran *Otras Áreas* (35%) es mayor que el de las instituciones privadas (24%) en 11 puntos porcentuales.

Al preguntar a las instituciones por *¿Cómo se conforma el equipo que realiza las evaluaciones Tecnológicas al interior de la institución?* En la siguiente tabla se presenta una agregación de las instituciones en 8 grupos, por tipología según como las entidades conforman sus equipos al interior de la institución, para realizar las evaluaciones de tecnología.

Tabla 2. Composición de los equipos que realizan las evaluaciones, según su composición.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

ÁREA	1	2	3	4	5	6	7	8
Gerencia General	X							
Gerencia Administrativa	X		X				X	
Gerencia Financiera			X		X	X	X	
Director Científico	X		X		X	X	X	
Director Planeación y Calidad					X			
Asesor Hospital Seguro	X							
Logística Ambiental	X	X		X				
Ingeniería y Mantenimiento	X	X	X	X	X	X		
Responsable Farmacia	X	X	X			X		
Químico Farmacéuta	X		X	X		X		
Interventor	X							
Logística de Suministros	X			X	X		X	X
Responsable Proyectos	X							
Gestión TIC's e Informática		X		X	X			
Biomédica		X	X	X		X		
Seguridad del Paciente		X						
Médico Especialista		X	X					
Enfermería				X				
Jurídica							X	

FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

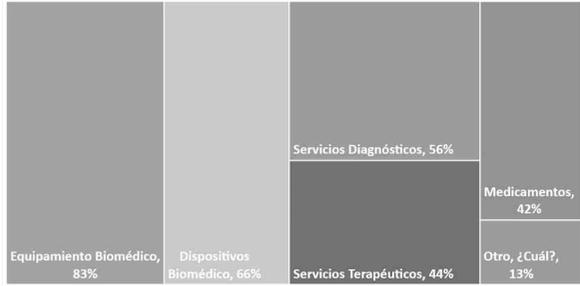
En la *Tabla 1*. Se puede observar que la conformación de cada grupo interno se da acuerdo al tipo de tecnología que se esté evaluando, por lo que no hay ningún tipo de homogeneidad en estos. Según esto, la tipología 1 es la más diversa, con 11 áreas, en cuanto a participación de actores dentro de los procesos de evaluación, seguida por la 4 con 8 áreas participantes. Por otro lado, la tipología 8 es la menos diversa ya que solo está conformada por logística de suministros.

A continuación, se les preguntó a los afiliados *¿En qué tipo de tecnología su institución ha realizado Evaluación de Tecnología? (Selección múltiple entre 6 alternativas)* El 83% de las instituciones ha realizado este tipo de evaluaciones sobre los *Equipamientos Biomédicos* y el 66% sobre *Dispositivos Biomédicos*, siendo estas las dos tecnologías sobre las que más se realizan evaluaciones. De igual forma, el 56% de las instituciones han realizado evaluaciones sobre los *Servicios Diagnósticos*, el 44% sobre los *Servicios Terapéuticos* y el 42% sobre los *medicamentos*.

Gráfico 9. Respuestas a la pregunta ¿En qué tipo de Tecnologías ha realizado evaluaciones la institución?



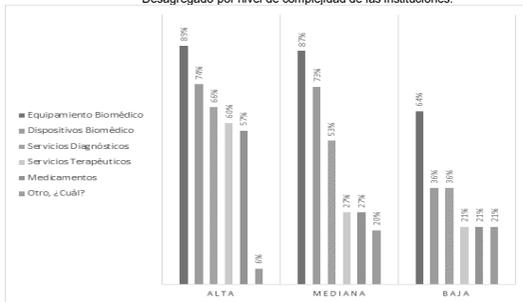
ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

Adicional a esto el 13% de las instituciones han realizado evaluaciones sobre otro tipo de tecnologías, dentro de las que se encuentran: *Software; Seguridad de la Información; Dispositivos informáticos y de apoyo.*

Gráfico 10. Respuestas a la pregunta ¿En qué tipo de Tecnologías ha realizado evaluaciones la institución? Desagregado por nivel de complejidad de las instituciones.



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

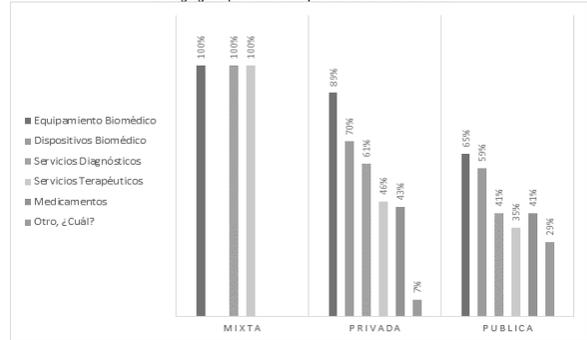


ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Nuevamente al realizar una desagregación por el nivel de complejidad de las instituciones y por su naturaleza, se mantiene la misma tendencia en los porcentajes de instituciones que han realizado evaluaciones sobre las tecnologías mencionadas. En cuanto a la complejidad, se puede observar el contraste del porcentaje de instituciones de complejidad alta (89% y 74%) y media (87% y 73%) que han realizado evaluaciones sobre los *Equipamientos* y *Dispositivos biomédicos* con el porcentaje de instituciones de complejidad baja (64% y 36%) que las han realizado, ya que estas diferencias alcanzan al menos 23 y 37 puntos porcentuales respectivamente.

Además, los servicios *Diagnósticos*, *Terapéuticos* y los *Medicamentos* son objeto de evaluación en una mayor proporción en las instituciones de complejidad alta que en instituciones de complejidad media y baja. Caso contrario sucede con *Otros tipos de tecnología*, ya que, mientras el 20% de las instituciones de complejidad media y el 21% de las instituciones de complejidad baja han hechos evaluaciones sobre estas, solo el 6% de las instituciones de complejidad alta las han hecho.

Gráfico 11. Respuestas a la pregunta ¿En qué tipo de Tecnologías ha realizado evaluaciones la institución? Desagregado por naturaleza jurídica de las instituciones.



FUENTE: IPS REPORTANTES AFILIADOS A LA ACHC, OCTUBRE 2021

En cuanto a la desagregación por naturaleza jurídica de las instituciones, la única entidad mixta se ha centrado en realizar evaluaciones sobre *Equipamientos* y *Dispositivos Biomédicos* y los *Servicios terapéuticos*. Tanto las instituciones privadas como las públicas



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

han realizado evaluaciones sobre las cinco tecnologías propuestas y *Otras*. Sin embargo, a excepción de la categoría *Otras*, una mayor proporción de instituciones privadas han realizado evaluaciones sobre todas las categorías propuestas que las instituciones públicas.

A la pregunta *¿Qué recomendación o solicitud formularía al gobierno y a los pagadores (EPS) para incentivar y facilitar la realización o la adopción de estudios de Evaluación de Tecnología? Al ser una pregunta abierta, a continuación, se presentan las principales opiniones de las Instituciones encuestadas:*

Con respecto al Gobierno:

- Creación de una plataforma o herramienta digital que facilite o guíe la evaluación de tecnología hospitalaria.
- Capacitación al personal de hospitales y clínicas en evaluación de tecnología hospitalaria.
- Divulgar estudios de evaluación de tecnología hospitalaria existentes, incluyendo los realizados por los proveedores previa selección realizada por el gobierno o por quien designe.
- Poner a disposición una base de datos (al estilo del Emergency Care Research Institute -ECRI-) que contenga toda la información relevante (características técnicas, económicas, geográficas, entre otras) de equipos y dispositivos biomédicos.
- Crear una entidad especializada en evaluación de tecnología hospitalaria (Desconocimiento de algunas instituciones de la existencia del IETS).
- Generar incentivos y mecanismos de apoyo para evaluar y renovar (adquirir) la tecnología hospitalaria.
- Promulgar políticas de protección para evitar abusos de proveedores y pagadores.
- Incentivar a las entidades territoriales para realizar estudios de evaluación de tecnología hospitalaria para toda la red pública de prestadores de servicios de salud.
- Actualización de tarifas en las que se reconozca las tecnologías hospitalarias evaluadas que se incorporen.
- Simplificar el proceso de importación y nacionalización, licencias, cero aranceles y cero IVA, para las tecnologías soportadas con los debidos estudios de evaluación de tecnología hospitalaria.
- Apoyo con internet a las instituciones ubicadas en las zonas rurales.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Con respecto a los Pagadores:

- Incluir dentro de los contratos incentivos a la gestión de tecnología (evaluación y actualización de tecnología hospitalaria).
- Oportunidad en los pagos, es la mayor contribución para realizar una adecuada gestión tecnológica.
- Actualización tarifaria, los manuales tarifarios SOAT e ISS están desactualizados con respecto a la tecnología que utiliza el país y el costo de su implementación y mantenimiento.
- No glosar tecnologías por considerarlas nuevas, sin tener en cuenta los resultados de la evaluación que las sustentan.
- Automatización de todos los procesos administrativos.
- Evaluar objetivamente su red de prestadores y abstenerse de contratar servicios con instituciones que no cumplan con las condiciones de habilitación en salud o si sus equipos superaron la vida útil.

La última pregunta del cuestionario indagó *por las enseñanzas que les dejó a las instituciones el Covid-19 con respecto a la Evaluación de Tecnologías*. Las respuestas fueron las siguientes:

- Entre las múltiples enseñanzas que dejó la pandemia del Covid 19: es que las instituciones que contaban con una desarrollada gestión tecnológica fueron más flexibles, oportunas y certeras para enfrentar los retos que demandó esta contingencia, mientras que las instituciones que no contaban con este desarrollo terminaron improvisando, poniendo en mayor riesgo a pacientes, colaboradores y comunidad; se implementaron y se valoraron servicios complementarios como la telemedicina; por primera vez, se realizó un trabajo mancomunado entre gobierno y prestadores para atender las necesidades de salud de la población.
- Los resultados de la gestión tecnológica dependen de tener procesos evaluados y actualizados y debidamente socializados, contar con profesionales y técnicos especializados, pero su capacitación o actualización debe ser permanente sobre todo en las nuevas tecnologías, deben contar con los equipos, las herramientas y los espacios adecuados y debe existir una buena comunicación y coordinación entre los servicios hospitalarios.
- La pandemia, ha puesto de manifiesto la trascendencia de la gestión de tecnología y su articulación con los procesos estratégicos, tácticos, operativos y misionales, con el fin de fortalecer la seguridad y la calidad en la atención de los pacientes



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

- Se capacitó al personal para hacer un uso más eficiente y seguro de la tecnología disponible para la atención de los pacientes.
- Se flexibilizaron los procesos para hacer la evaluación de tecnología en menor tiempo, pero siendo más exigente con la calidad de la información.
- La bioseguridad se convirtió en un factor decisivo para la adquisición de nuevas tecnologías.

6. Conclusiones

En la actualidad nuestros hospitales y clínicas le están dando una gran importancia a la evaluación para la reposición, bajas y adquisición de nuevas tecnologías y hay varios hechos que así lo demuestran, tales como:

- Todas las instituciones que participaron en el estudio cuentan en la actualidad con asesoría externa: Ese es un claro indicio de querer acertar y de ganar experiencia en la evaluación de tecnología, disminuyendo el riesgo de equivocación en las decisiones.
- Igualmente, todas las instituciones cuentan con un área de gestión clínica, la cual busca mejorar la seguridad y la calidad de los procesos de los servicios de salud, enfocados en obtener los mejores resultados en la atención integral de los pacientes, para ello se basan en la mejor evidencia disponible, lo que hace tan relevante su participación en la evaluación de tecnología.
- El 26%, 33% y 7% de las instituciones de complejidad alta, media y baja respectivamente, ya cuentan dentro de su organización con un Área de Evaluación de Tecnología, este tal vez es, el resultado que demuestra la preponderancia del tema dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

De otra parte, las instituciones consideran que el gobierno debería formular políticas que incentiven la evaluación de tecnologías hospitalarias, tales como definición de metodologías, capacitación de personal, disposición de base de datos con información técnica y económica, en especial sobre equipos y dispositivos biomédicos.

Igualmente, protección para evitar abusos de los pagadores, para lo cual se requiere comenzar con la actualización de los manuales tarifarios incorporando las tecnologías evaluadas y aprobadas.

Por último, las instituciones demandan de los pagadores, incluir en los contratos incentivos a la gestión tecnológica, relacionada con evaluación y actualización tecnológica (hospitalaria). Acabar con la cartera en mora que tienen con los prestadores, lo cual facilita financiar la gestión. No glosar tecnologías por considerarlas que no están explícitas en el plan de Beneficios. Evaluar objetivamente su red de prestadores y abstenerse de contratar servicios con instituciones que no cumplan con las condiciones de habilitación en salud o si sus equipos superaron la vida útil.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

7. Bibliografía

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2008). Ajustando mecanismos, una perspectiva gremial. Pp: 17.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2012). Llamado a la acción por nuevo sistema de salud. De portada julio-agosto de 2012. Pp: 4.

Barrientos, J.G.; Marín, A.E.; Becerra, L.; Tobón, M.A. (2016). La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. MEDICINA U.P.B. 35(2). Pp: 120-134.

Buglioli, M & Pérez, A. (2002) Evaluación de tecnologías de Salud. Revista Médica del Uruguay. Vol 18 no.1. Pp: 27-35. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100004#13

Carvajal, M & Ruiz, C. (2008). Valuación técnica y clínica de tecnología biomédica en procesos de adquisición: Un enfoque en evaluación de tecnologías en salud. Revista Ingeniería Biomédica. Vol 2 no. 4. Pp: 35. Disponible en: https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm_sourceblogsutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/

Institución de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2014). Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud. Pp: 10. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/64/Manual_evaluacion_economica.pdf.

Institución de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a. (2022). Misión, Visión y Valores IETS. Disponible en: <https://www.iets.org.co/nosotros/mision-vision-valores/>

Institución de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) b. (2022). Documentos Técnicos IETS. Disponible en: <https://www.iets.org.co/documentos-tecnicos/>

Lizcano, P. A. y Camacho, J. E. (2019). Evaluación de Tecnologías en Salud: Un Enfoque Hospitalario para la Incorporación de Dispositivos Médico. Revista Mexicana de ingeniería biomédica. 40(3). Pp:1-8.

Maranto, M. (2015). Fuentes de Información. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/16700/LECT132.pdf>

Monroy, L (2017). Mercadeo en servicios de salud. Fundación Universitaria del Área Andina. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1348/Mercadeo%20en%20Servicios%20de%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos. Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos. Pp: 1-39. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44824>



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 UNA MIRADA A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA
 HOSPITALARIA
 JUNIO DE 2022

Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2016). Evaluación de tecnologías de salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-salud#:~:text=Dentro%20del%20concepto%20de%20tecnolog%C3%ADas,y%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud.>

Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2012). Resolución CSP28.R9: Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3684/CSP28.R9-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Van der Werf, L & Prieto, L. (2018). ¿Qué es una revisión de la literatura? Revisión sistemática, revisión exploratoria revisión narrativa ¿son lo mismo? NeuroEconomix. Disponible en: https://www.neuroeconomix.com/es/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo-utm_sourceblogsutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/

Villanueva, J & Martínez, F. (2010). Análisis del ciclo de vida de la tecnología medica desde una aproximación integral. Prospect. Vol. 8. Pp: 7-12.



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Estudio Descriptivo de Salarios de Cargos Administrativos y Asistenciales 2023¹

¹ Realizado por Fernando Bohórquez Robayo, Administrador de Empresas, Especialista en Evaluación y Desarrollo de Proyectos, Consultor en Seguridad Social en Salud.



1 Presentación y Metodología

Este es un trabajo de tipo descriptivo, que tiene como propósito a través de una encuesta de salarios, conocer valores de referencia de los cargos administrativos y asistenciales más representativos y comunes de las instituciones y las formas de contratación utilizadas.

El presente estudio es una herramienta que tiene por objeto caracterizar los salarios de un conjunto de instituciones afiliadas a la ACHC, enriqueciendo así las estadísticas del sector salud y estableciendo año a año como ya es tradicional, un punto de referencia, por lo tanto, la intención "no es hacer inferencias estadísticas a nivel nacional para el sector prestador".

El trabajo se elaboró con información correspondiente a la remuneración del año 2023, participaron 99 instituciones afiliadas a la ACHC, 45% de complejidad alta, 30% de complejidad media y 25% de complejidad baja. Por naturaleza Jurídica, el 38% corresponde a instituciones públicas y 62% a privadas. Los hospitales y clínicas que participaron en el estudio representan 13.964 camas, ubicadas en diferentes regiones del país, a las cuales se les encuestó sobre 92 cargos (35 administrativos y 57 asistenciales) y por las diferentes modalidades de contratación.

Este estudio se realiza anualmente desde el año 2006. A continuación, se exponen una serie de criterios para tener en cuenta la comprensión del estudio.

1.1 Formas de Remuneración

Salario Básico: Remuneración ordinaria que recibe el trabajador dependiente o de planta como contraprestación directa del servicio.

Sueldo Total: Es el salario básico multiplicado por el factor prestacional (cesantías, intereses de cesantías, prima legal, vacaciones, bonificaciones permanentes y otras primas que afecten el factor prestacional), más horas extras, dominicales y festivos, beneficios extralegales (bonificaciones y primas que no afecten el factor prestacional).

Salario Integral: Trabajadores que devenguen 10 o más salarios mínimos legales mensuales, más el 30% de factor prestacional, incluye el pago de todas las prestaciones sociales, horas extras, recargo trabajo nocturno, dominical y festivos.

Prestación de Servicios: No genera vínculo laboral y por ello no obliga al contratante a pagar prestaciones sociales.

Otras Formas de Contratación: Las más comunes son por evento, cápita, bolsa de empleo y asociaciones.

Contratación por Hora: Remuneración pactada de acuerdo con la duración de la labor, tasada en horas.



En todos los casos se solicitó que se promediara la remuneración por cargo de acuerdo con el tipo de contratación, teniendo en cuenta antes de hacerlo y en los casos que ameritaba, realizar la equivalencia a 8 horas diarias.

Si bien en todos los cuadros se muestra el salario básico, el análisis comparativo entre las distintas formas de contratación de este trabajo, se hace utilizando el sueldo total.

Otra información importante que se solicitó es el número de trabajadores por cargo, con lo cual se muestra que peso relativo (%) tiene cada tipo de contratación, por cada uno de los conceptos (complejidad, naturaleza jurídica, regiones y ciudad) definidos para el análisis.

1.2 Conceptos

Tipo de complejidad declarado por las instituciones de acuerdo con el nivel de atención: baja, media y alta

Naturaleza jurídica de las instituciones: públicas o privadas.

Las regiones y ciudades quedaron definidas de la siguiente manera:

- Región Costa Atlántica: conformada por los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar y Guajira
- Región Centro Oriente: conformada por los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Huila, Casanare y Meta.
- Región Occidente: conformada por los departamentos de Chocó, Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca y Nariño,

Las Ciudades que se tuvieron en cuenta son: Bogotá y Medellín.

Para cada uno de los cuadros que muestran los resultados por cargo, se menciona la forma de contratación que refleja la mayor remuneración, sin comparar entre si

1.3 Funciones Estadísticas

Las funciones estadísticas que se utilizan en el trabajo son: Mínimo, Máximo, Mediana y Promedio.

"Es importante anotar que los análisis de comparación se realizan con base en la **Mediana**".

1.4 Comparaciones

Las comparaciones que se presentan entre formas de contratación se realizaron desde el punto de vista de la mayor remuneración que refleja la mediana, sin comparar los resultados entre complejidades o naturalezas jurídicas o regiones o ciudades. También, se hace alusión al peso porcentual (%) del personal contratado por las distintas modalidades y bajo los diferentes conceptos.



2 Resultados del Trabajo

En la presente publicación, se presentan los resultados para 25 cargos de los 92 que incluye el estudio completo. Algunos de los cargos que a continuación de presentan son Médicos y algunas de sus especialidades como Anestesiología, Pediatría, Nefrología, Ginecología, Dermatología y De familia, entre otros. Además de cargos administrativos y otros cargos del talento humano como Enfermeras, Psicólogos, Químicos Farmacéuticos y técnicos administrativos, entre otros.

2.1 Médicos

Para el análisis del comportamiento salarial del personal médico, se tuvieron en cuenta los siguientes cargos:

Médicos Especializados en: Anestesiología, Cardiología, Cardiología Pediátrica, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Tórax, Cirugía Vascul, Cuidados Intensivos, Dermatología, Gastroenterología, Infectología, Medicina Familiar, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría y Radiología.

Médicos Subespecializados. Médico General y Médico General con Especialidad en Áreas Administrativas.

2.1.1 Médico Especializado en Anestesiología

2.1.1.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		13.498.529	11.119.379
Sueldo Total de Planta – Mediana		18.011.041	16.905.387
Salario Integral – Mediana	21.625.442	20.689.757	22.450.418
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	9.236.572	13.282.630	16.272.960
Otras Formas de Contratación – Mediana	16.992.944	15.003.256	21.276.280
Contratación por Hora – Mediana		232.879	89.625

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.



2.1.1.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACION DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACION	PORCENTAJE CONTRATACION POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	18,6%	55,7%	25,7%	0,0%	100%
MEDIA	15,2%	6,2%	75,2%	2,1%	1,4%	100%
ALTA	50,9%	0,6%	22,9%	14,1%	11,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta y por prestación de servicios en las de complejidad media y baja.

2.1.1.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	PUBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	10.922.382	12.523.105
Sueldo Total de Planta – Mediana	16.858.323	17.709.151
Salario Integral – Mediana		21.708.836
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	19.670.741	15.766.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	13.089.161	21.276.280
Contratación por Hora – Mediana	90.000	92.778

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración por prestación de servicios y las del sector privado por salario integral.

2.1.1.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACION DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACION	PORCENTAJE CONTRATACION POR HORA	TOTAL
PUBLICO	39,3%	0,0%	28,0%	14,7%	18,0%	100%
PRIVADO	41,7%	3,8%	35,8%	12,6%	6,1%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.1.1.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	9.160.000	11.759.691	12.009.525
Sueldo Total de Planta – Mediana	14.656.000	17.576.480	17.060.850
Salario Integral – Mediana	21.708.836	23.955.756	19.142.722
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	15.532.000	16.699.149	15.845.583
Otras Formas de Contratación – Mediana	21.276.280	11.175.066	16.992.944
Contratación por Hora – Mediana		89.625	92.778

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica, centro oriente y occidente presentan la mejor remuneración por salario integral.



2.1.1.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	39,4%	3,0%	12,1%	45,5%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	38,5%	4,6%	33,2%	7,1%	16,7%	100%
OCIDENTE	43,5%	1,5%	36,2%	15,8%	3,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por otras formas de contratación en la región costa atlántica y por planta en las regiones centro oriente y occidente.

2.1.1.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	8.932.407	12.818.277
Sueldo Total de Planta – Mediana	18.294.637	17.876.197
Salario Integral – Mediana	23.955.756	23.192.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	14.650.000	17.500.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	11.175.066	16.992.944
Contratación por Hora – Mediana	90.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración por salario integral.

2.1.1.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	39,5%	5,5%	34,0%	8,5%	12,5%	100%
MEDELLÍN	71,7%	0,4%	20,0%	7,8%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.1.2 Médico Especializado Cirugía de Tórax

2.1.2.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		12.565.500	15.416.274
Sueldo Total de Planta – Mediana		16.145.443	22.994.303
Salario Integral – Mediana			17.845.948
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		7.378.199	16.362.803
Otras Formas de Contratación – Mediana			45.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reportan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada otras formas de contratación y las de complejidad media por planta.



2.1.2.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
MEDIA	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
ALTA	56,0%	12,0%	26,0%	6,0%	0,0%	100,0%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta y media.

2.1.2.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	14.396.000	14.436.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	19.194.187	23.033.440
Salario Integral – Mediana	17.845.948	17.777.884
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	9.500.000	16.362.803
Otras Formas de Contratación – Mediana		45.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.2.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	66,7%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	100%
PRIVADO	54,5%	11,4%	27,3%	6,8%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.1.2.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		8.932.407	16.396.547
Sueldo Total de Planta – Mediana		15.363.740	23.033.440
Salario Integral – Mediana		17.777.884	17.845.948
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		9.173.034	17.481.401
Otras Formas de Contratación – Mediana		32.000.000	58.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las pertenecientes a las regiones centro oriente y occidente por otras formas de contratación.



2.1.2.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CENTRO ORIENTE	43,8%	31,3%	18,8%	6,3%	0,0%	100%
OCIDENTE	62,2%	2,7%	29,7%	5,4%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones centro oriente y occidente.

2.1.2.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	8.158.204	15.416.274
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.359.022	22.994.303
Salario Integral – Mediana	17.777.884	17.845.948
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	9.500.000	18.600.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.2.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	46,2%	38,5%	15,4%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	88,0%	4,0%	8,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.1.3 Médico Especializado en Cuidados Intensivos

2.1.3.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		18.793.500	14.342.000
Sueldo Total de Planta – Mediana		22.985.490	20.983.238
Salario Integral – Mediana		19.900.519	14.508.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		9.834.604	15.771.143
Otras Formas de Contratación – Mediana			33.812.857
Contratación por Hora – Mediana		91.800	107.532

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mayor remuneración bajo la modalidad denominada otras formas de contratación y las de complejidad media por planta.



2.1.3.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
MEDIA	25,8%	9,7%	58,1%	0,0%	6,5%	100%
ALTA	29,5%	19,7%	24,5%	7,5%	18,8%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta y por prestación de servicios en las de complejidad media.

2.1.3.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	12.698.000	14.400.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	21.715.200	20.787.200
Salario Integral – Mediana		15.600.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	16.000.000	15.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	12.625.714	55.000.000
Contratación por Hora – Mediana	110.916	90.451

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.3.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	17,8%	0,0%	45,2%	10,4%	26,7%	100%
PRIVADO	33,4%	26,0%	19,8%	5,9%	15,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes al sector público y por planta en las del sector privado.

2.1.3.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	14.848.000	11.484.000	15.495.579
Sueldo Total de Planta – Mediana	20.787.200	20.036.167	21.447.238
Salario Integral – Mediana	21.638.624	14.508.000	17.490.260
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	10.288.901	14.314.286	17.106.343
Otras Formas de Contratación – Mediana		12.625.714	55.000.000
Contratación por Hora – Mediana		110.916	90.451

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, las pertenecientes a la región centro oriente por planta y las de occidente por otras formas de contratación.



2.1.3.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	18,2%	9,1%	72,7%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	15,3%	33,2%	14,6%	5,1%	31,8%	100%
OCCIDENTE	46,8%	2,2%	38,9%	9,8%	2,2%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica, por salario integral en las de la región centro oriente y por planta en la región occidente.

2.1.3.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	11.484.000	16.704.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	17.141.015	22.668.212
Salario Integral – Mediana	15.314.000	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	11.818.182	18.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	12.625.714	
Contratación por Hora – Mediana	114.300	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.1.3.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	15,8%	34,6%	15,0%	5,8%	28,8%	100%
MEDELLÍN	90,6%	0,0%	9,4%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.

2.1.4 Médico Especializado en Dermatología

2.1.4.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		3.047.699	8.932.407
Sueldo Total de Planta – Mediana		4.036.373	15.363.740
Salario Integral – Mediana	12.107.876		18.077.561
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.000.000	8.423.751	7.248.577
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.300.000		27.866.385
Contratación por Hora – Mediana	67.258		100.000



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reportan la mayor remuneración por otras formas de contratación, las de complejidad media por prestación de servicios y las de complejidad baja por salario integral.

2.1.4.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	10,0%	40,0%	10,0%	40,0%	100%
MEDIA	5,9%	0,0%	94,1%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	27,8%	10,8%	41,5%	18,4%	1,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.1.4.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	7.238.538	9.889.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	10.469.020	15.778.449
Salario Integral – Mediana		16.155.122
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	8.979.983	7.108.289
Otras Formas de Contratación – Mediana	5.016.385	50.000.000
Contratación por Hora – Mediana		83.629

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.4.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	38,1%	0,0%	47,6%	14,3%	0,0%	100%
PRIVADO	15,6%	11,3%	52,0%	14,1%	7,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.1.4.5 REPORTE POR TIPO DE CONTRATO Y POR REGIÓN

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	7.238.538	9.889.000	9.889.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	26.772.900	15.441.664	15.441.664
Salario Integral – Mediana		18.077.561	15.080.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.585.955	3.778.592	8.979.983
Otras Formas de Contratación – Mediana	5.732.769		27.150.000



Contratación por Hora – Mediana	83.629
---------------------------------	--------

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región centro oriente reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de occidente por otras formas de contratación.

2.1.4.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0%
CENTRO ORIENTE	18,8%	21,9%	37,5%	6,3%	15,6%	100%
OCCIDENTE	25,6%	2,0%	50,9%	21,5%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.1.4.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	7.238.538	12.818.271
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.379.909	17.315.340
Salario Integral – Mediana	18.077.561	15.080.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.015.430	12.632.615
Otras Formas de Contratación – Mediana	5.732.769	
Contratación por Hora – Mediana	67.258	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.4.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	20,0%	23,3%	36,7%	6,7%	13,3%	100%
MEDELLÍN	64,5%	7,1%	28,4%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.



2.1.5 Médico Especializado en Gastroenterología

2.1.5.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.883.212	21.945.000	10.238.104
Sueldo Total de Planta – Mediana	12.140.146	26.772.900	15.441.664
Salario Integral – Mediana		15.708.836	17.522.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		13.484.870	14.447.902
Otras Formas de Contratación – Mediana	7.000.000		33.232.770
Contratación por Hora – Mediana	125.000		148.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reportan la mayor remuneración por otras formas de contratación y las de complejidad media y baja por planta.

2.1.5.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	100%
MEDIA	12,5%	12,5%	75,0%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	23,4%	19,8%	42,3%	10,8%	3,6%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones de complejidad alta y media.

2.1.5.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	10.994.209	9.482.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.519.588	13.369.620
Salario Integral – Mediana	17.445.948	17.522.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	11.354.900	14.488.621
Otras Formas de Contratación – Mediana	9.232.770	55.000.000
Contratación por Hora – Mediana		136.500

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.5.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	38,1%	7,1%	50,0%	4,8%	0,0%	100%
PRIVADO	15,0%	25,0%	40,0%	13,8%	6,3%	100%



La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.1.5.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		8.407.810	13.858.710
Sueldo Total de Planta – Mediana		13.751.943	19.485.354
Salario Integral – Mediana		19.371.768	16.632.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	10.881.700	9.084.500	14.540.520
Otras Formas de Contratación – Mediana		11.465.539	31.000.000
Contratación por Hora – Mediana		136.500	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios, las de centro oriente por salario integral y las de occidente por otras formas de contratación.

2.1.5.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	26,7%	28,3%	35,0%	1,7%	8,3%	100%
OCCIDENTE	20,7%	10,3%	48,3%	20,7%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente y por salario integral en las de centro oriente.

2.1.5.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CUIDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	7.560.875	19.822.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	11.067.566	25.659.927
Salario Integral – Mediana	19.371.768	17.445.948
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	8.000.000	12.620.400
Otras Formas de Contratación – Mediana	11.465.539	
Contratación por Hora – Mediana	125.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.5.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CUIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	27,1%	35,4%	33,3%	2,1%	2,1%	100%
MEDELLÍN	53,3%	20,0%	26,7%	0,0%	0,0%	100%



2.1.6.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	29,2%	0,0%	58,3%	0,0%	12,5%	100%
PRIVADO	26,8%	53,5%	2,8%	12,7%	4,2%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes al sector público y por salario integral en las del sector privado.

2.1.6.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		8.866.204	8.590.494
Sueldo Total de Planta – Mediana		13.957.893	11.167.642
Salario Integral – Mediana		14.508.000	15.708.836
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	5.256.176	6.476.667	11.129.992
Otras Formas de Contratación – Mediana		5.616.000	24.000.000
Contratación por Hora – Mediana		80.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región centro oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la región occidente por otras formas de contratación.

2.1.6.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CENTRO ORIENTE	31,3%	46,3%	13,8%	1,3%	7,5%	100%
OCCIDENTE	7,1%	7,1%	28,6%	57,1%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones pertenecientes a la región centro oriente y por otras formas de contratación en las de occidente.

2.1.6.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CUIDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	8.866.204	8.590.494
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.957.893	11.167.642
Salario Integral – Mediana	14.508.000	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.476.667	
Contratación por Hora – Mediana	80.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.



La mayoría del personal es contratado por salario integral en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.

2.1.6 Médico Especializado en Medicina Familiar

2.1.6.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		10.692.000	8.228.192
Sueldo Total de Planta – Mediana		15.793.564	11.859.844
Salario Integral – Mediana	11.749.196	15.708.836	15.585.626
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		8.979.983	7.712.588
Otras Formas de Contratación – Mediana			14.808.000
Contratación por Hora – Mediana	90.000		70.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja reflejan la mejor remuneración por salario integral.

2.1.6.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100%
MEDIA	60,0%	10,0%	30,0%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	29,9%	32,8%	19,4%	13,4%	4,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones de complejidad alta y baja y por planta en las de complejidad media.

2.1.6.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	8.761.450	8.800.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.265.691	12.552.047
Salario Integral – Mediana		15.108.418
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	8.979.983	9.268.088
Otras Formas de Contratación – Mediana		14.808.000
Contratación por Hora – Mediana	70.000	90.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por salario integral.



2.1.6.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CUIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	19,4%	55,2%	16,4%	0,0%	9,0%	100%
MEDELLÍN	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá y la totalidad es contratado por planta en la ciudad de Medellín.

2.1.7 Médico Especializado en Nefrología

2.1.7.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		4.280.000	21.062.068
Sueldo Total de Planta – Mediana		6.077.600	25.845.319
Salario Integral – Mediana		20.780.972	16.385.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		17.015.000	13.848.085
Otras Formas de Contratación – Mediana			29.895.714

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación y las de complejidad media por salario integral.

2.1.7.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
MEDIA	1,1%	90,0%	8,9%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	33,3%	35,7%	23,8%	7,1%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones de complejidad alta y media.

2.1.7.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana		20.489.437
Sueldo Total de Planta – Mediana		25.752.618
Salario Integral – Mediana	19.216.000	17.422.856
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	28.501.250	15.200.000
Otras Formas de Contratación – Mediana		29.895.714

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por salario integral.



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.7.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100%
PRIVADO	20,4%	58,3%	17,1%	4,3%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones de los sectores público y privado.

2.1.7.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	13.409.403	13.409.403	21.123.378
Sueldo Total de Planta – Mediana	18.268.425	18.268.425	25.752.618
Salario Integral – Mediana	16.903.928	16.903.928	19.998.486
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	12.307.512	31.972.500	15.200.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	29.895.714	10.000.000	75.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación y las de la región centro oriente por prestación de servicios.

2.1.7.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	21,6%	71,3%	5,8%	1,2%	0,0%	100%
OCCIDENTE	15,4%	10,3%	64,1%	10,3%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente y por salario integral las de centro oriente.

2.1.7.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	13.409.403	21.639.521
Sueldo Total de Planta – Mediana	18.268.425	30.661.701
Salario Integral – Mediana	16.903.928	19.216.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	24.493.750	15.200.000



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.

2.1.7.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	22,0%	72,6%	5,4%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	16,7%	12,5%	70,8%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en la ciudad de Bogotá y por prestación de servicios en la ciudad de Medellín.

2.1.8 Médico Especializado en Obstetricia y Ginecología

2.1.8.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	9.661.700	11.115.050	10.581.109
Sueldo Total de Planta – Mediana	11.883.891	14.253.426	16.435.127
Salario Integral – Mediana	14.907.118	14.907.118	17.278.750
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.623.021	12.887.214	15.128.523
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.000.000	11.796.720	15.080.000
Contratación por Hora – Mediana	96.673	80.600	74.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja reflejan la mejor remuneración por la modalidad de vinculación denominada salario integral y las de complejidad media por planta.

2.1.8.2 porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	2,6%	51,3%	37,4%	1,7%	7,0%	100%
MEDIA	35,2%	0,0%	50,0%	1,6%	13,1%	100%
ALTA	42,3%	13,4%	25,7%	7,4%	11,2%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta, por prestación de servicios en las de complejidad media y por salario integral las de complejidad baja.

2.1.8.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	9.914.282	10.740.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.363.740	15.302.281
Salario Integral – Mediana		17.278.750



Contratación Prestación de Servicios- Mediana	14.282.444	9.944.044
Otras Formas de Contratación – Mediana	7.567.256	26.040.000
Contratación por Hora – Mediana	79.000	76.800

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.8.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	35,7%	0,0%	37,4%	2,9%	24,0%	100%
PRIVADO	34,2%	22,9%	30,1%	6,2%	6,6%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes al sector público y por planta en las del sector privado.

2.1.8.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	10.740.000	10.546.555	9.914.282
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.962.000	15.784.195	14.296.082
Salario Integral – Mediana		17.278.750	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.336.613	11.545.946	13.921.551
Otras Formas de Contratación – Mediana	11.323.628	11.796.720	
Contratación por Hora – Mediana		75.000	80.600

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de planta y las de centro oriente por salario integral.

2.1.8.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	7,1%	0,0%	92,9%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	22,9%	30,1%	31,6%	0,5%	14,9%	100%
OCCIDENTE	52,4%	0,0%	29,3%	12,7%	5,6%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y centro oriente y por planta en las de la región occidente.



2.1.8.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	9.722.204	11.718.100
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.333.010	16.435.127
Salario Integral – Mediana	19.090.500	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	11.545.946	14.282.444
Otras Formas de Contratación – Mediana	11.323.628	
Contratación por Hora – Mediana	85.837	83.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.8.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	20,4%	30,6%	35,3%	0,6%	13,1%	100%
MEDELLÍN	89,0%	0,0%	7,6%	0,0%	3,4%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.

2.1.9 Médico Especializado en Oftalmología

2.1.9.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		13.331.000	9.766.857
Sueldo Total de Planta – Mediana		16.822.428	15.984.031
Salario Integral – Mediana		16.128.120	15.080.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		9.777.732	12.300.707
Otras Formas de Contratación – Mediana			17.400.000
Contratación por Hora – Mediana	73.500		

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reflejan la mejor remuneración por otras formas de contratación y las de complejidad media por planta.

2.1.9.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
MEDIA	4,1%	3,6%	92,3%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	30,2%	6,3%	53,1%	10,4%	0,0%	100%



La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones de complejidad alta y media.

2.1.9.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	9.399.567	11.350.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.076.711	17.847.426
Salario Integral – Mediana		15.604.060
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	12.441.372	9.372.000
Otras Formas de Contratación – Mediana		17.400.000
Contratación por Hora – Mediana		73.500

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.1.9.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	36,4%	0,0%	63,6%	0,0%	0,0%	100%
PRIVADO	9,2%	4,9%	82,0%	3,5%	0,4%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.1.9.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		9.766.857	11.996.203
Sueldo Total de Planta – Mediana		15.363.740	17.272.341
Salario Integral – Mediana		16.128.120	15.080.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.797.398	15.457.501	9.777.732
Otras Formas de Contratación – Mediana		4.800.000	30.000.000
Contratación por Hora – Mediana		73.500	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región centro oriente reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de occidente por otras formas de contratación.

2.1.9.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0%
CENTRO ORIENTE	35,2%	24,1%	37,0%	1,9%	1,9%	100%
OCCIDENTE	7,3%	0,4%	88,9%	3,4%	0,0%	100%



2.1.10.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	83,3%	100%
MEDIA	15,9%	1,6%	71,4%	3,2%	7,9%	100%
ALTA	42,6%	10,3%	33,1%	9,4%	4,6%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta, por prestación de servicios en las de complejidad media y por horas en las de complejidad baja.

2.1.10.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	11.710.145	13.126.606
Sueldo Total de Planta – Mediana	16.435.127	16.072.897
Salario Integral – Mediana		19.371.768
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	14.264.545	13.751.659
Otras Formas de Contratación – Mediana	16.289.765	22.157.000
Contratación por Hora – Mediana	110.000	79.390

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración por planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.10.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	50,0%	0,0%	42,2%	2,9%	4,9%	100%
PRIVADO	33,4%	11,8%	37,8%	10,1%	6,8%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones del sector público y por prestación de servicios en las del sector privado.

2.1.10.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	16.400.000	8.932.407	12.642.405
Sueldo Total de Planta – Mediana	21.320.000	15.363.740	16.435.127
Salario Integral – Mediana		19.355.551	20.780.972
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	10.599.672	8.985.838	14.947.664
Otras Formas de Contratación – Mediana	10.980.981	21.479.440	29.888.825
Contratación por Hora – Mediana		79.390	110.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de centro oriente y occidente por otras formas de contratación.



La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.1.9.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	9.766.857	12.989.624
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.363.740	18.152.555
Salario Integral – Mediana	16.128.120	15.080.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	15.457.501	8.486.593
Contratación por Hora – Mediana	73.500	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.9.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	38,1%	31,0%	28,6%	0,0%	2,4%	100%
MEDELLÍN	8,3%	0,5%	91,1%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en la ciudad de Bogotá y por prestación de servicios en la ciudad de Medellín.

2.1.10 Médico especializado en ortopedia y traumatología

2.1.10.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana		13.854.110	10.526.214
Sueldo Total de Planta – Mediana		17.921.800	15.393.101
Salario Integral – Mediana		20.780.972	19.355.551
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.088.689	13.966.648	14.275.830
Otras Formas de Contratación – Mediana		11.777.649	21.479.440
Contratación por Hora – Mediana	85.780	110.000	73.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación, las de complejidad media por salario integral y las de complejidad baja por prestación de servicios.



2.1.10.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	19,2%	0,0%	76,9%	3,8%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	31,0%	19,9%	35,7%	1,8%	11,7%	100%
OCCIDENTE	45,8%	0,5%	36,8%	14,4%	2,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y centro oriente y por planta en la región occidente.

2.1.10.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	7.719.269	13.549.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.289.831	18.836.500
Salario Integral – Mediana	19.355.551	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	8.261.075	14.874.417
Otras Formas de Contratación – Mediana	20.801.880	
Contratación por Hora – Mediana	85.780	110.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.10.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	32,8%	24,8%	38,0%	0,7%	3,6%	100%
MEDELLÍN	84,2%	0,0%	10,5%	0,0%	5,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.

2.1.11 Médico Especializado en Pediatría

2.1.11.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.174.471	9.355.500	10.200.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	8.824.599	12.799.480	15.833.595
Salario Integral – Mediana	10.978.361	18.607.093	15.295.600
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.088.689	10.965.000	12.430.564
Otras Formas de Contratación – Mediana		9.976.875	13.806.000
Contratación por Hora – Mediana	83.626	75.819	80.279



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de complejidad media y baja por salario integral.

2.1.11.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	5,3%	36,8%	5,3%	0,0%	52,6%	100%
MEDIA	17,9%	19,6%	52,7%	1,8%	8,0%	100%
ALTA	48,0%	6,7%	31,0%	6,7%	7,7%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta, por prestación de servicios en las de complejidad media y por horas en las de complejidad baja.

2.1.11.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	9.348.891	10.200.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.693.853	13.786.172
Salario Integral – Mediana		15.501.200
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	13.365.896	12.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	8.788.438	20.000.000
Contratación por Hora – Mediana	82.279	73.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.11.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	41,0%	0,0%	31,7%	5,9%	21,5%	100%
PRIVADO	44,0%	11,6%	33,6%	5,9%	4,9%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en los sectores público y privado.

2.1.11.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	8.693.226	9.519.043	10.205.022
Sueldo Total de Planta – Mediana	12.526.159	15.363.740	15.928.780
Salario Integral – Mediana	15.708.836	14.508.000	16.433.214
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.967.568	12.430.564	12.579.819
Otras Formas de Contratación – Mediana		7.600.000	14.988.438
Contratación por Hora – Mediana		83.626	75.819



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la región centro oriente por planta.

2.1.11.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	10,4%	4,5%	85,1%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	48,3%	9,4%	27,7%	1,8%	12,7%	100%
OCIDENTE	41,5%	9,1%	31,4%	15,0%	3,1%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica y por planta en las de centro oriente y occidente.

2.1.11.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	9.519.043	12.642.405
Sueldo Total de Planta – Mediana	15.363.740	16.879.327
Salario Integral – Mediana	15.004.600	21.840.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	10.661.957	10.965.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	7.600.000	
Contratación por Hora – Mediana	84.592	79.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de la ciudad de Medellín por salario integral.

2.1.11.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	50,8%	6,3%	30,2%	2,2%	10,6%	100%
MEDELLÍN	84,0%	1,9%	9,4%	0,0%	4,7%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.1.12 Médico Especializado en Radiología

2.1.12.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO/ COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	12.110.300	18.063.440	13.584.100
Sueldo Total de Planta – Mediana	18.793.976	22.218.031	21.026.828
Salario Integral – Mediana			20.534.333



Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.971.785	22.655.913	18.009.600
Otras Formas de Contratación – Mediana	7.000.000		43.956.500
Contratación por Hora – Mediana		80.600	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración por la modalidad otras formas de contratación, las de complejidad media por prestación de servicios y las de complejidad baja por planta.

2.1.12.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BAJA	8,3%	0,0%	75,0%	16,7%	0,0%	100%
MEDIA	8,3%	0,0%	83,3%	0,0%	8,3%	100%
ALTA	30,7%	11,0%	45,3%	12,9%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.1.12.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	8.085.473	13.675.202
Sueldo Total de Planta – Mediana	12.242.149	22.218.031
Salario Integral – Mediana		20.534.333
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	31.089.000	16.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	7.000.000	43.956.500
Contratación por Hora – Mediana		80.600

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración por prestación de servicios y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.1.12.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
PÚBLICO	33,3%	0,0%	63,5%	3,2%	0,0%	100%
PRIVADO	26,6%	12,3%	45,8%	14,4%	0,8%	100%

La mayoría del personal es vinculado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.



2.1.12.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	16.214.957	11.320.471	16.732.100
Sueldo Total de Planta – Mediana	20.789.972	17.493.419	23.424.940
Salario Integral – Mediana		19.977.452	28.600.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	10.960.375	19.000.000	20.332.757
Otras Formas de Contratación – Mediana		32.913.000	31.000.000
Contratación por Hora – Mediana			80.600

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración por prestación de servicios y las de centro oriente y occidente por otras formas de contratación.

2.1.12.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	21,4%	0,0%	78,6%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	29,9%	14,2%	51,5%	4,5%	0,0%	100%
OCIDENTE	27,0%	6,6%	45,1%	19,9%	1,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.1.12.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	12.110.300	15.566.050
Sueldo Total de Planta – Mediana	18.793.976	23.046.576
Salario Integral – Mediana	19.977.452	15.127.746
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	16.000.000	20.994.500

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá presentan la mayor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.1.12.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	PORCENTAJE CONTRATACIÓN POR HORA	TOTAL
BOGOTÁ	32,0%	15,6%	52,5%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	78,3%	7,9%	13,8%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en la ciudad de Bogotá y por planta en la ciudad de Medellín.



2.2.1 Odontólogo General

2.2.1.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	4.178.942	3.214.928	4.413.016
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.150.712	4.763.732	6.275.928
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.500.000	3.406.536	3.679.309
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.670.907	6.693.343	3.001.022

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de complejidad media por otras formas de contratación.

2.2.1.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	97,5%	0,0%	0,9%	1,6%	100%
MEDIA	76,0%	0,0%	12,0%	12,0%	100%
ALTA	77,5%	0,0%	17,2%	5,3%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.2.1.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	4.244.062	3.286.627
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.299.161	4.768.326
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.608.618	2.658.331
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.674.268	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

2.2.1.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	91,4%	0,0%	5,1%	3,6%	100%
PRIVADO	97,5%	0,0%	2,5%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.



2.2.1.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	1.365.000	2.979.448	4.244.062
Sueldo Total de Planta – Mediana	1.662.980	4.605.112	6.299.161
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.658.331	3.608.618	4.069.887
Otras Formas de Contratación – Mediana		3.001.022	3.867.246

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mayor remuneración por la modalidad de prestación de servicios y las de centro oriente y occidente por planta.

2.2.1.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	87,4%	0,0%	8,0%	4,6%	100%
OCCIDENTE	94,5%	0,0%	3,1%	2,4%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en la región costa atlántica y por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones centro oriente y occidente.

2.2.1.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	3.530.424	4.919.888
Sueldo Total de Planta – Mediana	5.440.520	6.002.264
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.679.309	
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.001.022	7.538.750

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de la ciudad de Medellín por otras formas de contratación.

2.2.1.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	80,0%	0,0%	10,0%	10,0%	100%
MEDELLÍN	99,2%	0,0%	0,0%	0,8%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.3 Enfermeras

2.3.1 Enfermera Especializada

2.3.1.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	3.956.210	4.058.250	4.482.240
Sueldo Total de Planta – Mediana	5.451.667	5.740.110	6.712.377
Salario Integral – Mediana			14.508.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		6.400.000	5.272.867
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.000.000	5.954.450	3.020.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, las de complejidad media por prestación de servicios y las de complejidad baja por planta.

2.3.1.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	88,9%	0,0%	0,0%	11,1%	100%
MEDIA	95,4%	0,0%	0,7%	3,9%	100%
ALTA	91,2%	0,1%	1,1%	7,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.3.1.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	6.089.953	4.090.031
Sueldo Total de Planta – Mediana	8.600.206	6.060.545
Salario Integral – Mediana		14.508.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	5.531.167	
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.636.508	3.020.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta y las del sector privado por salario integral.

2.3.1.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	61,9%	0,0%	10,2%	28,0%	100%
PRIVADO	94,9%	0,1%	0,0%	5,0%	100%



La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.3.1.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	3.209.625	4.200.000	5.300.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.481.658	6.277.760	7.183.565
Salario Integral – Mediana		14.508.000	
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		4.821.434	6.094.733
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.900.000	3.828.254	5.309.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y las de la región centro oriente por salario integral.

2.3.1.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	86,7%	0,0%	0,0%	13,3%	100%
CENTRO ORIENTE	89,7%	0,1%	1,0%	9,2%	100%
OCCIDENTE	96,6%	0,0%	1,1%	2,2%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.3.1.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	4.253.702	5.529.808
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.569.188	8.260.302
Salario Integral – Mediana		14.508.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.821.434	5.789.466
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.636.508	6.599.900

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación denominada salario integral y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.3.1.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	94,8%	0,1%	1,2%	3,9%	100%
MEDELLÍN	94,4%	0,0%	2,1%	3,5%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.4 Bacterióloga

2.4.1 Bacterióloga Especializada

2.4.1.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.952.591	4.184.179	4.823.280
Sueldo Total de Planta – Mediana	12.425.022	5.727.004	7.114.413
Contratación Prestación de Servicios- Mediana			5.411.332
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.500.000		4.690.470

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración por planta.

2.4.1.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	21,1%	0,0%	0,0%	78,9%	100%
MEDIA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	83,8%	0,0%	6,1%	10,1%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta y media y por otras formas de contratación en la de complejidad baja.

2.4.1.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	4.623.433	4.734.061
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.981.638	6.867.133
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		5.411.332
Otras Formas de Contratación – Mediana	5.640.470	2.600.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.4.1.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	31,8%	0,0%	13,6%	54,5%	100%
PRIVADO	98,7%	0,0%	0,0%	1,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por otras formas de contratación en las instituciones pertenecientes al sector público y por planta las del sector privado.



2.4.1.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		4.450.050	4.823.280
Sueldo Total de Planta – Mediana		7.380.340	6.723.861
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		5.411.332	
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.600.000	6.780.939	4.500.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación y las de centro oriente y occidente por planta.

2.4.1.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
CENTRO ORIENTE	71,7%	0,0%	11,3%	17,0%	100%
OCCIDENTE	77,3%	0,0%	0,0%	22,7%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones centro oriente y occidente.

2.4.1.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	4.276.667	4.826.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	7.646.267	7.700.151
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		5.411.332
Otras Formas de Contratación – Mediana	6.780.939	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

2.4.1.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	71,2%	0,0%	11,5%	17,3%	100%
MEDELLÍN	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.5 Psicólogo

2.5.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	3.098.180	3.117.283	3.187.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.202.468	4.135.800	4.513.742
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.757.825	3.915.477	3.445.178
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.112.807	3.698.650	3.694.734

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.5.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	88,6%	0,0%	7,6%	3,8%	100%
MEDIA	68,3%	0,0%	23,0%	8,6%	100%
ALTA	72,9%	0,0%	17,2%	9,9%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.5.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	4.005.755	2.997.500
Sueldo Total de Planta – Mediana	5.172.746	4.239.688
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.620.100	3.142.663
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.443.365	3.100.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

2.5.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	33,6%	0,0%	50,5%	15,9%	100%
PRIVADO	84,2%	0,0%	9,0%	6,8%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes al sector público y por planta en las del sector privado.



2.5.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	2.320.290	3.117.283	3.390.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	2.923.920	4.513.480	4.420.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.285.327	3.000.000	3.620.100
Otras Formas de Contratación – Mediana		3.156.231	3.674.268

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios y en las regiones centro oriente y occidente por planta.

2.5.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	47,4%	0,0%	52,6%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	84,6%	0,0%	12,5%	3,0%	100%
OCCIDENTE	60,9%	0,0%	21,2%	17,9%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica y por planta en las regiones centro oriente y occidente.

2.5.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	3.410.000	3.738.667
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.531.128	5.592.013
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.531.404	4.448.125
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.212.462	5.255.400

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración por planta.

2.5.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	84,4%	0,0%	12,8%	2,8%	100%
MEDELLÍN	71,1%	0,0%	22,3%	6,6%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.6 Químico Farmaceuta

2.6.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	4.800.362	4.500.000	4.203.955
Sueldo Total de Planta – Mediana	5.957.062	6.291.890	6.219.479
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.312.500	4.593.000	4.986.060
Otras Formas de Contratación – Mediana		4.800.111	9.318.194

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad otras formas de contratación y las de la complejidad media y baja por planta.

2.6.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	92,6%	0,0%	7,4%	0,0%	100%
MEDIA	90,1%	0,0%	4,2%	5,6%	100%
ALTA	93,0%	0,0%	2,8%	4,1%	100%

La mayoría del personal es vinculado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.6.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	4.821.503	4.264.478
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.874.079	6.064.835
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.684.120	1.800.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.800.111	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reportan la mayor remuneración por planta.

2.6.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	58,8%	0,0%	17,6%	23,5%	100%
PRIVADO	99,7%	0,0%	0,3%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.



2.7 Terapeuta Ocupacional

2.7.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	2.183.999	3.500.000	3.398.400
Sueldo Total de Planta – Mediana	3.103.690	4.924.341	4.737.049
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.358.000	3.460.000	2.947.500
Otras Formas de Contratación – Mediana		3.482.665	4.448.764

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.7.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	14,6%	0,0%	85,4%	0,0%	100%
MEDIA	43,3%	0,0%	40,0%	16,7%	100%
ALTA	77,0%	0,0%	10,7%	12,3%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta y media y por prestación de servicios en las de complejidad baja.

2.7.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	3.759.563	3.350.100
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.757.169	4.661.050
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.895.000	3.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.766.330	4.849.500

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mayor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y las del sector privado por otras formas de contratación.

2.7.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	51,7%	0,0%	13,8%	34,5%	100%
PRIVADO	59,8%	0,0%	34,1%	6,1%	100%

La mayoría del personal es vinculado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.



2.6.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	3.611.839	4.265.160	4.501.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.415.187	6.564.260	6.088.200
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		4.325.000	4.684.120
Otras Formas de Contratación – Mediana		9.318.194	4.800.111

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y las de centro oriente por otras formas de contratación.

2.6.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	88,6%	0,0%	4,1%	7,3%	100%
OCCIDENTE	95,7%	0,0%	2,8%	1,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.6.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	4.376.160	4.654.353
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.564.260	6.556.928
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.544.000	4.860.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	9.318.194	4.800.111

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación y las de la ciudad de Medellín por planta.

2.6.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	87,8%	0,0%	4,1%	8,1%	100%
MEDELLÍN	93,7%	0,0%	2,1%	4,2%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.7.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana		3.238.950	3.750.334
Sueldo Total de Planta – Mediana		4.583.598	4.976.305
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.700.000	2.947.500	2.230.000
Otras Formas de Contratación – Mediana		3.199.000	5.133.165

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región centro oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de la región occidente por otras formas de contratación.

2.7.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0%
CENTRO ORIENTE	50,8%	0,0%	43,5%	5,6%	100%
OCCIDENTE	75,8%	0,0%	4,5%	19,7%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones centro oriente y occidente.

2.7.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	3.270.000	3.999.997
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.661.050	5.951.647
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.947.500	1.000.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.199.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta.

2.7.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	50,4%	0,0%	43,9%	5,7%	100%
MEDELLÍN	92,9%	0,0%	7,1%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.



2.8 Subdirector Administrativo y Financiero

2.8.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	6.060.378	9.804.282	9.047.054
Sueldo Total de Planta – Mediana	8.558.066	12.531.693	18.202.895
Salario Integral – Mediana	16.024.000	18.096.000	19.310.500

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación denominada salario integral.

2.8.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	88,9%	11,1%	0,0%	0,0%	100%
MEDIA	85,0%	15,0%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.8.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	7.421.438	10.980.500
Sueldo Total de Planta – Mediana	11.931.319	15.047.200
Salario Integral – Mediana		18.096.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por salario integral.

2.8.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
PRIVADO	69,4%	30,6%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.8.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	8.850.000	9.047.054	8.140.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	10.781.955	18.318.174	11.726.733
Salario Integral – Mediana	15.707.328	18.192.775	18.801.000



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación salario integral y las de la región centro oriente por planta.

2.8.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	76,0%	24,0%	0,0%	0,0%	100%
OCIDENTE	90,2%	9,8%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta, en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.8.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	9.047.054	10.880.500
Sueldo Total de Planta – Mediana	19.149.642	17.289.828
Salario Integral – Mediana	18.192.775	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

2.8.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	68,4%	31,6%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.9 Auditor Médico

2.9.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.057.897	5.388.404	6.716.888
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.167.682	7.631.208	9.634.469
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	5.089.000	7.521.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.338.313	8.847.040	8.382.856



Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y las de complejidad media por otras formas de contratación.

2.9.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	84,0%	0,0%	8,0%	8,0%	100%
MEDIA	81,8%	0,0%	6,1%	12,1%	100%
ALTA	97,2%	0,0%	0,0%	2,8%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.9.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	7.411.130	6.315.828
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.634.469	8.564.340
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	6.585.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana	6.634.059	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta.

2.9.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	70,8%	0,0%	8,3%	20,8%	100%
PRIVADO	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.9.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	5.176.620	6.315.828	6.748.444
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.700.650	8.764.450	9.227.642
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	8.652.000	8.652.000	6.390.000
Otras Formas de Contratación – Mediana		8.382.856	4.133.353

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.



2.9.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	91,8%	0,0%	1,6%	6,6%	100%
OCIDENTE	93,2%	0,0%	2,3%	4,5%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.9.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	6.527.316	7.233.949
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.167.682	9.721.316
Otras Formas de Contratación – Mediana	8.382.856	12.104.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las de la ciudad de Medellín por otras formas de contratación.

2.9.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	89,2%	0,0%	0,0%	10,8%	100%
MEDELLÍN	94,4%	0,0%	0,0%	5,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.10 Responsable Área Administrativa

2.10.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	5.482.601	5.751.166	9.485.152
Sueldo Total de Planta – Mediana	7.326.127	9.210.034	13.448.522
Salario Integral – Mediana	15.080.000		18.371.964
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		4.081.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana		4.102.374	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada salario integral y las de complejidad media por planta.



2.10.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	90,9%	9,1%	0,0%	0,0%	100%
MEDIA	69,2%	0,0%	7,7%	23,1%	100%
ALTA	64,9%	35,1%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.10.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	6.272.141	9.032.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.739.293	12.602.300
Salario Integral – Mediana		18.185.982
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.500.000	3.662.000
Otras Formas de Contratación – Mediana	4.102.374	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las del sector privado por salario integral.

2.10.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	78,1%	0,0%	3,1%	18,8%	100%
PRIVADO	64,3%	33,3%	2,4%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.10.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	11.600.000	7.300.539	7.149.151
Sueldo Total de Planta – Mediana	16.240.000	11.242.830	9.822.567
Salario Integral – Mediana	18.371.964	15.080.000	23.971.900
Contratación Prestación de Servicios- Mediana			4.081.000
Otras Formas de Contratación – Mediana			4.102.374

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.



2.11.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	78,6%	7,1%	14,3%	0,0%	100%
MEDIA	85,0%	15,0%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	74,3%	25,7%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.11.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	6.223.045	8.108.320
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.044.319	11.145.530
Salario Integral – Mediana		18.506.451
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.300.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración por planta y las del sector privado por salario integral.

2.11.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	91,7%	0,0%	8,3%	0,0%	100%
PRIVADO	71,1%	28,9%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.11.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	6.830.000	8.664.000	7.059.551
Sueldo Total de Planta – Mediana	8.595.546	12.320.000	9.822.567
Salario Integral – Mediana		19.000.000	18.309.826
Contratación Prestación de Servicios- Mediana			3.300.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y en las regiones centro oriente y occidente por salario integral.



2.10.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	67,7%	32,3%	0,0%	0,0%	100%
OCCIDENTE	73,2%	7,3%	4,9%	14,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.10.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	6.979.800	10.077.038
Sueldo Total de Planta – Mediana	9.790.565	12.589.951
Salario Integral – Mediana	15.080.000	23.920.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.

2.10.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	65,5%	34,5%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.11 Responsable Área Financiera

2.11.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.442.052	5.557.074	8.816.544
Sueldo Total de Planta – Mediana	10.686.899	7.278.035	13.781.410
Salario Integral – Mediana	29.412.400	19.000.000	18.113.200
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	3.300.000		

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada salario integral.



2.11.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100%
OCCIDENTE	84,6%	10,3%	5,1%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.11.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	8.703.088	11.667.420
Sueldo Total de Planta – Mediana	13.402.438	15.307.468
Salario Integral – Mediana	23.327.664	17.932.226

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.

2.11.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	57,9%	42,1%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

2.12 Jefe o Coordinador Médico

2.12.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	7.619.718	6.399.000	8.036.086
Sueldo Total de Planta – Mediana	10.549.955	9.090.840	16.612.805
Salario Integral – Mediana	15.080.000	18.694.000	17.458.597
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.000.000		23.253.348
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.676.626		

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios y las de complejidad media y baja por salario integral.



2.12.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	95,7%	2,1%	1,1%	1,1%	100%
MEDIA	92,9%	7,1%	0,0%	0,0%	100%
ALTA	64,4%	34,9%	0,7%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.12.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	7.194.820	7.836.869
Sueldo Total de Planta – Mediana	17.213.490	11.007.840
Salario Integral – Mediana		18.266.154
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	4.000.000	23.253.348
Otras Formas de Contratación – Mediana		2.676.626

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las del sector privado por prestación de servicios.

2.12.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	97,9%	0,0%	1,0%	1,0%	100%
PRIVADO	67,4%	32,0%	0,6%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.12.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	6.490.725	7.527.765	7.205.461
Sueldo Total de Planta – Mediana	7.907.651	14.490.087	10.004.884
Salario Integral – Mediana		18.266.154	17.644.520
Contratación Prestación de Servicios- Mediana			13.626.674
Otras Formas de Contratación – Mediana			2.676.626

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta y las de las regiones centro oriente y occidente por salario integral.



2.12.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	54,1%	45,9%	0,0%	0,0%	100%
OCCIDENTE	92,0%	6,1%	1,2%	0,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.12.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	7.527.765	10.329.175
Sueldo Total de Planta – Mediana	16.116.397	14.283.564
Salario Integral – Mediana	15.708.836	18.694.000
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		23.253.348

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración por planta y las de la ciudad de Medellín por prestación de servicios.

2.12.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	52,7%	47,3%	0,0%	0,0%	100%
MEDELLÍN	97,0%	2,0%	1,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en la ciudad de Bogotá y Medellín.

2.13 Jefe o Coordinador de Enfermería

2.13.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	4.912.496	4.789.830	5.062.532
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.478.446	6.425.281	7.275.988
Salario Integral – Mediana			18.099.500
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		5.000.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana			6.254.376

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada salario integral y las de complejidad media y baja por planta.



2.13.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
MEDIA	97,1%	0,0%	2,9%	0,0%	100%
ALTA	97,6%	1,2%	0,0%	1,3%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.13.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	6.162.211	4.866.990
Sueldo Total de Planta – Mediana	8.572.232	6.385.734
Salario Integral – Mediana		18.099.500
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	5.000.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana	6.254.376	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta y las instituciones pertenecientes al sector privado por salario integral.

2.13.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	48,0%	0,0%	4,0%	48,0%	100%
PRIVADO	98,9%	1,1%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.13.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	4.972.000	4.998.832	5.000.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	6.368.083	6.574.490	6.911.416
Salario Integral – Mediana		19.924.605	17.812.350
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		5.000.000	
Otras Formas de Contratación – Mediana		6.254.376	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta y en las regiones centro oriente y occidente por salario integral.



2.13.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CENTRO ORIENTE	97,2%	1,1%	0,1%	1,5%	100%
OCCIDENTE	98,8%	1,2%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta, en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.13.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	5.074.088	6.200.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	7.292.341	8.368.290
Salario Integral – Mediana	19.924.605	
Otras Formas de Contratación – Mediana	6.254.376	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral y las de Medellín por planta.

2.13.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	97,3%	1,2%	0,0%	1,6%	100%
MEDELLÍN	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en la ciudad de Bogotá y Medellín.

2.14 Técnicos Administrativos

2.14.1 Reporte por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

TIPO DE CONTRATO / COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Salario de Planta – Mediana	2.047.927	1.695.000	1.890.000
Sueldo Total de Planta – Mediana	2.986.367	2.603.947	2.452.484
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	1.596.000	2.955.680	2.158.655
Otras Formas de Contratación – Mediana	3.149.534	2.589.000	2.953.333

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada otras formas de contratación y las de media por prestación de servicios.



2.14.2 Porcentaje de personal por tipo de contrato de acuerdo con la complejidad del nivel de atención

COMPLEJIDAD	PORCENTAJE DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BAJA	97,0%	0,0%	2,8%	0,2%	100%
MEDIA	88,7%	0,0%	0,6%	10,6%	100%
ALTA	88,3%	0,0%	5,3%	6,3%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.14.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICO	PRIVADO
Salario de Planta – Mediana	2.434.226	1.555.966
Sueldo Total de Planta – Mediana	3.534.461	2.275.592
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.263.655	
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.953.333	1.352.225

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta

2.14.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

NATURALEZA	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
PÚBLICO	78,2%	0,0%	12,7%	9,1%	100%
PRIVADO	95,5%	0,0%	0,0%	4,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado.

2.14.5 Reporte por tipo de contrato y por región

REGIÓN	COSTA ATLÁNTICA	CENTRO ORIENTE	OCIDENTE
Salario de Planta – Mediana	1.611.602	1.857.213	2.044.039
Sueldo Total de Planta – Mediana	2.127.260	2.530.389	2.669.531
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		2.158.655	2.275.840
Otras Formas de Contratación – Mediana	1.198.508	2.953.333	2.693.036

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región costa atlántica reportan la mayor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta, y las de las regiones centro oriente y occidente por otras formas de contratación.



2.14.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

REGIÓN	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
COSTA ATLÁNTICA	77,7%	0,0%	0,0%	22,3%	100%
CENTRO ORIENTE	86,8%	0,0%	8,2%	5,1%	100%
OCIDENTE	94,7%	0,0%	1,4%	4,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones costa atlántica, centro oriente y occidente.

2.14.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	BOGOTÁ	MEDELLÍN
Salario de Planta – Mediana	1.724.152	2.047.927
Sueldo Total de Planta – Mediana	2.456.921	2.669.531
Contratación Prestación de Servicios- Mediana	2.158.655	
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.953.333	5.351.367

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las ciudades de Bogotá y Medellín reportan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada otras formas de contratación.

2.14.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

CIUDAD	PORCENTAJE PERSONAL DE PLANTA	PORCENTAJE SALARIO INTEGRAL	PORCENTAJE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PORCENTAJE OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN	TOTAL
BOGOTÁ	86,4%	0,0%	9,2%	4,5%	100%
MEDELLÍN	97,7%	0,0%	0,0%	2,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las ciudades de Bogotá y Medellín.

3. Comentarios Generales

Este es un trabajo de tipo descriptivo de referencia en el cual se muestra por distintos conceptos las remuneraciones de diferentes cargos administrativos y asistenciales, los cuales a su vez reflejan ser mayores o menores cuando se comparan entre instituciones por diferentes conceptos, pero en ningún caso se puede deducir por qué un cargo en una institución tiene mayor o menor remuneración dependiendo del tipo de contrato o por qué una institución de similares características presenta una mejor remuneración para un determinado cargo; en general no se puede conocer la justificación de los resultados cuando se realizan todo tipo de cruces entre variables e instituciones.

El estudio no refleja todos los gastos de los programas de bienestar social en los que incurren las instituciones.

El presente estudio no pretende establecer inferencias estadísticas a nivel nacional para el sector prestador.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
Gestión de Riesgo en salud			A	X	X			49	X. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.
			B	X	X			49	4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integradas e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RISS).
Prestación de servicios	Servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas		C	X	X		X	10	Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
			D	X	X		X	22	La prestación de servicios se hará de forma integral mediante un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran y que

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
									permite la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contra-referencia o se apoyará utilizando la tele-salud u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de salud y sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.
			E	X	X		X	49	X5. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
	Atención integral		F	X			X	8	Los territorios para la gestión en salud podrán acoger a esquemas asociativos territoriales, de conformidad con lo previsto en la Ley 2454 de 2020 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.
	Gestión operativa		G		X			49	5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
	Incapacidades y licencias de maternidad y paternidad		H	X	X			10	c) Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.
	Red de urgencias y atención prehospitalaria		I				X	21	Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud según corresponda, coordinarán la Red de Urgencias y tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá integrarse con otros servicios de emergencia tales como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja, Defensa Civil, entre otros.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
	Servicios farmacéuticos		J	X	X			20	Parágrafo 2º. Las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud harán la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos para que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluyendo la dispensación a domicilio sin perjuicio de la entrega presencial.
	Atención integral		K	X	X			10	e) Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RISS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.
Redes	Conformación		L		X		X	49	2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
	Continuidad		M		X			49	7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
	Habilitación y autorización de servicios		N	X	X		X	14	El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los territorios para la gestión en salud. En estas RISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones departamentales, distritales y municipales que, en coordinación con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
	Monitoreo y evaluación		O	X	X		X	12	Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que se registrarán y certificarán como integrantes de la red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, interfuncional, diferencial y de género. Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCION EN EL TEXTO
				CAPS	GSV	OTRAS	TERRITORIALES		
									de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.
	Monitoreo y evaluación		P	X			X	49	3. Ejecutar en <u>coordinación</u> con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RISS.
	Planeación estratégica		Q	X			X	49	3. <u>Coordinar</u> la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCION EN EL TEXTO
				CAPS	GSV	OTRAS	TERRITORIALES		
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Atención integral	R	X	X			10	Articulación y <u>coordinación</u> del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida. a) Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida <u>coordinarán</u> el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. c) Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RISS establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Atención integral	S	X	X		X	49	3. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en <u>coordinación</u> con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en el servicio de salud, de acuerdo con las RISS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCION EN EL TEXTO
				CAPS	GSV	OTRAS	TERRITORIALES		
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Organización y gestión	T	X	X			10	Articulación y <u>coordinación</u> del CAPS con Gestoras de Salud y Vida. Se coordina el sistema de referencia y contrarreferencia, se intercambia información, se evalúan resultados en salud, se establece un sistema de referencia y contrarreferencia, y se desarrollan mecanismos de <u>coordinación</u> de redes de servicios de salud. a) El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de la operación mixta, la organización, gestión y operación de las redes integradas e integradas de salud mediante instancias de <u>coordinación</u> regional, departamental y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las gestoras de salud y vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Organización y gestión	U	X	X		X	18	

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCION EN EL TEXTO
				CAPS	GSV	OTRAS	TERRITORIALES		
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Rectoría y gobernanza	V	X	X		X	13	Rectoría y gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la <u>coordinación</u> entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.
	Tele salud, enfermedades agudas y patologías crónicas		W	X	X			17	a) Las instituciones de las redes integradas e integradas que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la tele salud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en cualquier modalidad en la telemedicina o telepsiquiatría con el fin de evitar el traslado innecesario de los pacientes o promoverlo.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA	IDENTIFICADOR	RESPONSABLE				ARTÍCULO	MENCIÓN EN EL TEXTO
				CAPS	GS	OTRAS	TERRITORIALES		
Salud pública	Gestión Intersectorial y Participación Social		X	X	X			10	<p>cuando sea pertinente. En cualquier caso, <i>coordinación</i> con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de <i>coordinación</i> asistencial a lo largo de la Red Integral e integrada de servicios de salud, con espacios de interacción y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.</p> <p>Gestión Intersectorial y Participación Social: Se <i>coordinará</i> con otros sectores y se garantiza la participación comunitaria en la planificación y ejecución de planes de cuidado. Se cumplen acciones de salud pública.</p>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA CON CORTE A JUNIO 30 DE 2023

El presente estudio corresponde a la situación de cartera de 207 Hospitales y Clínicas



Bajo la Dirección de:
Juan Carlos Giraldo Valencia
(Director)
Elaboración y apoyo:
Juan Guillermo Cuadros Ruiz
Ana Sofía Zea Ruiz
(Investigadores)



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. METODOLOGÍA.....	5
3. RESULTADOS.....	8
3.1. Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	10
3.2. Entidades deudoras.....	11
3.2.1. Cartera por tipo de deudor o negocio.....	11
3.2.2. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo – EPS-C.....	14
3.2.3. Entes Territoriales.....	21
3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado – EPS-S.....	24
3.2.5. Principales deudoras por cartera de 60 días y más.....	32
3.2.6. Entidades deudoras intervenidas, en proceso de liquidación, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria.....	34
3.2.7. Aseguradoras SOAT.....	44
4. CONCLUSIONES.....	47



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

1. INTRODUCCIÓN

Dirigido por:
Juan Carlos Giraldo Valencia¹
Director ACHC

Elaborado por:
Juan Guillermo Cuadros Ruiz²
Miembro grupo de Investigación y Proyectos ACHC

Ayopo:
Ana Sofía Zea Ruiz³
Miembro grupo de Investigación y Proyectos ACHC

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC- presenta su tradicional estudio de cartera hospitalaria, correspondiente a la situación de cuentas por cobrar de 207 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS⁴- con corte a junio 30 de 2023.

Por treceava vez consecutiva, se realiza el análisis respectivo bajo la metodología contable de las Normas Internacionales de Información Financiera –NIIF⁵-. Estos estándares se empezaron a adoptar por el sector salud desde del 1 de enero del año 2017, en donde se obliga a incluir los “deterioros de cartera morosa por edades”, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad.

El cambio se dio con la adopción por parte del sector prestador de la Circular Externa N° 016 de Noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003 cuentas por cobrar-deudores), mediante el cual, la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N° 047 de 2007 y que manejaba la metodología contable tradicional bajo COLGAAP⁶. Esta gran diferencia de pasar de COLGAAP a NIIF, implica entre muchos otros cambios, que antes se debían realizar provisiones tanto para los activos como pasivos de la empresa, específicamente la provisión de cartera⁷, definida como “el valor que la

1 Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales – CEPAL-. Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP. Magister en administración de salud de la Universidad Javeriana y Master en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.

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

3 Economista y Politóloga de la Pontificia Universidad Javeriana

4 Se agradece a las Clínicas y Hospitales por facilitar la información correspondiente en el nuevo formato (FT003) y contar con su oportuna participación.

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

6 Generally Accepted Accounting Principles: su traducción es Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados y son de uso general en el mundo. Los US GAAP son los principios de contabilidad Generalmente Aceptados en Estados Unidos, mientras que los COL GAAP son los principios de contabilidad Generalmente Aceptados en Colombia. En: <https://austecontable.wordpress.com>

7 El valor provisionado disminuye el valor de la cartera y se reconoce como gasto, de modo que su contabilización será un crédito a la cuenta provisión de cartera y un débito a la cuenta de gastos. La importancia que tiene la provisión de cartera radica principalmente en que permite depurar



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

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

Como la normatividad según NIIF obliga a incluir el "deterioro", las desagregaciones del estudio serán presentadas bajo estos dos conceptos (CON Y SIN DETERIORO), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto "SIN INCLUIR EL "DETERIORO", puesto que obedece a cartera hospitalaria AUN PENDIENTE por parte de la entidad responsable de pago.

Para este semestre, se tiene un incremento de los montos absolutos tanto del total y de la cartera morosa (mayor a 60 días) bajo los dos conceptos denominados "SIN INCLUIR EL DETERIORO (cartera bruta)" y "CON DETERIORO (cartera neta después de aplicar la metodología NIIF)". Este último criterio enunciado, se precisa que corresponde al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de más difícil cobro".

En esta oportunidad el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), por el conjunto de las 207 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de más de **dieciséis billones noventa y siete mil (\$ 16.1 billones de pesos aproximados)**; variación positiva del 14,7 % con respecto a la deuda reportada en el semestre a diciembre de 2022.

Igualmente, se evidencia un crecimiento de la cartera absoluta total y en mora frente a los últimos semestres, debido a la reactivación de los servicios de salud, después de la caída en la facturación⁸ y los ingresos de las IPS durante el periodo del año 2020, motivado por la pandemia de COVID-19⁹ y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno Nacional del aislamiento preventivo obligatorio¹⁰ y el estado de emergencia, económico, social y ecológico¹¹, en donde algunos de los procedimientos en salud presenciales no prioritarios se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de teleconsulta, telemedicina o atención domiciliaria¹².

lo que la empresa en realidad tiene. Permite determinar con exactitud qué es lo que le empresa efectivamente puede cobrar de sus deudas; y la parte que no se pueda cobrar, se lleva como un gasto, lo cual afecta directamente los resultados del ejercicio, es decir, disminuye la utilidad en el valor que los clientes no pagan, que es el valor provisionado. Si no se hiciera la respectiva provisión de cartera, los estados financieros mostrarían unos valores irreales, puesto que mostrarían unas cuentas por cobrar que, si bien son reales, jamás se podrán cobrar, por lo que se estaría presentando una información contable inexacta, se estaría mostrando algo de que la empresa nunca podrá disponer. En: <https://www.garancia.com/>

8 Efecto documentado en las ENCUESTAS FLASH DE FLUJO DE RECURSOS desarrolladas por la ACHC, durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020, frente a la facturación corriente (caída entre el 30% - 35% de los ingresos habituales recibidos por las IPS afiliadas) y los giros recibidos durante el año 2019 y enero-febrero de 2020, antes de que iniciara la pandemia por COVID-19 en Colombia.
 9 Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 (nuevo coronavirus).
 10 Decreto 457 de 2020.
 11 Decreto 417 de 2020.
 12 Según MINSALUD en un análisis de la tendencia de morbilidad durante la pandemia por COVID-19 y con datos preliminares de 2020, el efecto de la pandemia en la mortalidad se reflejó en una disminución global del número de personas atendidas del -1,8% en comparación con el promedio de personas atendidas en el periodo 2015-2019. Los meses con mayor disminución de las atenciones fueron abril y julio, con decrementos del -46,1% y -35,8%, respectivamente. Al comparar estas variaciones con las diferencias de personas atendidas en los promedios de los periodos 2011-2014 y 2015-2019, cuando las atenciones globales aumentaron casi 25,4 puntos porcentuales, se puede comprender la marcada y significativa disminución de personas atendidas en consulta ligada a la pandemia, especialmente durante la medida de aislamiento obligatorio. Para más información ver "Cambios en la tendencia de la morbilidad durante la pandemia por COVID-19 en Colombia. Explorando la sintemia COVID-19" en: <https://id.achc.org.co/2020/10-2011->



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Si se tuviese en cuenta la inclusión del "deterioro de cartera morosa por edades", el valor de cuentas por cobrar a junio 30 de 2023 para los 207 hospitales y clínicas reportantes, sería de más de \$ 12,9 billones de pesos. A continuación, se presenta la composición de cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo o no el deterioro bajo NIIF):

Cuadro 1
 Composición de cartera por edad (ambos escenarios)
 A Junio 30 de 2023

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(Miles de \$ y participación %)
			(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	6.660.998.935	41,4%	52,3%
De 31 a 60 días	1.013.865.483	6,3%	
De 61 a 90 días	803.907.689	5,0%	
Más de 91 días	7.618.591.985	47,3%	
Total general	16.097.364.093	100,0%	8.422.499.674

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(Miles de \$ y participación %)
			(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	6.539.064.313	50,4%	42,1%
De 31 a 60 días	967.624.878	7,5%	
De 61 a 90 días	747.309.153	5,8%	
Más de 91 días	4.721.433.697	36,4%	
Total general	12.975.432.042	100,0%	5.468.742.851

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

Lo anterior indica, que las instituciones hospitalarias tienen deterioradas sus "cuentas por cobrar morosas" por un valor de más de \$ 3,1 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 19,4 % de la deuda total a junio de 2023 sin deterioros (es decir, sobre los \$ 16.1 billones aproximados de todo el estudio).

Siendo este criterio (ver Cuadro 1 sin incluir el deterioro), la deuda total a junio de 2023 es superior en cerca de **\$ 2,1 billones aproximados** frente a la reportada a diciembre de 2022, lo que indica una variación del 14,7 % en el transcurso de un semestre.

Según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (49,4 %), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (21,9 %) y en tercer lugar el Estado (9,5 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de salud, de la Entidad Administradora de los

20 Informe%20de%20la%20posicion%20CMBIOS%20TENDENCIA%20SINDEMIAS%20EN%20COLOMBIA%20MINSALUD%20COO-19%2017%202009%202022.pdf



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES¹³- y la deuda del extinto Operador Fiduciario del FOSYGA. Estas tres categorías concentran el 80,8 % de la deuda total registrada a junio de 2023.

Por otro lado, se mantiene la participación dentro de la deuda de los principales actores, en donde las EPS del Régimen "Contributivo" y "Subsidiado" más la categoría "Estado" representan más del 80,0 % del total de la deuda (cerca de \$ 13,0 billones de pesos sin deterioro).

Las otras categorías de deudores donde se incluyen: planes complementarios y medicina prepagada, aseguradoras, administradoras de riesgos laborales, IPS, empresas, particulares, el magisterio y la categoría sin clasificar, suman el 19,2 % del total de la deuda reportada, frente al 17,5 % del semestre anterior.

2. METODOLOGÍA

Desde hace tres cortes, se decidió fusionar o agrupar algunas categorías que representaban en su conjunto, menos del 20% de todo el volumen de la deuda reportada por las instituciones hospitalarias, a lo largo de todos los estudios anteriormente elaborados por la ACHC, dejando abierta las categorías principales de mayor peso y representatividad dentro de la deuda total.

Es importante aclarar que para los estudios anteriores al año 2017, se tuvieron en cuenta los formatos contemplados en la Circular Externa Única 047 de 2007 (archivo tipo de cuentas por cobrar) y la Circular Externa 049 de 2008, emanadas de la Superesud; dichos formatos fueron identificados como archivo de deudores tipo 059 para las IPS de naturaleza privada y tipo 064 y 114 para las públicas. Igualmente se tuvieron en cuenta las Resoluciones 4362 de 2011¹⁴ y su respectivo ajuste con la Resolución 1121 de 2013¹⁵ por las cuales se emite y se ajusta el nuevo Plan Único de Cuentas -PUC- para IPS de naturaleza privada; expedidas ambas por la Superesud. De igual forma se incluye la Resolución 421 de 2011¹⁶ de la Contaduría General de la Nación que tiene en cuenta estas mismas modificaciones del PUC para las IPS de naturaleza pública, denominado Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública. Se tuvo en cuenta igualmente, el Decreto 1095 de 2013, por el cual se reglamentó el inciso 2 del Artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, donde se estipula el procedimiento de aplicación de los giros directos¹⁷ entre los agentes del Sistema.

13 Mediante artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA, Fondo-Cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación definida de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" en el artículo 66 crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS (ADRES por sus iniciales) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hará parte del SGSSS, estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. El artículo mencionado establece que una vez entre en operación la Entidad, se suprimirá el FOSYGA (Los Decretos 1429 y 1431 de 2016 contemplan su estructura y funcionamiento). La ADRES empezó operaciones el 1 de agosto de 2017. En: <https://www.adres.gov.co/informacion-de-la-entidad/que-es-la-adres>
 14 Incluye nuevas cuentas como la 1307 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR) por concepto de giro directo
 15 Incluye nuevas cuentas como la 1306 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR), por concepto de giro directo.
 16 Incluye nuevas cuentas como la 140981 Giro directo por abono a cartera régimen subsidiado (Cr), por el mismo concepto de la nota anterior.
 17 Artículo 10 Ley 1608 de 2013, Resoluciones 0654 de 2014, 3503 de 2015, 3110 y 2916 de 2018 (contributivo). Resoluciones 2320 de 2011 y 1587, 4621 de 2015 y 3110 de 2018 (subsidiado).



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Como se indicó en la introducción, se hace énfasis que el análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria, los registros de deuda depurados de IPS privadas, a partir de la expedición de la Circular Externa N° 016 de Noviembre de 2016 (inclusión del formato FT003 cuentas por cobrar-deudores), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N° 047 de 2007 por efecto de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera-NIIF. En el caso de las IPS públicas, se realiza como es tradicional la recolección de información de cuentas por cobrar en el formato dispuesto para tal fin y muy similar al utilizado por las Empresas Sociales del Estado-ESES- en el reporte obligatorio al Ministerio de Salud y Protección social según el Decreto 2193 de 2004 y en el marco del Sistema de Información de Hospitales Públicos-SIHO-.

Para el efecto, se presenta la clasificación ajustada de los siete (7) tipos de deudores establecida por la ACHC y los cuales se describen brevemente a continuación.

- 1) Régimen contributivo: comprende el registro de la deuda de las EPS en operación que administran dicho régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación.
- 2) Estado: categoría bajo la cual se consolida la deuda de las entidades territoriales de salud (ETS), representadas en las secretarías departamentales y locales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos, en lo que se refiere a la atención de la población pobre no afiliada y la atención de servicios no POS¹⁸, más la deuda de las antiguas cajas de previsión social del orden territorial, que no se transformaron en Entidades Adaptadas de Salud (EAS), del extinto operador fiduciario del FOSYGA¹⁹, de la ADRES²⁰ y de otras entidades del Estado²¹.
- 3) Régimen subsidiado: comprende el registro de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS-S) en operación que administran este régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación, ya sean éstas EPS, cajas de compensación familiar, empresas solidarias, mutuales o indígenas; e igualmente incluye la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que anteriormente se fusionaron y aún registran deuda.
- 4) Entidades de medicina prepagada y planes complementarios.

18 De acuerdo con lo establecido en el Decreto 804 de 1998 y la Resolución 5334 de diciembre de 2008 que reglamenta lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008.
 19 En muchos reportes se registra deuda de FOSGA, FOSALUD y FIDUFOSYGA, las primeras fiducias que operaron los recursos del FOSYGA. Hasta 2017, el consorcio que manejaba estos recursos era el operador SAYP, integrado por FIDUPREVISORA y FIDUCOLDEX, (estas entidades operaban desde el día 29 de septiembre de 2011) y fueron reemplazadas por la ADRES.
 20 Artículo 27 del Decreto 1429 de 2016. Transferencia de derechos y obligaciones: Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Todos los derechos y obligaciones a cargo del FOSYGA pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES, una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este celebrando.
 21 Fuerzas Militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y Policía Nacional, INPEC, SENA, ICBF, Fiscalía General de la Nación, Ministerios y demás entidades públicas que dependen de aportes del presupuesto general de la nación.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

- 5) Aseguradoras por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT- y por cubrimiento de pólizas de salud y accidentes y empresas donde se registra el nombre, sin identificar el tipo de cubrimiento.
- 6) Administradoras de riesgos profesionales o laborales.
- 7) Otros, la cual incluye:
 - o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: deuda de otras instituciones que se clasifican en IPS públicas y privadas en general, las que conforman Uniones Temporales y capitoradas, cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.
 - o Empresas: en aquellos casos que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares, o deudas de compañías o empresas propiamente dichas sean nacionales o extranjeras.
 - o Particulares: corresponde al registro de la deuda de personas naturales.
 - o Magisterio: corresponde a la cartera que se registra para este grupo de trabajadores, anteriormente a través del Fondo Educativo Regional –FER– o de la Fiduciaria La Previsora, que administra los recursos de este régimen de excepción, u otras entidades que prestan servicios de atención al magisterio.
 - o Cartera sin clasificar y otros conceptos: categoría en la cual se registra la deuda de otras entidades e incluso de organismos internacionales, y que no corresponden a las categorías antes enunciadas, más anticipos, avances entre otros.

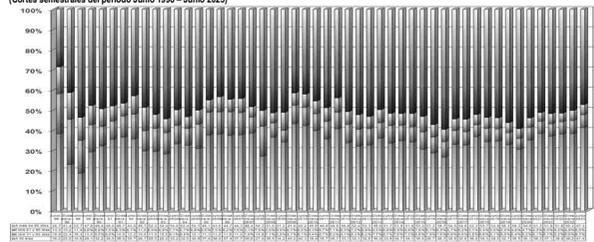


ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3. RESULTADOS

Observando la evolución de la cartera desde el año 1998 a la fecha (corte a junio de 2023), se puede evidenciar que las mayores concentraciones de cartera superior a 90 días se presentaron en junio - diciembre de 2003, diciembre de 2004, junio - diciembre de 2016, diciembre de 2019 y junio de 2020. En este punto se presenta una concentración menor en las cuentas por cobrar mayor a 90 días (47,3 % comparado frente a 50,3 % a diciembre de 2022). (Ver gráfico 1). Por su parte, se evidencia un incremento de 3,1 puntos porcentuales, en la concentración de cartera a 30 días más corriente con respecto a diciembre de 2022, ubicándose en el 41,4 %. La franja intermedia de cuentas por cobrar de 31 a 60 días y 61 a 90 presenta una disminución, ubicándose en 11,3 % frente al 11,5 % del semestre anterior.

Gráfico 1
 Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad. SIN INCLUIR EL "DETERIORO"
 (Cortes semestrales del periodo Junio 1998 - Junio 2023)

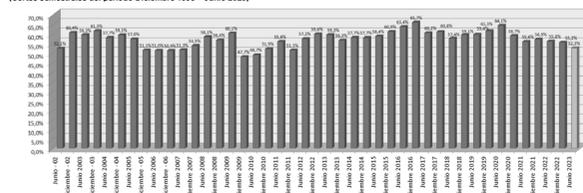


Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Gráfico 2
 Comportamiento histórico de la composición de cartera en mora (mayor a 60 días). SIN INCLUIR EL "DETERIORO"
 (Cortes semestrales del periodo Diciembre 1998 - Junio 2023)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

Por su parte, la cartera considerada en mora (mayor a 60 días) presenta una disminución a junio de 2023 de 2,8 puntos porcentuales bajo la implementación de la metodología NIIF (52,3 % vs 55,2 % a diciembre de 2022), comparado con el semestre inmediatamente anterior. (Ver gráfico 2).

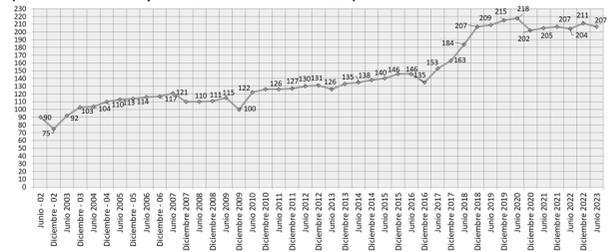


ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3.1. Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 211 IPS que reportaron información en el actual corte, 107 son de naturaleza privada, 102 de naturaleza pública y 2 de carácter mixto. A su vez, el 41,7 % de las instituciones son de alta complejidad, el 23,2 % de mediana y el 35,1 % de baja (Ver Cuadro 2).

Gráfico 3
 Comportamiento histórico del número de IPS reportantes
 (Cortes semestrales del periodo Diciembre 1998 - Junio 2023)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

Cuadro 2
 IPS que reportaron informe de cartera según naturaleza jurídica y complejidad de atención A Junio 30 de 2023

Naturaleza jurídica	Complejidad	Número	Part % por N.J.	Complejidad	Número	Part % por complejidad
PRIVADA	ALTA	75	36,2%	ALTA	89	43,0%
	MEDIANA	23	11,1%	MEDIANA	46	22,2%
	BAJA	11	5,3%	BAJA	72	34,8%
TOTAL PRIVADA		109	52,7%	Total general	207	100,0%
PUBLICA	ALTA	12	5,8%			
	MEDIANA	23	11,1%			
	BAJA	61	29,5%			
TOTAL PUBLICA		96	46,4%			
MIXTA	ALTA	2	1,0%			
Total general		207	100,0%			

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3.2. Entidades deudoras

De acuerdo con la clasificación descrita en la metodología, el análisis de las entidades deudoras se realiza según tipo de deudor o negocio; Empresas Promotoras de Salud –EPS– del Régimen Contributivo, Entes Territoriales y –EPS-S del Régimen Subsidiado; incluyendo luego un análisis de las principales entidades deudoras, y finalmente el panorama actual de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial o programa de recuperación, frente al cruce de su respectiva población afiliada a la fecha de corte de este informe, e incluyendo el cambio de movilidad²²-CM- entre regímenes (a diciembre 31 de 2022).

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

Los anteriores análisis se realizan frente a los resultados del informe de cartera del periodo inmediatamente anterior.

3.2.1. Cartera por tipo de deudor o negocio

La deuda considerada en mora (60 días y más)²³, se ubicó en el orden de los \$ 8.4 billones aproximados (Ver Cuadro 1 sin incluir el deterioro), representando el 52,3 % del total de la deuda; inferior al 55,2 % del corte anterior, bajo la implementación de la metodología NIIF a partir de 2017. Por su parte, el monto absoluto de cartera mayor a 60 días presentó un incremento de \$ 682.617 millones frente a diciembre de 2022. La deuda absoluta de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y los entes territoriales sigue estando representada en entidades como *NUEVA EPS*, las liquidadas *MEDIMÁS EPS* y *COOMEVA EPS*, seguida de *EPS SANITAS*, la liquidada *CAFESALUD EPS*, el *EXTINTO OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA* y la *ADRES*, *COOSALUD EPS*, la intervenida para administrar *EMSSANAR EPS*, la liquidada *ECOOPSOS* y finalmente *FAMISANAR EPS*.

Cabe resaltar como ya se indicó, que, dentro de la concentración de cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2023, situada en 52,3 %, ésta se compone de 19,4 puntos porcentuales de cartera de más difícil cobro o “deteriorada” según lo indica la metodología NIIF.

Por tipo de deudor, las EPS del régimen contributivo mantienen la mayor participación en la deuda total (49,4 %), siguiéndole en orden las EPS-S del régimen subsidiado (21,9 %), el Estado (9,5 %) y las demás previamente definidas y de naturaleza diversa (19,2 %, incluyendo la categoría *Otros conceptos*).

Las EPS del régimen subsidiado redujeron su participación en 0,9 puntos porcentuales frente a diciembre de 2022 (21,9 % frente al 22,8 %). De otro lado, las EPS del régimen contributivo disminuyeron su

22 Decreto 3047 del 27 de Diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisben, el cual tiene como objetivo establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS.
 23 Según lo estipulado en el artículo 13, literal d) de la Ley 1122 de 2007, referente al flujo y protección de los recursos, por concepto de venta de servicios en salud por parte de las IPS.
 24 La ADRES empezó operaciones el 1 de agosto de 2017.
 25 Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, recuento de los recursos del SGSSS.
 26 Presentación ADRES año 2023. Debates control político e informe de rendición de cuentas.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

participación en 1,2 puntos porcentuales. La categoría “Estado” por su lado, aumentó su participación (9,5 % frente al 9,1 % a diciembre de 2022).

De otro lado, la deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, aumentó en cerca de \$ 1.2 billones de pesos aproximados con respecto a diciembre de 2022 y si le sumamos la categoría Estado, la diferencia se ubica en más de \$ 1.4 billones de pesos.

En relación con la diferencia absoluta y la concentración de cartera mayor a 60 días, comparada con la situación del semestre anterior, las EPS del régimen subsidiado disminuyeron su participación en 0,6 puntos (pero con un incremento de la deuda morosa en cerca de \$ 178 mil millones frente al periodo anterior). Por su parte, el régimen contributivo disminuyó en 0,6 puntos porcentuales su participación (en este caso con un incremento de valor de más de \$ 398 mil millones aproximados).

La categoría “Estado” presentó una disminución de 8,4 puntos porcentuales en la cartera de mayor a 60 días, pero un incremento del valor absoluto pasando de \$ 939.750 millones a \$ 999.867 millones a junio de 2023, explicado especialmente por las concentraciones de la deuda mayor a 60 días de las subcategorías como del desaparecido “Operador fiduciario del FOSYGA” (100,0 %), de los entes territoriales (concentración morosa del 77,0 %) y de la entidad administradora de los recursos del sistema de salud ADRES²⁴ (concentración morosa del 69,1 % frente al 75,5 % a diciembre de 2022). **Es de anotar que la deuda referida en este acápite de ADRES (más de \$ 298 mil millones de pesos), 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 SGSSS²⁵ y que, según sus informes, equivalen al 99,4 % del uso total de los recursos apropiados para la vigencia 2023, estimados en 82,8 billones de pesos.²⁶**



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 3
 Composición de cartera por tipo de deudor (ambos escenarios)
 Junio 30 de 2023

SIN INCLUIR EL “DETERIORO”

(Miles de \$ y participación %)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2023	Dic 2022
1. REG. CONTRIBUTIVO	3.250.573.138	40,9%	579.475.093	7,3%	4.309.641.423	5,6%	3.684.816.351	46,3%	7.954.506.005	49,4%	50,6%
2. ESTADO	467.258.032	30,7%	56.888.895	3,7%	50.294.499	3,3%	949.572.678	62,3%	1.524.014.104	9,5%	9,1%
ADRES	78.261.286	26,2%	14.105.287	4,7%	11.717.720	3,9%	194.541.426	65,1%	298.625.718	1,9%	1,8%
ENTE TERRITORIAL	141.768.030	19,4%	26.051.945	3,6%	18.023.149	2,5%	543.687.506	74,5%	729.530.629	4,5%	5,1%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	99.472.161	100,0%	99.472.161	0,6%	0,6%
OTRAS	247.228.717	62,4%	16.731.664	4,2%	20.553.630	5,2%	111.871.586	28,2%	396.385.596	2,5%	1,6%
3. REG. SUBSIDIADO	1.139.216.360	32,3%	242.022.794	6,9%	187.835.818	5,3%	1.953.711.752	65,6%	3.522.786.724	21,9%	22,8%
4. PC Y MP	267.656.075	77,8%	15.713.081	4,6%	10.435.392	3,0%	50.201.541	14,6%	344.006.089	2,1%	2,2%
5. ASEGURADORAS	246.673.504	44,8%	23.960.622	4,4%	22.579.118	4,1%	256.839.834	46,7%	550.053.078	3,4%	3,2%
6. ARL (RIESGOS LABORALES)	23.449.997	53,3%	2.063.814	4,7%	1.186.100	2,7%	17.275.779	39,3%	43.975.690	0,3%	0,3%
7. OTROS CONCEPTOS (IPS, EMPRESAS, PARTICULARES, MAGISTERIO, SIN CLASIFICAR)	1.265.171.826	59,7%	93.741.184	4,3%	91.935.340	4,3%	736.174.050	32,7%	2.166.022.403	13,4%	11,8%
TOTAL GENERAL	6.469.984.933	41,4%	1.013.865.460	6,3%	893.967.469	5,9%	7.818.291.985	47,3%	16.097.344.093	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

INCLUYENDO EL “DETERIORO” BAJO METODOLOGÍA NIIF

(Miles de \$ y participación %)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
										Jun 2022	Jun 2023
1. REG. CONTRIBUTIVO	3.194.669.409	50,4%	554.651.909	8,8%	4.06.818.227	6,4%	2.176.945.737	34,4%	6.333.085.282	48,8%	50,2%
2. ESTADO	462.344.037	38,4%	55.117.399	4,6%	47.765.905	4,0%	637.943.992	53,0%	1.203.171.334	9,3%	8,5%
ADRES	77.056.435	31,8%	13.802.127	5,7%	10.949.613	4,5%	140.264.340	57,9%	242.072.516	1,9%	1,8%
ENTE TERRITORIAL	139.168.701	26,3%	24.884.357	4,7%	16.958.790	3,2%	347.632.756	65,8%	528.644.604	4,1%	4,4%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	58.014.463	100,0%	58.014.463	0,4%	0,3%
OTRAS	246.118.900	65,7%	16.430.915	4,4%	19.857.502	5,3%	92.032.433	24,6%	374.439.751	2,9%	1,9%
3. REG. SUBSIDIADO	1.089.068.613	42,1%	225.586.757	8,7%	170.102.505	6,8%	1.105.108.962	42,7%	2.589.866.837	20,0%	21,2%
4. PC Y MP	265.736.240	80,3%	15.171.553	4,6%	9.853.741	3,0%	40.301.493	12,2%	331.063.027	2,6%	2,7%
5. ASEGURADORAS	244.273.695	51,7%	22.967.399	4,9%	21.343.209	4,9%	183.706.091	38,9%	472.290.395	3,8%	3,4%



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

	6. ARL (RIESGOS LABORALES)	7. OTROS CONCEPTOS (IPS, EMPRESAS, PARTICULARES, MAGISTERIO, SIN CLASIFICAR)	TOTAL GENERAL
	22.796.253	1.260.178.066	6.538.064.313
	60,1%	62,8%	50,4%
	2.000.654	92.129.206	967.624.678
	5,3%	4,6%	5,9%
	1.151.199	90.274.367	747.398.153
	3,0%	4,5%	5,8%
	11.960.769	565.466.633	4.721.433.697
	31,6%	28,2%	36,4%
	37.968.875	2.008.046.272	12.975.432.042
	0,3%	15,5%	100,0%
	0,4%	13,7%	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.
 Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los “deterioros de cartera morosa por edades”, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de “castigar” la cartera en mora de difícil cobro.

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

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo ascendió a los \$ 7.9 billones aproximados sin deterioro, con una morosidad (60 días y más) del 51,9 % en comparación con el 52,4 % del periodo anterior (disminución de 0,6 puntos porcentuales entre un corte y otro) y un monto de deuda mayor a 60 días de más de \$ 4.1 billones de pesos.

La cartera de todas las EPS en operación para este periodo es de cerca de \$ 6.2 billones, con un promedio de 30,7 % de cartera mayor a 60 días, inferior al 31,7 % de diciembre de 2022. Por otro lado, tenemos a las EPS intervenidas para liquidar como *MEDIMÁS*²⁷, *COOMEVA*²⁸, *CRUZ BLANCA*²⁹, *SALUDCOOP*³⁰, *GOLDEN GROUP*³¹, *SALUDVIDA*³² entre otras y que fueron reasignadas a la categoría de “privada en liquidación” con una concentración morosa del 100,0 % en promedio. Desde hace siete cortes se tiene como novedad, la aparición de *COOSALUD EPS* dentro de las entidades privadas en operación, debido a su habilitación en el régimen contributivo³³, con una deuda total de \$ 508.947 millones de pesos y una concentración morosa del 45,6 %. A partir de siete periodos atrás se tiene la inclusión de la *EPS MUTUAL SER ESS*, quien a partir del año 2019 fue autorizada también para operar igualmente en el régimen contributivo³⁴ y a la fecha presenta una deuda total de \$ 15.442 millones de pesos y una concentración morosa del 16,2 %.

Entidades como *NUEVA EPS*, *SANITAS EPS* y *SURA EPS* en su respectivo orden, encabezan el listado de principales deudores por monto total; entre las tres suman más de \$ 4.0 billones de pesos

27 Resolución 8646 del 08 de marzo de 2022, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.
 28 Resolución 1896 del 25 de enero de 2022, por la cual se ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a por parte de la Supersalud.
 29 Resolución 8539 del 07 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.
 30 Resolución N° 002414 del 24 de Noviembre de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar dicha entidad.
 31 Resolución N° 00312 del 15 de Julio de 2015 expedida por la Supersalud, por medio de la cual el agente especial liquidador declara la terminación de la existencia legal de la entidad.
 32 Resolución 8896 del 01 de octubre de 2019, por la cual se ordena la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Supersalud.
 33 La Supersalud anunció, mediante la Resolución 0837 de 2019, la viabilidad para que la EPS COOSALUD inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 12 departamentos. En: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/istanoticias/supersalud-autoriza-a-coosalud-eps-cuando-entran-en-el-regimen-contributivo-en-12-departamentos>
 34 La Supersalud anunció, mediante la Resolución 5611 de 2019, la viabilidad para que la EPS MUTUAL SER ESS inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 19 departamentos. En: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/istanoticias/supersalud-autoriza-el-funcionamiento-para-el-regimen-contributivo-a-la-eps-mutualser>



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

aproximados y una morosidad del (43,3 %, 45,5 % y 23,0 % respectivamente). Estas tres entidades participan dentro del total de deuda del régimen contributivo con el 49,9 %, lo cual es bastante representativo a la hora de identificar los principales deudores. (Ver Cuadro 4).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta inicial y posterior intervención para liquidar de CAFESALUD EPS36, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (\$ 321 mil millones aproximados) aparece reasignada en la categoría "privado en liquidación". Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada MEDIMAS EPS SAS37 de naturaleza privada, e igualmente intervenida para liquidar en el año 2022 y en donde su deuda a 30 de junio de 2023 se sitúa en el orden de los \$ 618 mil millones aproximadamente, convirtiéndose en la cuarta mayor deudora del R. Contributivo por monto total de deuda. Por último, tenemos dentro de este régimen, la deuda de la denominada FUNDACIÓN SALUD MIA EPS38, la cual presenta una deuda de \$ 7.645 millones de pesos al cierre de este corte y la puesta en funcionamiento a partir del segundo semestre de 2022 de SALUD BOLIVAR EPS SAS39, con \$ 24,3 millones de deuda.

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

36 La orden por parte del gobierno nacional mediante Resolución N° 002422 del 25 de Noviembre de 2015 expedida por la Superintend. por medio de la cual se aprueba el Plan Especial de Asignación de Afiliados, presentado por Saludcoop entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo en Liquidación, fue transferir los afiliados de dicha EPS a CAFESALUD. Más de 4.6 millones de usuarios fueron trasladados.

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

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

39 Por Documento Privado del 10 de diciembre de 2020 de Accionista Único, inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá el 10 de diciembre de 2020, con el No. 02643073 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada Salud Bolivar EPS S.A.S. SALUD BOLIVAR EPS S.A.S tiene como único accionista a Soluciones Bolivar S.A.S., entidad que es integrante del Grupo Bolivar. En: https://www.saludbolivareps.com/quiénes-somos/acercade-la-eps



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 4
Cartera de las EPS del régimen contributivo por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)
A Junio 30 de 2023

Table with columns: N. J. Deudor, Entidad deudora, A 30 días más cte, Part % edad, De 31 a 60 días, Part % edad, De 61 a 90 días, Part % edad, Más de 91 días, Part % edad, TOTAL, Part % TOTAL COMPARATIVO. Rows include various EPS entities like SANTITAS, COOSALUD, FAIMSANA, etc.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Summary table showing totals for Private, Public, and Mixed operations, including columns for debt amount, percentage of age, and total comparative percentage.

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF

Detailed table showing debt breakdown by age group (A 30 días más cte, De 31 a 60 días, De 61 a 90 días, Más de 91 días) and total comparative percentage for various EPS entities.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Summary table showing totals for Private, Public, and Mixed operations, including columns for debt amount, percentage of age, and total comparative percentage.

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

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

La deuda de la NUEVA EPS de carácter mixta alcanzó un monto superior a los \$ 2,4 millones de pesos aproximados, lo que representa el 30,4 % frente al total de deuda de todo el régimen contributivo (0,5 puntos porcentuales más frente a la participación de toda la deuda del corte a diciembre de 2022). De igual modo, registra un 43,3 % de cartera morosa frente al 42,6 % de la deuda en mora reportada en el periodo a diciembre de 2022.

En el Gráfico número 4º se observa un total de 9 empresas del régimen contributivo en operación, con sus respectivos concentraciones de cartera mayor a 60 días, ordenado por la población afiliada que reporta cada entidad a junio de 2023 en este régimen; dichas entidades concentran el 95,9 % de afiliados del contributivo (superior a los 22,2 millones de afiliados a nivel nacional). La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra como la NUEVA EPS41 (4,8 millones aproximados en el régimen contributivo), presenta para este periodo un porcentaje de cartera morosa del 43,3 %.

40 La ordenación del Gráfico 4 por entidad deudora, obedece al número de afiliados por EPS, según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SSD) - RUAF Afiliados a Salud con corte a junio de 2023, y estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a Junio de 2023.

41 A Junio 30 de 2023 dicha entidad reporta más de 10,4 millones de afiliados entre contributivo y subsidiado según la BDUA del Minsalud.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

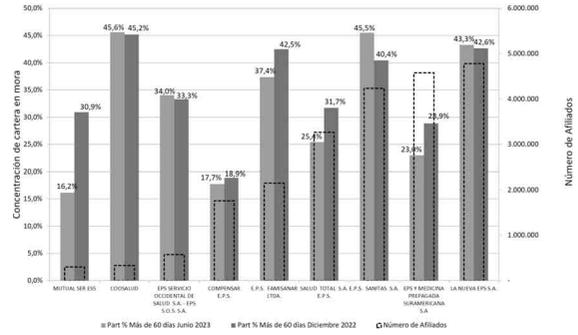
Las empresas que le siguen con mayor número de afiliados son: **SURA EPS** con 4.6 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 23,0 % frente al 28,9 % a diciembre de 2022), **EPS SANITAS** con más de 4.2 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 45,5 % frente al 40,4 % a diciembre de 2022), **SALUD TOTAL** con cerca de 3.3 millones de afiliados (cartera morosa del 25,4 % frente al 31,7 % a diciembre de 2022) y **FAMISANAR EPS SAS** con más de 2.1 millones (cartera morosa del 37,4 % frente al 42,5 % a diciembre de 2022). Estas cinco entidades mencionadas anteriormente, concentran el 82,1 % de afiliados de todo el Régimen Contributivo (superior a los 19.0 millones de afiliados).

Adicionalmente, se debe hacer una mención especial a entidades como **MUTUAL SER ESS**, **COMPENSAR** y **ALIANSA SALUD**, que concentran entre las tres el 9,9 % de afiliados de todo el régimen contributivo (más de 2.3 millones) y a su vez presentan unas concentraciones de cartera morosa inferiores al 23 % (16,2 %, 17,7 % y 22,5 % respectivamente) dentro del régimen contributivo.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Gráfico 4
 Composición por número de afiliados y cartera mayor de 60 días de entidades del R-Contributivo. SIN INCLUIR EL "DETERIORO"
 Junio 30 de 2023 Vs Diciembre 31 de 2022



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera y población afiliada según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - RUAF Afiliados a Salud con corte a Junio de 2023. Ministerio de Salud y Protección Social.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3.2.3. Entes Territoriales

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

A junio 30 de 2023 el monto total adeudado es de \$ 729.530 millones sin deterioro (incremento de \$ 16.433 millones frente a los \$ 713.097 millones registrados a diciembre de 2022). Esta categoría representa el 4,5 % de la deuda total con respecto a los más de \$ 16.0 billones registrados durante este corte (reducción de 0,6 puntos porcentuales frente a la participación reportada a diciembre de 2022. Ver Cuadro 3). Este monto corresponde a la deuda agregada de treinta y dos departamentos, incluyendo el Distrito Capital, más el conjunto de municipios reportados. (Ver Cuadro 5).

Por otro lado, la concentración de la cartera en mora correspondiente a 60 días y más, presenta una disminución pasando de un 82,3 % en diciembre pasado, a un 77,0 % en el presente corte (diferencia de 5,3 puntos porcentuales). Por su parte, la cifra absoluta de cartera en mora para este tipo de deudor se redujo, pasando de \$ 587.122 millones en diciembre de 2022 a \$ 561.710 millones con corte a junio de 2023.

Al observar el Cuadro 5 podemos detallar que, para este semestre, el departamento de **NORTE DE SANTANDER** sigue liderando la cartera de los entes territoriales; específicamente presenta un endeudamiento total de \$ 166.098 millones, equivalente al 22,8 % de la deuda total de los Entes Territoriales (incremento de 2,3 puntos porcentuales en la participación de deuda total con respecto a la registrada en el corte a diciembre de 2022).

En cuanto al valor absoluto de la cartera total para dicho departamento, esta se incrementó en \$ 20.296 mil millones en el último semestre. Por su parte, la concentración de cartera mayor a 60 días disminuyó, pasando del 83,0 % al 80,4 % en el actual semestre (reducción de 2,6 puntos porcentuales).

Adicionalmente y por monto total de deuda absoluta, el distrito capital **BOGOTÁ D.C.**, la categoría **OTROS MUNICIPIOS** y el departamento del **VALLE DEL CAUCA**, presentan los máximos volúmenes de deuda (suman un total de más de \$ 258 mil millones entre las tres), con una participación del 35,4 % sobre el total de deuda de los Entes Territoriales y una concentración de cartera morosa promedio del 75,9 % a junio de 2023. Por su parte, los antiguos territorios nacionales o corregimientos departamentales como **GUAINÍA**, **VAUPÉS** y **VICHADA**, son los que presentan los menores saldos de deuda total.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 5
 Cartera de los entes territoriales por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)
 A Junio 30 de 2023
 SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Ente Territorial Deudor	A 30 días más cte		De 31 a 60 días		De 61 a 90 días		Más de 91 días		TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
	Miles de \$	Part % edad	Miles de \$	Part % edad	Miles de \$	Part % edad	Miles de \$	Part % edad		Jun 2023	Dic 2022
NORTE DE SANTANDER	25.090.884	15,1%	7.496.104	4,5%	1.287.705	0,8%	132.222.627	79,6%	166.098.320	22,8%	20,4%
BOGOTÁ D.C.	38.709.014	31,1%	4.263.763	3,4%	5.331.696	4,3%	76.262.618	61,2%	124.567.091	17,1%	15,9%
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	11.704.936	17,3%	1.964.217	2,9%	1.287.890	1,9%	52.660.093	77,9%	67.617.135	9,3%	11,5%
VALLE DEL CAUCA	9.045.491	13,7%	2.681.664	4,1%	1.195.545	1,8%	53.234.650	80,5%	66.157.350	9,1%	8,5%
ANTIOQUÍA	21.095.839	36,1%	2.661.150	4,5%	2.760.651	4,7%	31.984.663	54,7%	58.502.303	8,0%	9,1%
BOYACÁ	1.467.028	4,7%	296.093	1,0%	324.464	1,0%	28.820.936	93,2%	30.908.521	4,2%	4,3%
CUNDINAMARCA	3.372.173	15,0%	173.866	0,8%	145.178	0,6%	18.828.065	83,6%	22.519.283	3,1%	3,2%
CÓRDOBA	342.950	1,8%	99	0,0%	2.786	0,0%	19.205.079	98,2%	19.550.914	2,7%	2,8%
NARIÑO	689.266	4,8%	179.910	1,2%	528.228	3,4%	14.077.603	91,0%	15.475.006	2,1%	2,1%
RISARALDA	6.587.455	44,5%	2.555.511	17,3%	1.768.082	11,9%	3.897.996	26,3%	14.809.045	2,0%	1,2%
HUILA	3.823.606	27,2%	1.057.159	7,5%	1.423.681	10,1%	7.764.115	55,2%	14.068.561	1,9%	2,4%
SANTANDER	3.924.637	28,8%	477.171	3,5%	509.016	3,7%	8.736.864	64,0%	13.647.689	1,9%	1,6%
ATLÁNTICO	5.544.405	42,6%	8.197	0,1%	376.743	2,9%	7.074.459	54,4%	13.003.805	1,8%	1,6%
BOLÍVAR	315.896	2,4%	234.919	1,8%	92.529	0,7%	12.250.566	95,0%	12.893.910	1,8%	2,1%
QUINDÍO	569.157	5,3%	287.084	2,7%	201.939	1,9%	9.688.740	90,2%	10.746.920	1,5%	1,4%
CAUCA	433.567	4,5%	94	0,0%	850	0,0%	9.207.209	95,5%	9.641.721	1,3%	1,3%
SUCRE	2.703.219	28,3%	4.431	0,0%	19.765	0,2%	6.836.303	71,5%	9.565.719	1,3%	1,4%
LA GUAJIRA	133.063	1,4%	210.956	2,3%	45.975	0,5%	8.910.251	95,8%	9.300.245	1,3%	1,2%
TOLIMA	1.553.976	16,9%	639.000	7,0%	428.581	4,7%	6.558.613	71,4%	9.180.170	1,3%	1,2%
CALDAS	1.866.374	21,9%	212.053	2,5%	122.649	1,4%	6.336.870	74,2%	8.537.947	1,2%	1,8%
MAGDALENA	273.073	4,5%	-	0,0%	7.254	0,1%	5.750.442	95,4%	6.030.769	0,8%	0,9%
META	889.512	17,7%	341.208	6,8%	46.730	0,9%	3.739.265	74,5%	5.016.715	0,7%	0,8%
CHOCÓ	118.344	2,4%	-	0,0%	-	0,0%	4.781.123	97,6%	4.899.466	0,7%	0,3%
ARAUCA	8.424	0,2%	51.321	1,4%	24.055	0,6%	3.709.807	97,8%	3.793.608	0,5%	0,5%
CESAR	187.018	5,1%	4.868	0,1%	4.832	0,1%	3.480.765	94,7%	3.677.482	0,5%	0,5%
PUTUMAYO	325.306	15,6%	27.632	1,3%	85.323	4,1%	1.649.452	79,0%	2.087.713	0,3%	1,0%



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Ente	Valor	Part %	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	Más de 91 días	Part %	TOTAL	Part %
AMAZONAS	128.742	6,8%	-	0,0%	1.832.716	93,4%	1.961.457	0,3%
CAQUETÁ	31.246	2,3%	-	0,0%	1.342.959	97,7%	1.374.205	0,2%
CASANARE	41.115	3,9%	-	0,0%	1.002.450	96,1%	1.043.566	0,1%
SAN ANDRÉS ISLAS	475.011	50,8%	-	0,0%	459.564	49,2%	934.574	0,1%
GUAVIARE	37.325	4,1%	223.474	24,3%	657.367	71,6%	918.165	0,1%
VICHADA	213.691	53,6%	-	0,0%	184.969	46,4%	398.660	0,1%
VAUPÉS	54.015	17,3%	-	0,0%	258.164	82,7%	312.179	0,0%
GUAJIRÁ	12.273	4,2%	-	0,0%	280.141	95,8%	292.415	0,0%
TOTAL	141.768.030	19,4%	26.051.945	3,6%	18.023.149	2,5%	543.687.506	74,5%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIF

Ente Territorial Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Miles de \$ y participación %		
										Part % TOTAL	Jun 2023	Dic 2022
NORTE DE SANTANDER	25.090.884	15,6%	7.496.104	4,7%	1.288.705	0,8%	126.965.548	78,9%	160.841.241	30,4%	29,0%	
BOGOTÁ D.C.	38.571.067	43,6%	4.228.816	4,8%	5.322.765	6,0%	40.279.000	45,6%	88.401.648	16,7%	14,8%	
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	11.606.760	21,8%	1.904.100	3,6%	1.227.133	2,3%	38.556.314	72,3%	53.294.307	10,1%	10,8%	
ANTIOQUÍA	20.222.648	43,2%	2.159.427	4,6%	2.333.947	5,0%	22.071.547	47,2%	46.787.569	8,9%	10,7%	
VALLE DEL CAUCA	7.801.834	24,8%	2.250.070	7,2%	963.790	3,1%	20.428.426	65,0%	31.444.120	5,9%	5,1%	
BOYACÁ	1.467.028	7,5%	296.093	1,5%	324.464	1,7%	17.490.227	89,3%	19.577.812	3,7%	3,8%	
RISARALDA	6.586.717	47,5%	2.555.510	18,4%	1.763.816	12,7%	2.950.236	21,3%	13.856.280	2,6%	1,6%	
CUNDINAMARCA	3.350.870	26,0%	143.379	1,1%	145.178	1,1%	9.268.382	71,8%	12.907.810	2,4%	2,7%	
HUILA	3.823.118	30,8%	1.057.159	8,5%	1.421.433	11,4%	6.119.257	49,3%	12.420.967	2,3%	3,0%	
SANTANDER	3.924.637	39,6%	477.153	4,8%	509.016	5,1%	4.993.221	50,4%	9.904.028	1,9%	1,6%	
ATLÁNTICO	5.507.094	60,7%	7.978	0,1%	102.072	1,1%	3.452.521	38,1%	9.069.655	1,7%	1,4%	
NARIÑO	687.506	7,9%	179.910	2,1%	528.228	6,1%	7.316.437	84,0%	8.712.081	1,6%	1,7%	
CÓRDOBA	342.950	4,8%	-	0,0%	2.786	0,0%	6.746.240	95,1%	7.091.977	1,3%	1,6%	
BOLIVAR	277.541	3,9%	126.996	1,8%	54.921	0,8%	6.620.723	93,5%	7.080.181	1,3%	1,9%	
SUCRE	2.703.219	40,9%	4.431	0,1%	19.765	0,3%	3.883.538	58,7%	6.610.954	1,3%	1,4%	
TOLIMA	1.553.976	25,9%	636.541	10,6%	428.581	7,1%	3.386.571	56,4%	6.007.669	1,1%	1,1%	
CALDAS	1.864.862	31,1%	212.053	3,5%	122.649	2,0%	3.790.940	63,3%	5.990.504	1,1%	1,9%	
QUINDÍO	568.832	9,6%	287.084	4,8%	201.939	3,4%	4.885.916	82,2%	5.943.771	1,1%	0,9%	
LA GUAJIRA	3,8%	6,1%	1,3%	88,8%	0,7%	0,6%						



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

revocatoria total de autorización de funcionamiento ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud de la EPS COMFACOR⁴², la cual pasa a la categoría "privado en liquidación", con una deuda total a la fecha de \$ 22.038 millones, al igual que la EPS EMDISALUD⁴³ que fue intervenida para liquidar con una deuda total de \$ 99.657 millones y una concentración morosa del 100,0%. Durante los dos últimos años, la Superintendencia ordenó la liquidación de AMBUO ESS⁴⁴, COMFAMILIAR CARTAGENA⁴⁵, COMFACUNDI⁴⁶, COMPARTA y COMFAMILIAR GUAJIRÁ⁴⁷ por lo cual para este periodo aparecen en dicha categoría, al igual que la EPS COMFAMILIAR NARIÑO⁴⁸ quien se sometió a retiro voluntario y el caso ya referenciado de MEDIMAS EPS SAS. Por último, tenemos que en este grupo también se incluye la más reciente liquidación en el año 2022 de la EPS COMFAMILIAR HUILA⁴⁹, con una deuda total a la fecha de \$ 128.172 millones y una concentración morosa del 100,0% y en el año 2023 la liquidación de ECOPOSOS ESS⁵⁰ con una deuda total a la fecha de \$ 190.963 millones y una concentración morosa del 100,0%.

Se tiene la novedad que el programa de salud de CAJACOP⁵¹ anunció el inicio operaciones como una EPS el pasado 1 de diciembre de 2022. Este cambio es el resultado de la aprobación del Plan de Reorganización Institucional (PRI), por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicha entidad tiene una deuda de \$ 141.021 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 50,1% a junio de 2023.

En el presente estudio, las tres EPS-S privadas en operación (dos de ellas intervenidas para administrar) que mayor deuda total reportan son: EMSSANAR, ASMET SALUD y CAJACOP, con un nivel de endeudamiento total (entre las tres) de \$ 942.052 millones, equivalente al 26,7% de participación sobre la deuda de todo el régimen subsidiado y unas concentraciones de cartera morosa del (53,7%, 44,3% y 50,1% respectivamente).

Por el lado de las EPS públicas, CONVIDA pasa a ser la EPS en liquidación⁵² por orden de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2022, como la mayor entidad deudora con un acumulado registrando de \$ 176.935 millones y una concentración de cartera morosa del 100,0% a junio de 2023.

42 Resolución N° 000299 del 31 de enero de 2019. Superintendencia Nacional de Salud. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/les-co/Noticias/listanoticias/superintendencia-revo-y-ordena-liquidar-programa-de-salud-de-comfacor>
43 Resolución 8929 del 02 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia
44 Resolución N° 1214 del 8 de febrero de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.
45 Resolución N° 12754 del 6 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.
46 Resolución N° 12645 del 5 de noviembre de 2020. Superintendencia Nacional de Salud.
47 Resolución N° 2022320000007627 - 6 del 3 de noviembre de 2022. Superintendencia Nacional de Salud.
48 Resolución N° 006761 del 28 de junio de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.
49 Resolución N° 5521-6 del 6 de agosto de 2022. Superintendencia Nacional de Salud.
50 Resolución 20233200300232-6 del 12 de abril de 2023. Superintendencia Nacional de Salud.
51 La aprobación del PRI que transforma al programa de salud de CAJACOP en CAJACOP EPS quedó consignado en la Resolución N° 202231001005241-6 de la Superintendencia Nacional de Salud. Luego de ello, se presentó un cronograma de implementación y los soportes de perfeccionamiento del PRI ante el ente de vigilancia y control. Una de las grandes ventajas de CAJACOP como EPS es su permanencia por 10 años más en el sistema de salud, caracterizándose por ser una de las empresas del aseguramiento más grandes del régimen subsidiado con 1.470.000 afiliados en los departamentos de Boyacá, Meta, Atlántico, Bolívar, Magdalena, Sucre, Córdoba, La Guajira y Cesar. Como parte del proceso de reorganización, CAJACOP debió escindir la totalidad de sus activos y pasivos a la que será la nueva EPS, así como sus afiliados, el modelo de atención, la red prestadora, los contratos y empleados que harán parte de la empresa promotora.
52 Resolución N° 2022320030005874-6 del 14 de septiembre de 2022. Superintendencia Nacional de Salud.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Ente	Valor	Part %	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	Más de 91 días	Part %	TOTAL	Part %
AMAZONAS	128.742	22,5%	-	0,0%	442.664	77,5%	571.405	0,1%
CAQUETÁ	31.246	5,9%	-	0,0%	494.508	94,1%	525.754	0,1%
GUAVIARE	37.325	7,7%	223.474	46,0%	224.877	46,3%	488.675	0,1%
SAN ANDRÉS ISLAS	475.011	98,5%	-	0,0%	7.157	1,5%	482.168	0,1%
CASANARE	41.115	9,8%	-	0,0%	376.875	90,2%	417.991	0,1%
VICHADA	213.691	74,7%	-	0,0%	72.296	25,3%	285.987	0,1%
VAUPÉS	54.015	52,3%	-	0,0%	48.943	47,5%	102.958	0,0%
GUAJIRÁ	12.273	13,5%	-	0,0%	78.536	86,5%	90.809	0,0%
TOTAL	139.168.701	26,3%	24.884.357	4,7%	16.858.790	3,2%	347.632.756	65,8%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.
Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran únicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de difícil cobro".

3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado – EPS-S

Para este tipo de deudor, el monto adeudado supera los \$ 3.5 billones sin deterioro, que corresponde al 21,9% de la cartera total del presente estudio (Ver Cuadros 3 y 6). La cartera en mora de las EPS-S del régimen subsidiado suma un valor de más de \$ 2.1 billones de pesos (60 días y más) y concentra el 60,8%, inferior en 0,6 puntos porcentuales en comparación a la concentración en mora mayor a 60 días registrada al 31 de diciembre de 2022.

Por su parte, las EPS-S privadas en operación suman \$ 1.5 billones aproximados, equivalente al 42,2% de la cartera total del régimen subsidiado con corte a junio de 2023, inferior en 3,1 puntos porcentuales frente a la participación total del semestre anterior (45,3%).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta inicial y posterior intervención para liquidar de CAFESALUD EPS, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100,0% y su deuda (más de \$ 35 mil millones) aparece referenciado en la categoría "privado en liquidación". Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio origen la creación de una nueva denominada MEDIMAS EPS SAS de naturaleza privada e igualmente intervenida para liquidar en el año 2022. Su deuda al 30 de junio de 2023 está en el orden de los \$ 99 mil millones aproximados y una concentración morosa del 100,0%. Por otro lado, tenemos la



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Es necesario recordar que actualmente CONFAMA en alianza con el sector público (la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia), opera la llamada ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUÍA EPS⁵³ S.A.S (más conocida como SAVIA SALUD⁵⁴ EPS). Por lo anterior, se puede observar un significativo monto total de deuda de esta entidad por valor de \$ 486.591 millones, donde el 32,8% corresponde a cartera en mora (superior en 1,9 puntos porcentuales con respecto a diciembre de 2022). A su vez esta entidad de carácter mixto concentra el 13,8% de toda la deuda del régimen subsidiado para este corte, siendo la mayor deudora de todo el régimen subsidiado en los últimos quince estudios consecutivos, desde que la EPS pública CAPRECOM⁵⁵ fue liquidada⁵⁶.

En esta clasificación tenemos igualmente a la NUEVA EPS⁵⁷ de carácter mixta, a partir de su obtención de habilitación para operar en el régimen subsidiado desde diciembre de 2015, con un monto actual de deuda total de \$ 199.125 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 39,8% a junio de 2023.

Por último, se debe mencionar también que las EPS COMFABOY⁵⁸ y MANEXKA EPS⁵⁹ (la primera por liquidación voluntaria, la segunda por orden de la Superintendencia Nacional de Salud), pasaron igualmente a la categoría "privado en liquidación".

Cuadro 6
Deuda de las EPS del régimen subsidiado por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)
A Junio 30 de 2023

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	Miles de \$ y participación %		
										TOTAL	Part % TOTAL	Jun 2023
PRIVADO EN OPERACIÓN	EMSSANAR ESS	165.072.908	36,4%	44.838.378	9,9%	50.328.025	11,1%	193.573.438	42,7%	453.820.746	12,9%	12,8%
	ASMET SALUD ESS	151.597.325	43,7%	41.946.625	12,1%	32.630.991	9,4%	121.034.873	34,9%	347.209.814	9,9%	9,5%

53 En 2012 se da la autorización para su creación mediante el Acuerdo Municipal No.55 de 2012 y la Ordenanza Departamental No.39 de 2012. El 27 de marzo de 2013 dicha autorización se materializó en la Asamblea de Constitución, en la cual accoge la razón social ALIANZA MEDELLÍN-ANTIOQUÍA EPS SAS. El 1 de mayo comienza operaciones y el 15 de julio, después de la publicación en la Gaceta Oficial de Superintendencia de Industria y Comercio, adopta la marca y recibe el nombre de SAVIA SALUD EPS.
54 Savia Salud es una Entidad Promotora de Salud para el régimen subsidiado que tiene operación actual en 116 municipios de Antioquia. Savia Salud es una EPS mixta resultado de una alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Confama, nuestro operador". Tomado de la página oficial En: https://www.saviasalud.com/follow/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit
55 El Gobierno Nacional, a través del Decreto 2519 del 28 de Diciembre del 2015, dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública.
56 A julio de 2021 se había hecho efectivo el pago por parte del gobierno nacional, del Acuerdo de Punto Final por valor de \$514 mil millones de pesos de la liquidación final de dicha EPS. <https://www.supersalud.gov.co/les-co/Noticias/listanoticias/liquidacion-de-caprecom>
57 LA NUEVA EPS recibió un porcentaje de los afiliados pertenecientes a la EPS del Régimen subsidiado CAPRECOM, luego de la liquidación de esta última en el mes de diciembre del año 2015 y mediante la Resolución N° 002664 del 17 de Diciembre de 2015 expedida por la Superintendencia, la cual habilita a la NUEVA EPS para operar en este régimen.
58 Retiro dado efectivamente a partir del 1 de octubre de 2017. Resolución 2916 de 25 de agosto de 2017. El día 19 de abril de 2018 se expidió la Resolución N° 002, mediante la cual la Liquidadora del PROGRAMA DE SALUD EPS S EN LIQUIDACIÓN OPERADO POR COMFABOY, procedió a la determinación, calificación y graduación de derechos y obligaciones a cargo del ente en liquidación, con fundamento en las disposiciones legales allí indicadas. Ver: <http://www.comfapoboy.gov.co/les-co/Noticias/listanoticias/liquidacion-voluntaria-eps>
59 Resolución 0527 de 27 de marzo de 2017 y Sentencia T-103 de 2018. Superintendencia ordena liquidación de la EPS indígena Manexka. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/les-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-liquidacion-de-la-eps-indigena-manexka>



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2022 (cifras en miles de pesos \$)

Entidad	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	
CAJACORI	58.194.577	41,3%	12.194.613	8,6%	8.103.842	5,7%	62.528.841	44,3%	141.021.872	4,0%	3,4%
COOSALUD	58.619.382	43,0%	16.223.228	12,0%	12.741.204	9,5%	47.128.692	35,0%	134.712.988	3,8%	3,1%
MUTUAL SER ESS	91.398.887	68,6%	15.289.417	11,5%	7.055.664	5,3%	19.560.916	14,7%	133.304.884	3,8%	3,1%
A.I.C. EPSI	57.823.053	59,9%	11.194.590	11,8%	5.173.440	5,4%	22.387.546	23,2%	96.578.888	2,7%	2,7%
MALLAMAS EPSI	26.087.105	45,8%	4.038.917	7,1%	2.766.622	4,9%	24.033.695	42,2%	56.926.339	1,6%	1,7%
PIAJO SALUD EPSI	8.900.794	20,5%	3.344.058	7,7%	3.101.528	7,2%	27.879.624	64,6%	43.305.994	1,2%	1,2%
COMFACORIENTE	24.597.134	68,3%	2.903.560	8,1%	951.886	1,9%	7.973.260	22,1%	36.026.870	1,0%	0,8%
COMFACHOCO	18.161.981	71,0%	448.308	1,8%	777.737	3,0%	6.187.565	24,2%	25.575.591	0,7%	0,6%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA (COMFASUCRE)	4.385.088	44,3%	298.321	3,0%	517.639	5,2%	4.700.122	47,5%	9.901.171	0,3%	0,3%
ANAS WAYUJU EPSI	3.435.725	82,0%	616.409	14,7%	57.822	1,4%	80.781	1,9%	4.190.537	0,1%	0,2%
DUSAKAWI EPSI	1.138.874	29,1%	364.686	9,3%	109.663	2,8%	2.301.709	58,8%	3.915.032	0,1%	0,1%
CCF SIN ESPECIFICAR	309.620	76,8%	2.984	0,7%	7.925	2,0%	82.587	20,5%	403.096	0,0%	0,0%
TOTAL PRIVADO EN OPERACION	669.722.541	45,0%	153.762.483	10,3%	123.933.788	8,3%	539.553.626	36,3%	1.488.912.438	42,2%	45,3%
PUBLICO EN OPERACION	3.743.289	13,0%	2.074.412	7,2%	2.141.824	7,5%	20.733.585	72,3%	38.693.111	0,9%	1,0%
TOTAL PUBLICO EN OPERACION	3.743.289	13,0%	2.074.412	7,2%	2.141.824	7,5%	20.733.585	72,3%	38.693.111	0,9%	1,0%
MIXTA EN OPERACION	279.359.182	57,4%	47.584.369	9,8%	39.438.820	8,1%	120.188.702	24,7%	486.591.052	13,8%	13,7%
TOTAL MIXTA EN OPERACION	279.359.182	57,4%	47.584.369	9,8%	39.438.820	8,1%	120.188.702	24,7%	486.591.052	13,8%	13,7%
TOTAL EN OPERACION	949.784.533	58,8%	186.245.899	10,5%	161.789.205	7,0%	669.874.240	25,2%	1.975.196.601	23,2%	21,8%
PRIVADO EN LIQUIDACION	465.748.534	56,8%	86.245.899	10,5%	61.789.205	7,0%	206.874.240	25,2%	820.628.879	23,2%	21,8%
ECOPROESS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	190.963.920	100,0%	190.963.920	5,4%	5,4%		
COMFAMILAR HUJIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	128.172.974	100,0%	128.172.974	3,6%	3,4%		
COMPARTIA ESS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	108.465.126	100,0%	108.465.126	3,1%	3,1%		
EMDISALUD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	99.657.853	100,0%	99.657.853	2,8%	3,3%		
MEDEMAS EPS SAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	99.574.621	100,0%	99.574.621	2,8%	3,0%		
AMBIO ESS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	60.807.858	100,0%	60.807.858	1,7%	2,0%		
COMFAMILAR NARIÑO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	58.023.682	100,0%	58.023.682	1,6%	2,1%		
COMFACUNDI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	43.090.456	100,0%	43.090.456	1,2%	1,3%		
SALUDVIDA EPS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	38.280.535	100,0%	38.280.535	1,1%	1,7%		
COMFAMILAR CARTAGENA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	36.297.486	100,0%	36.297.486	1,0%	1,2%		
CAFESALUD EPS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	35.886.016	100,0%	35.886.016	1,0%	1,0%		
COMFACOR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23.038.973	100,0%	23.038.973	0,7%	0,7%		
COMFAMILAR GUIAIRA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9.992.366	100,0%	9.992.366	0,3%	0,3%		
COMFAMA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5.458.887	100,0%	5.458.887	0,2%	0,2%		
MANEXXA EPSI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3.841.332	100,0%	3.841.332	0,1%	0,1%		



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Entidad	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%
COLSUBSIDIO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.950.804	100,0%	1.950.804	0,1%	0,1%	
COMFAMILAR CAJACORI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.764.547	100,0%	1.764.547	0,1%	0,1%	
CAFAMA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.350.580	100,0%	1.350.580	0,0%	0,0%	
COMFABOY	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	204.388	100,0%	204.388	0,0%	0,0%	
COMFAMORTE-FAMILASALUD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	157.000	100,0%	157.000	0,0%	0,0%	
COMFENALCO TOLIMA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	148.888	100,0%	148.888	0,0%	0,0%	
CAFABA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	82.576	100,0%	82.576	0,0%	0,0%	
OTRAS EPS DEL R. SUB-ENLIG	1.996	2,5%	0,0%	0,0%	78.134	97,5%	80.129	0,0%	0,0%	
CAJASALUD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	73.455	100,0%	73.455	0,0%	0,0%	
HUMANIA VIVIR EPS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30.403	100,0%	30.403	0,0%	0,0%	
COMFENALCO QUINDIO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20.197	100,0%	20.197	0,0%	0,0%	
COMFENALCO SANTANDER	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2.285	100,0%	2.285	0,0%	0,0%	
COMFENALCO CUNDINAMARCA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.013	100,0%	1.013	0,0%	0,0%	
CAJASAN	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	505	100,0%	505	0,0%	0,0%	
COMFENALCO ANTIOQUIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
SOLSALUD EPS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACION	1.996	0,0%	-	0,0%	945.516.827	100,0%	945.516.823	26,8%	23,2%	
CONVIDA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	176.935.393	100,0%	176.935.393	5,0%	7,0%	
CAPRECOM	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	96.143.065	100,0%	96.143.065	1,6%	1,6%	
SELVASALUD EPS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3.285.610	100,0%	3.285.610	0,1%	0,1%	
CAJASALUD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.872.889	100,0%	1.872.889	0,1%	0,1%	
EPS CONDOR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.796.516	100,0%	1.796.516	0,1%	0,1%	
TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACION	-	0,0%	-	0,0%	240.033.473	100,0%	240.033.473	6,8%	6,8%	
TOTAL	1.139.216.360	32,3%	242.822.794	6,9%	1.873.035.819	53,9%	1.863.711.752	55,9%	3.922.798.724	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIF (Miles de \$ y participación %)

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más de	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
											Jun 2022	Dic 2022
PRIVADO EN OPERACION	EMSSANAR ESS	153.309.460	39,4%	41.586.233	10,7%	43.643.598	11,2%	150.899.019	38,7%	389.437.309	15,0%	14,5%
	OTRAS EPS DEL R. SUB-ENLIG	145.867.476	51,3%	38.269.821	13,4%	26.881.461	9,4%	73.559.897	25,8%	284.578.655	11,0%	10,7%
	MUTUAL SER ESS	90.941.398	70,5%	14.843.413	11,5%	6.925.088	5,4%	16.281.660	12,6%	128.961.359	5,0%	4,1%
	CAJACORI	57.937.717	45,5%	11.932.873	9,4%	7.881.504	6,2%	49.574.103	38,9%	127.398.198	4,9%	4,2%
	COOSALUD	58.448.227	47,2%	16.166.152	13,1%	12.685.451	10,2%	36.596.734	29,5%	123.896.564	4,8%	3,0%
	A.I.C. EPSI	57.576.367	64,1%	10.373.904	11,6%	4.977.866	5,5%	16.870.109	18,8%	89.788.247	3,5%	3,6%



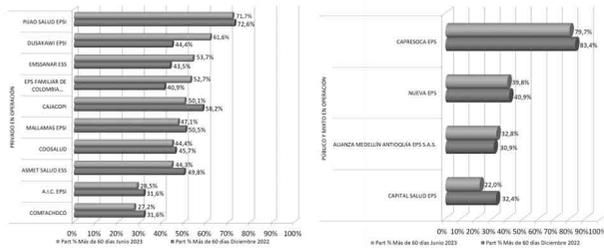
ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Entidad	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	Saldo	%	
MALLAMAS EPSI	26.061.160	53,3%	4.034.808	8,3%	2.666.705	5,5%	16.117.118	33,0%	48.879.791	1,9%	2,0%
PIAJO SALUD EPSI	8.895.064	24,3%	3.340.557	9,1%	3.074.973	8,4%	21.265.837	58,1%	36.576.431	1,4%	1,4%
COMFACORIENTE	24.592.506	69,0%	2.900.952	8,1%	533.039	1,5%	7.996.005	21,3%	35.612.502	1,4%	1,1%
COMFACHOCO	18.930.615	73,8%	251.514	1,1%	715.298	3,1%	5.030.305	21,9%	22.925.732	0,9%	0,9%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA (COMFASUCRE)	4.359.026	50,1%	295.020	3,4%	515.543	5,9%	3.523.821	40,5%	8.893.389	0,3%	0,4%
ANAS WAYUJU EPSI	3.428.323	82,5%	600.824	14,5%	57.199	1,4%	70.617	1,7%	4.156.962	0,2%	0,2%
DUSAKAWI EPSI	1.136.952	33,9%	359.546	10,7%	108.556	3,2%	1.753.114	52,2%	3.358.167	0,1%	0,1%
CCF SIN ESPECIFICAR	298.341	90,0%	2.984	0,7%	7.925	2,4%	22.316	6,7%	331.565	0,0%	0,0%
TOTAL PRIVADO EN OPERACION	649.772.810	49,2%	144.957.601	11,1%	110.652.206	8,5%	399.120.454	30,8%	1.304.502.871	50,4%	53,2%
PUBLICO EN OPERACION	3.685.616	18,6%	2.068.900	10,4%	2.136.156	10,8%	11.918.609	60,2%	19.809.281	0,8%	0,7%
TOTAL PUBLICO EN OPERACION	3.685.616	18,6%	2.068.900	10,4%	2.136.156	10,8%	11.918.609	60,2%	19.809.281	0,8%	0,7%
MIXTA EN OPERACION	249.787.937	60,2%	40.094.854	9,7%	35.084.804	8,5%	89.750.289	21,6%	414.717.984	16,0%	16,0%
TOTAL MIXTA EN OPERACION	249.787.937	60,2%	40.094.854	9,7%	35.084.804	8,5%	89.750.289	21,6%	414.717.984	16,0%	16,0%



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Gráfico 5
 Composición de cartera mayor de 60 días de entidades del R-Subsidiado. SIN INCLUIR EL "DETERIORO"
 Junio 30 de 2023 Vs Diciembre 31 de 2022



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3.2.5. Principales deudores por cartera de 60 días y más

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

- Las principales entidades deudoras por participación relativa de la cartera mayor a 60 días "SIN INCLUIR EL DETERIORO" (59,5% a junio de 2023 vs el 57,6% del semestre anterior) presentaron un incremento de 1,9 puntos porcentuales. El monto de cartera morosa de las primeras diez entidades del ranking, por valor de 4.3 billones, es superior en más de \$ 495 mil millones con respecto a diciembre de 2022.
- Se agrega adicionalmente, que la totalidad de la cartera SIN DETERIORO de estas entidades a junio 30 de 2023 suma un total de más de \$ 7.3 billones aproximados (45,1% del total de los más de \$ 16.0 billones presentados en el siguiente informe), lo cual es bastante representativo para referenciar a los mayores poseedores de deuda actual.

A continuación, se presenta el análisis tradicional de los 10 principales deudores al 30 de junio de 2023.

Cuadro 7
 Concentración de cartera de 60 días y más por los principales deudores
 A Junio 30 de 2023

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Entidad deudora	60 días y más	TOTAL	Concentración (%) de 60 días y más	
			Junio 2023	Diciembre 2022
1. NUEVA EPS (ambos regímenes)	1.124.977.375	2.614.897.177	43,0%	42,5%
2. MEDIMAS EPS SAS (liquidada ambos regímenes)	717.812.407	717.812.407	100,0%	100,0%
3. COOMEVA EPS (liquidada)	500.703.161	500.703.161	100,0%	100,0%
4. EPS SANTAS	409.161.041	899.233.093	45,5%	40,4%
5. CAFESALUD EPS (liquidada ambos regímenes)	356.884.266	356.884.266	100,0%	100,0%
6. OPERADOR FIDUCIARIO (extinto) Y ADRES	305.731.307	398.097.879	76,8%	81,5%
7. COOSALUD (ambos regímenes)	292.152.474	643.659.730	45,4%	45,3%
8. EMSANAR ESS (intervención para administrar)	243.911.463	453.820.746	53,7%	43,5%
9. ECOOPSOS ESS (liquidada)	190.963.920	190.963.920	100,0%	68,3%
10. FAMISANAR EPS	182.530.422	488.359.316	37,4%	42,5%
TOTAL	4.324.827.835	7.264.431.696	59,5%	57,6%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Respecto del informe a junio de 2023 (Ver Cuadro 7), la **NUEVA EPS** en operación, sigue encabezando el ranking con \$ 1.1 billón de pesos aproximados de cartera en mora y una concentración respectiva del 43,0% frente al 42,5% del corte anterior, seguida de la intervenida para liquidar **MEDIMAS EPS SAS**, con una deuda en mora de \$ 717.812 millones y una concentración del 100,0% a junio de 2023, en más de cuatro años de haber iniciado operaciones y después de haber sido liquidada finalmente en el año 2022.

En la tercera ubicación tenemos a la intervenida para liquidar **COOMEVA EPS** con \$ 500.703 millones de cartera morosa y una concentración del 100,0% a junio de 2023, debido al proceso liquidatorio. En la cuarta posición aparece la segunda entidad activa en operación, **EPS SANTAS** con un monto total de cartera morosa de \$ 409.161 millones y una concentración del 45,5% a junio de 2023.

La liquidada **CAFESALUD EPS**, con un total de cartera mayor más de 60 días de \$ 356.884 millones y una concentración del 100,0% por motivo de su venta y posterior intervención para liquidar, se ubica en la posición número 5.

El extinto **OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA** y el cual operó hasta julio de 2017, se ubica en la sexta posición del ranking, sumándole la deuda de la nueva entidad que pasó a reemplazarla; hablamos de la **ADRES**, ambas con un monto en conjunto de cartera en mora de \$ 305.731 millones y una concentración respectiva del 76,8% (inferior en 4,7 puntos) frente al 81,5% del corte anterior. Vale la pena precisar, que la concentración de cartera morosa de la nueva entidad **ADRES**, es del 69,1% (\$ 206.259 millones) a junio de 2023.

Por su parte, **COOSALUD EPS** en operación, con un monto total de cartera morosa de \$ 292.152 y una concentración del 45,4% se ubica en la séptima posición. En la octava posición se ubica la intervenida para administrar (toma de posesión) **EMSANAR ESS** con \$ 243.911 millones de vencimiento y una participación de cartera morosa del 53,7%. Posteriormente, aparece la recién liquidada **ECOOPSOS ESS** con \$ 190.963 millones de cartera en mora y una concentración del 100,0% a junio de 2023.

Finalmente, tenemos a **FAMISANAR EPS** en la décima posición, con \$ 182.530 millones de morosidad y una concentración del 37,4%.

Como es tradicional, es importante aclarar que la presente ordenación por entidad deudora, obedece estrictamente a la **cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2023**, en donde en su respectivo orden, la **NUEVA EPS** encabeza el listado, seguida de **MEDIMAS EPS SAS** y así sucesivamente tal y como se evidencia en el Cuadro número 8, puesto que si la ordenación se hiciera por la concentración (%) de cartera mayor a 60 días y más, el orden sería diferente: las primeras entidades serían las intervenidas para liquidar **MEDIMAS EPS SAS**, **COOMEVA** y **CAFESALUD EPS**.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
 50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

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

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

Vale aclarar que, para este corte, se ha decidido incluir las 14 EPS que a la fecha de elaboración de este estudio (agosto de 2023), presentan algún tipo de medida especial a saber:

- Intervención para liquidar (8) equivalente al 57,1%
- Intervención para administrar y/o toma de posesión (3) equivalente al 21,4%
- Vigilancia especial (2) equivalente al 14,3%
- Programa de recuperación (1) equivalente al 7,1%

Adicionalmente, consolida la información de las EPS que ya fueron liquidadas ya sea porque decidieron retirarse voluntariamente o por intervención de la Supersalud (proceso de intervención para liquidar). Estamos hablando de entidades como: **ECOOPSOS ESS**, **CAFESALUD EPS**, **COMFABOY**, **COMFAMILIAR NARIÑO**, **COMFACOR**, **CRUZ BLANCA**, **SALUDVIDA**, **EMDISALUD**, **COMFACUNDI**, **COMFAMILIAR CARTAGENA**, **COMFAMILIAR GUAJIRA**, **AMBUQ ESS**, **COMPARTA**, **COOMEVA EPS**, **MEDIMAS EPS SAS**, **COMFAMILIAR HUILA** y **CONVIDA**, entre otras y que a junio 30 de 2023 seguían presentando saldos de deuda por pagar.

En el Cuadro número 8, se puede apreciar que la deuda total de estas entidades SIN DETERIORO representa el 27,9% de la deuda total con corte a junio de 2023 (equivalente a cerca de \$ 4.5 billones) y que la deuda mayor a 60 días y más, representa el 42,8% de la deuda morosa total del presente estudio (o sea \$ 3.6 billones). El presente Cuadro guarda la ordenación frente a la **cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2023**.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 8
Concentración de cartera por entidades deudoras intervenidas, liquidadas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria, (ambos escenarios), Cartera Junio 30 de 2023

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Table with columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más de, Part % total, De 31 a 60 días, Part % total, De 61 a 90 días, Part % total, Más de 91 días, Part % total, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 8
Concentración de cartera por entidades deudoras intervenidas, liquidadas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria, (ambos escenarios), Cartera Junio 30 de 2023

Table with columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más de, Part % total, De 31 a 60 días, Part % total, De 61 a 90 días, Part % total, Más de 91 días, Part % total, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Table with columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más de, Part % total, De 31 a 60 días, Part % total, De 61 a 90 días, Part % total, Más de 91 días, Part % total, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total.

Fuente: ATIP, información que registra el 100% de las entidades.
Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 31 de Agosto de 2023. En:
https://www.supersalud.gov.co/web-content/entidades/eps-y-saludadoras



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGIA NIF

Table with columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más de, Part % total, De 31 a 60 días, Part % total, De 61 a 90 días, Part % total, Más de 91 días, Part % total, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Nº	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE REGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más de	Part % más de	De 31 a 60 días	Part % más de	De 61 a 90 días	Part % más de	Más de 91 días	Part % más de	TOTAL	Part % más de	60 días y más	Part % más de
25	GOLDEN GROUP EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2.428.299	100,0%	2.428.299	0,0%	2.428.299	100,0%
26	HUMANA VIVIR EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	1.238.452	33,7%	369.149	10,2%	489.100	13,5%	1.763.114	49,2%	3.859.815	100,0%	1.852.688	48,0%
27	EMSA SANAR EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.779.733	100,0%	1.779.733	0,0%	1.779.733	100,0%	
28	COLSALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.763.891	100,0%	1.763.891	0,0%	1.763.891	100,0%	
29	MANEXKA EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.637.465	100,0%	1.637.465	0,0%	1.637.465	100,0%	
30	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.603.426	100,0%	1.603.426	0,0%	1.603.426	100,0%	
31	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.563.889	100,0%	1.563.889	0,0%	1.563.889	100,0%	
32	HUMANA VIVIR EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.513.821	100,0%	1.513.821	0,0%	1.513.821	100,0%	
33	LA CLAYTON	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.494.427	100,0%	1.494.427	0,0%	1.494.427	100,0%	
34	CAJASALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.463.426	100,0%	1.463.426	0,0%	1.463.426	100,0%	
35	MANEQUINAS EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.393.426	100,0%	1.393.426	0,0%	1.393.426	100,0%	
36	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.323.426	100,0%	1.323.426	0,0%	1.323.426	100,0%	
37	CAJASALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.273.426	100,0%	1.273.426	0,0%	1.273.426	100,0%	
38	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.223.426	100,0%	1.223.426	0,0%	1.223.426	100,0%	
39	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.173.426	100,0%	1.173.426	0,0%	1.173.426	100,0%	
40	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.123.426	100,0%	1.123.426	0,0%	1.123.426	100,0%	
41	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.073.426	100,0%	1.073.426	0,0%	1.073.426	100,0%	
42	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1.023.426	100,0%	1.023.426	0,0%	1.023.426	100,0%	
43	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	973.426	100,0%	973.426	0,0%	973.426	100,0%	
44	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	923.426	100,0%	923.426	0,0%	923.426	100,0%	
45	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	873.426	100,0%	873.426	0,0%	873.426	100,0%	
46	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	823.426	100,0%	823.426	0,0%	823.426	100,0%	
47	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	773.426	100,0%	773.426	0,0%	773.426	100,0%	
48	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	723.426	100,0%	723.426	0,0%	723.426	100,0%	
49	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	673.426	100,0%	673.426	0,0%	673.426	100,0%	



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Nº	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE REGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más de	Part % más de	De 31 a 60 días	Part % más de	De 61 a 90 días	Part % más de	Más de 91 días	Part % más de	TOTAL	Part % más de	60 días y más	Part % más de
30	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	144	100,0%	144	0,0%	144	100,0%
51	HUMANA VIVIR EPS	REG. SUBSIDIADO	COLOMBIA	PRIVADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	133.989	100,0%	133.989	0,0%	133.989	100,0%
TOTAL					144.000	100,0%	133.989	100,0%	133.989	100,0%	133.989	100,0%	277.989	100,0%	277.989	100,0%
TOTAL CARTERA 207 IPS AFILIADAS A LA ACHC					1.864.993.126	22,2%	144.426.287	5,3%	129.334.219	5,3%	1.521.899.899	81,5%	2.486.823.242	100,0%	1.655.394.129	67,0%
Participación (%) afiliados a entidades deudoras (INTERVENIDAS, LIQUIDADAS EN VIGILANCIA ESPECIAL O EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL CARTERA 207 IPS					1.864.993.126	18,2%	144.426.287	5,3%	129.334.219	5,3%	1.521.899.899	81,5%	2.486.823.242	100,0%	1.655.394.129	67,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.
Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los "detenidos de cartera morosa por edades", los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en meses de edad opor".
Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 31 de Agosto de 2023. En: <https://www.supersalud.gov.co/riesgo/entidad/cifras-y-estadisticas>

A continuación se presenta la población afiliada a estas EPS que presentan algún tipo de medida especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o que han sido liquidadas voluntariamente, con su respectiva concentración de cartera en mora a junio 30 de 2023.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 9
Composición por número de afiliados y concentración de cartera mayor de 60 días a Junio 30 de 2023 Entidades deudoras intervenidas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Nº	Régimen de Afiliación	Entidad Deudora	Número de Afiliados R. CONTRIBUTIVO	Número de Afiliados R. SUBSIDIADO	Número de Afiliados R. EXCEPCIÓN	Número de Afiliados INPEC INTRAMURAL	Part % Más de 60 días Junio 2023
1	REG. SUBSIDIADO	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	127.735	1.554.974			30,9%
2	REG. SUBSIDIADO	AMBUQU ESS					100,0%
3	REG. SUBSIDIADO	ASMET SALUD ESS	92.991	1.891.661			44,3%
4	REG. SUBSIDIADO	CAFABA					100,0%
5	REG. SUBSIDIADO	CAFAM					100,0%
6	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	CAFESALUD EPS					100,0%
7	CONTRIBUTIVO	CAJANAL					100,0%
8	REG. SUBSIDIADO	CAJASALUD					100,0%
9	REG. SUBSIDIADO	CAJASAM					100,0%
10	REG. SUBSIDIADO	CALISALUD					100,0%
11	REG. SUBSIDIADO	CAPRECOM					100,0%
12	REG. SUBSIDIADO	CAPRESOCA EPS	20.279	156.530			79,7%
13	REG. SUBSIDIADO	COLSUBSIDIO					100,0%
14	REG. SUBSIDIADO	COMFABOY					100,0%
15	REG. SUBSIDIADO	COMFACOR					100,0%
16	REG. SUBSIDIADO	COMFACUNDI					100,0%
17	REG. SUBSIDIADO	COMFAMA					100,0%
18	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR CAMACOL					100,0%
19	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR CARTAGENA					100,0%
20	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR GUAJIRA					100,0%
21	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR HUILA					100,0%
22	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR NARIÑO					100,0%
23	REG. SUBSIDIADO	COMFAMILAR FAMILSALUD					100,0%
24	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	COMPENALCO ANTIOQUIA					100,0%
25	REG. SUBSIDIADO	COMPENALCO					100,0%
26	REG. SUBSIDIADO	COMPENALCO QUINDIO					100,0%
27	REG. SUBSIDIADO	COMPENALCO SANTANDER					100,0%
28	REG. SUBSIDIADO	COMPENALCO TOLIMA					100,0%
29	REG. SUBSIDIADO	COMPARTIA ESS					100,0%
30	REG. SUBSIDIADO	CONVIDA					100,0%
31	REG. SUBSIDIADO	COOMEVA EPS					100,0%
32	CONTRIBUTIVO	CRUZ BLANCA EPS					100,0%
33	REG. SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	7.788	272.064			61,6%



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

34	REG. SUBSIDIADO	ECOPOSOS ESS					100,0%
35	REG. SUBSIDIADO	EMDISALUD					100,0%
36	REG. SUBSIDIADO	EMSANAR ESS	129.082	1.730.355			53,7%
37	REG. SUBSIDIADO	EPS CONDOR					100,0%
38	CONTRIBUTIVO	GOLDEN GROUP EPS					100,0%
39	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	HUMANA VIVIR EPS					100,0%
40	REG. SUBSIDIADO	MANEXKA EPSI					100,0%
41	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	MEDIMÁS EPS SAS					100,0%
42	CONTRIBUTIVO	MULTIMÉDICAS EPS					100,0%
43	CONTRIBUTIVO	RED SALUD EPS					100,0%
44	CONTRIBUTIVO	S.O.S. EPS	576.930	170.480			34,0%
45	CONTRIBUTIVO	SALUD COLOMBIA EPS					100,0%
46	CONTRIBUTIVO	SALUD COLPATRIA EPS					100,0%
47	CONTRIBUTIVO	SALUDCOOP EPS OC					100,0%
48	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	SALUDVIDA EPS					100,0%
49	CONTRIBUTIVO	SEGURO SOCIAL EPS					100,0%
50	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	SELVASALUD EPS					100,0%
51	SUBSIDIADO	SOLSALUD EPS					100,0%
Total de afiliados a entidades deudoras (INTERVENIDAS, LIQUIDADAS EN VIGILANCIA ESPECIAL O EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) JUNIO de 2023			962.765	5.761.349	-	-	6.724.114
Participación (%) afiliados a entidades deudoras (INTERVENIDAS, LIQUIDADAS EN VIGILANCIA ESPECIAL O EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL Afiliados País			4,2%	22,2%	-	-	13,1%
TOTAL Afiliados País a JUNIO de 2023			23.171.009	25.952.852	2.222.813	92.586	51.439.260

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones. Población afiliada según fiel copia de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - RUAF Afiliados a Salud con corte a Junio de 2023. Ministerio de Salud y Protección Social.
Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 31 de Agosto de 2023. En: <https://www.supersalud.gov.co/riesgo/entidad/cifras-y-estadisticas>



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

A continuación, se presenta el comportamiento de la cartera morosa para el conjunto de EPS *Intervenidas*, en *Liquidación voluntaria* y *No intervenidas*.
En el Gráfico número 7 se puede ver como el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades *Intervenidas* o en *Liquidación voluntaria*. A la fecha de corte de este estudio dicha concentración alcanza un nivel del 80,4 % (superior en 2,2 puntos respecto a diciembre de 2022), explicado en parte por la liquidación de EPS en el último tiempo; aun así en los últimos 15 cortes observamos participaciones de cartera vencida por encima del 68 %.

Por el lado de las EPS que no presentan intervención, este porcentaje se ubica en el 38,0 %, mostrando igualmente una menor concentración durante el último semestre evaluado (con una reducción de 1,0 puntos porcentuales respecto del último corte).



Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 31 de Agosto de 2023. En: <https://www.supersalud.gov.co/psa-comunicacion-entidad/psa-y-estadisticas>



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

3.2.7. Aseguradoras SOAT

El siguiente es el comportamiento de la cartera adeuda por la Aseguradoras autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT.

El Cuadro 11 guarda la ordenación frente a la *cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a junio 30 de 2023*, en el podemos observar que las trece entidades autorizadas, presentan una concentración de cartera en mora promedio del 48,4 % e igualmente en términos generales un mejoramiento en la mayoría de los deudores con respecto a la situación presentada a diciembre de 2022 en términos de cartera morosa (54,2 % vs 61,7 %). El monto total de cartera absoluta "SIN DETRIORO" de las aseguradoras SOAT asciende a los \$ 319.756 millones a junio de 2023, superior en \$ 47.811 millones frente a diciembre de 2022.

Las entidades autorizadas concentran globalmente el 2,0 % de toda la deuda *SIN DETRIORO* reportada en el estudio a junio de 2023 (más de \$ 16,0 billones). Las aseguradoras de mayor morosidad absoluta que se ubican en las 5 primeras posiciones son: *COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.*, *LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS* de carácter público, *SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.*, *SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.* y *AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.*; entre las 5 adeudan un total de \$ 262.249 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 59,3 % a junio de 2023, frente al 61,3 % del periodo inmediatamente anterior.

Si el criterio de ordenación se hiciese por la concentración de morosidad *SIN DETRIORO*, tendríamos la información del Gráfico 5, donde *QBE SEGUROS S.A (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)*, *AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.*, *COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS S.A.)*, *LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS* de carácter público y *SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.*, completan las 5 primeras posiciones en su ordenación.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Cuadro 10
Cartera de las Aseguradoras SOAT por edad y naturaleza jurídica, (ambos escenarios)
A junio 30 de 2023

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	SIN INCLUIR EL "DETERIORO"										Miles de \$ y participación %		
		A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % MOROSIDAD TOTAL Jun 2023	
TOTAL		131.968.823	48,3%	14.400.087	6,3%	10.968.028	3,4%	102.428.553	50,8%	319.756.390	100,0%	174.907.078	54,2%	61,7%
TOTAL CARTERA 207 EPS AFILIADAS A LA ACHC		1.466.398.225	41,4%	1.211.865.487	6,3%	883.907.489	3,4%	7.616.551.985	47,3%	16.097.364.000	100,0%	8.422.698.474	51,8%	52,8%
TOTAL CARTERA 207 EPS AFILIADAS		2.065.212	1,5%	1.211.865.487	6,3%	883.907.489	3,4%	7.616.551.985	47,3%	16.097.364.000	100,0%	8.422.698.474	51,8%	52,8%

Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIF

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	Miles de \$ y participación %												
		A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % MOROSIDAD TOTAL Jun 2023	
TOTAL		330.153.762	28,7%	18.478.781	5,3%	10.240.964	3,4%	113.164.181	43,2%	267.249.000	100,0%	133.614.547	49,3%	59,3%
TOTAL CARTERA 207 EPS AFILIADAS A LA ACHC		6.539.064.211	20,4%	967.824.878	7,5%	747.269.133	3,4%	4.772.433.697	36,4%	12.975.433.000	100,0%	6.488.742.851	49,1%	52,8%
TOTAL CARTERA 207 EPS AFILIADAS		2.065.212	1,5%	1.211.865.487	6,3%	883.907.489	3,4%	7.616.551.985	47,3%	16.097.364.000	100,0%	8.422.698.474	51,8%	52,8%

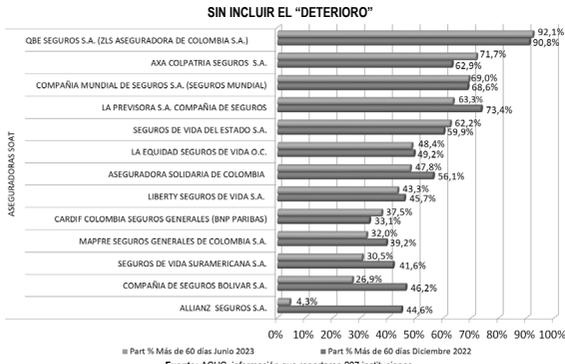
Fuente: ACHC, información que reportaron 207 instituciones.

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



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Gráfico 8
Composición de cartera mayor de 60 días de Aseguradoras SOAT
 Junio 30 de 2023 Vs Diciembre 31 de 2022



4. CONCLUSIONES

Los estudios de cartera hospitalaria se vienen realizando desde el año 1998, lo que corresponde a un periodo de 25 años consecutivos de seguimiento. El estudio de cartera Número 50° elaborado por la ACHC contó con un total de 207 Clínicas y Hospitales reportantes.

Se debe tener en cuenta, que para los trece últimos periodos (junio 2017 – junio 2023) se debió incluir por parte de las IPS en sus estados de cuentas por cobrar, los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Lo anterior, según lo estipulado por la SuperSalud mediante la Circular Externa N° 016 de 2016, bajo la entrada en vigor de las Normas Internacionales de Información Financiera -NIIF-. Lo anterior indica, que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus "cuentas por cobrar morosas" un valor por más de \$ 3.1 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 19,4 % de la deuda total a junio de 2023 sin deterioros (\$ 16.1 billones aproximados). Las desagregaciones del estudio fueron presentadas bajo estos dos conceptos (CON Y SIN DETERIORO), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto "SIN INCLUIR EL "DETERIORO", puesto que obedece a cartera hospitalaria AÚN PENDIENTE DE PAGO por parte de la entidad responsable.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Siguiendo este criterio, la deuda total a junio de 2023 es superior en cerca de **\$ 2,1 billones aproximados** frente a la reportada a diciembre de 2022, lo que indica una variación del 14,7 % en el transcurso de un semestre.

Es decir, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de más de **dieciséis billones noventa y siete mil (\$ 16.1 billones de pesos aproximados)** y una **concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 52,3 % (más de \$ 8.4 billones)**.

Si se tuviese en cuenta la inclusión del "deterioro de cartera morosa por edades", bajo lo ordenado por la metodología NIIF, el valor de cuentas por cobrar a junio de 2023 para los 207 hospitales y clínicas reportantes sería de más de **\$ 12.9 billones de pesos** y una **concentración de cartera morosa del 42,1 % (\$ 5.5 billones aproximados)**.

Independientemente de los dos escenarios mostrados, vale la pena destacar que este estudio **presenta un incremento en los montos absolutos de la cartera total y morosa (mayor a 60 días) adeudada a las Clínicas y Hospitales reportantes**, en comparación con todos los cortes anteriores.

En cuanto a la relación de cartera por edades comparada frente al semestre a diciembre de 2022, se observa un incremento a junio de 2023 de la cartera a 30 días más corriente (41,4 % vs 38,2 %) y una reducción en la participación de la cartera mayor a 90 días (47,3 % frente al 50,3 % del periodo a diciembre de 2022). La franja intermedia de 31 a 90 días presenta una disminución, ubicándose en 11,3 %, frente al 11,5 % del semestre pasado.

Cabe resaltar como ya se indicó que, dentro de la cartera morosa mayor a 60 días a junio de 2023, situada en 52,3 %, ésta se compone de 19,4 puntos porcentuales considerados como cartera de más difícil cobro o "deteriorada" según lo indica la metodología NIIF.

De manera global y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (49,4 %), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (21,9 %) y en tercer lugar la categoría Estado (9,5 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, el extinto OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA, la deuda de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES- y otras entidades del estado como fuerzas militares, policía nacional, ministerios, entre otros.

La morosidad, expresada como la concentración en cartera de 60 días y más es del 65,6 % para la categoría Estado (compuesta del 100,0 % de cartera morosa del desaparecido OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA, del 77,0 % de cartera morosa de los Entes Territoriales y del 69,1 % de cartera morosa de la ADRES), seguida del 60,8 % para las EPS del Régimen Subsidiado y finalmente del 51,9 % para las EPS del Régimen Contributivo. Todas las concentraciones de cartera en mora anteriores por encima del 51,0 % para cada tipo de deudor principal.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Es de anotar que la deuda referida en este acápite de 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 SGSSS⁶² y que, según sus informes, equivalen al 99,4 % del uso total de los recursos apropiados para la vigencia 2023, estimados en 82,8 billones de pesos.⁶³

En síntesis, las EPS del Régimen "Contributivo" y "Subsidiado" más la categoría "Estado" representan el 80,8 % del total de la deuda a junio de 2023 (\$ 13.0 billones de pesos sin deterioro). De otro lado, la deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, aumentó en cerca de \$ 1.2 billones de pesos aproximados con respecto a diciembre de 2022 y si le sumamos la categoría Estado, la diferencia se ubica en más de \$ 1.4 billones de pesos.

En el régimen contributivo, la mayor deudora es la NUEVA EPS de carácter mixto con un monto de \$ 2.4 billones de pesos aproximados. Por otro lado, registra un 43,3 % de deuda superior a 60 días (incremento de 0,6 puntos porcentuales frente a la concentración de cartera de 60 días y más a diciembre de 2022).

Igualmente, destacan las concentraciones de cartera en mora de las EPS de carácter privado en operación del régimen contributivo, en su respectivo orden son: *COMFENALCO VALLE* (67,5 %) y *COOSALUD* (45,6 %).

En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta *SAVIA SALUD O ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA S.A.S.*, con un monto total de \$ 486.591 millones, donde el 32,8 % corresponde a cartera en mora, seguida de las EPS-S privadas en operación, *EMSSANAR ESS* con \$ 453.820 millones y un 53,7 % de cartera vencida a junio de 2023 y *ASMET SALUD ESS* con \$ 347.209 millones y un 44,3 % de vencimiento.

Por el lado de los Entes Territoriales (municipios y departamentos), el corte a junio de 2023 arroja un monto total adeudado de \$ 729.530 millones, superior que el reportado a diciembre de 2022: el cual representa actualmente el 4,5 % de la deuda total del estudio actual. De otra parte, la cartera en mora (60 días y más) concentra el 77,0 % frente al 82,3 % registrado en diciembre pasado.

En la clasificación de este tipo de deudor, el *DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER* se presenta como la entidad que mayor deuda total reporta en esta categoría (\$ 166.098 millones y 80,4 % de vencimiento a junio de 2023).

En cuanto a los principales deudores del actual estudio de cartera hospitalaria, según el monto absoluto de la **cartera mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022 SIN DETERIORO**, se destacan la **NUEVA EPS (ambos regímenes)**, la intervenida para liquidar **MEDIMÁS EPS SAS** (ambos regímenes), la intervenida para liquidar **COOMEVA EPS**, la vendida e intervenida para liquidar **CAFESALUD EPS (ambos regímenes)** y la **EPS SANITAS**, como aquellas entidades que encabezan el ranking de las entidades que adeudan mayor valor absoluto de cartera considerada en mora (concentraciones de

⁶² Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, recaudo de los recursos del SGSSS.
⁶³ Presentación ADRES año 2023. Debates control político e informe de rendición de cuentas.



ESTUDIOS TÉCNICOS
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
 A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

cartera morosa por encima del 40,0% y deudas superiores a los dos billones de pesos en el caso de la **NUEVA EPS**).

La deuda total a junio de 2023 *SIN DETERIORO*, de las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado, en situación de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial, en programa de recuperación, o liquidación voluntaria, presentan una concentración conjunta de cartera morosa mayor a 60 días del 80,4 %, equivalentes a más de \$ 3.6 billones de pesos.

Por otro lado, dicha participación conjunta es del 27,9 %, cuando se observa la deuda total por edades de estas 51 EPS⁶⁴, sobre la deuda total del estudio a junio de 2023 (o sea sobre los más de \$ 16.0 billones de pesos).

Estas 51 EPS concentran a su vez, el 13,1 % del total de afiliados al Sistema de Salud en Colombia a junio de 2023, o sea unos 6,7 millones de afiliados aproximadamente.

Adicionalmente, se puede ver como el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades con *Intervención* se mantiene en niveles superiores al 80,0 % producido en gran parte de las liquidaciones más recientes, frente a las EPS *No intervenidas* (38,0 %) a junio de 2023.

Por último, se presenta el comportamiento de la cartera adeudada por las compañías autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-, en donde el panorama general indica que la concentración promedio de cartera vencida agrupada de estas trece entidades es del 48,4 % a junio de 2023 con respecto al 54,7 % en el pasado corte a diciembre de 2022⁶⁵. Las entidades que mayor adeudan siguiendo el criterio del **monto absoluto de la cartera mayor a 60 días**, en su respectivo orden son: *COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.*, *LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS* de carácter público, *SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.*, *SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.* y *AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.*; entre las 5 adeudan un total de \$ 262.249 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 59,3 % a junio de 2023, frente al 61,3 % del periodo inmediatamente anterior.

⁶⁴ Aunado al informe de resultados de *Indicadores de Permanencia Preliminares* publicado por la Superintendencia Nacional de Salud a junio del 2023 y en el marco del cumplimiento de los Decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016, 780 de 2016, 718 de 2017, 882 DE 2018, 1683 de 2019, sobre habilitación financiera en donde el resultado de las EPS deficitarias del *marco de subsidio* fue de \$ 2.5 billones para el R. Contributivo, \$ 3.5 billones para el R. Subsidiado y de \$ 0 para las EPS que prestan servicios en ambos regímenes; para un gran **DEFECTO TOTAL** de \$ 6.0 billones de pesos. A la fecha (junio 2023), solo existían 2 EPS en todo el sistema de salud, desde la segunda publicación de los indicadores de permanencia financiera en diciembre de 2015, que cumplen a CABALIDAD los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica; estas son *ALIANZA* y *SURA* de un total de 34 EPS evaluadas a través del tiempo. Ver informe completo en: <https://docs.superis.gov.co/PortalWeb/SupervisorRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20V%20RI%20-%20JUNIO%20DE%202023.pdf>

⁶⁵ Durante el cierre a 2022, las compañías Aseguradoras SOAT presentaban *déficit técnico anual* por valor de \$ 523.107 millones de pesos corrientes, según los datos publicados por la CÁMARA TÉCNICA SOAT – FASECOLDIA en: <https://fasecoldia.com/mas-soat/estadisticas-del-normal>



ESTUDIOS TÉCNICOS
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS
50° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA
A 30 DE JUNIO DE 2023 (cifras en miles de pesos \$)

Para el conjunto total de aseguradoras, se presenta un incremento si se toma en cuenta el monto absoluto de cartera total adeudado SIN DETERIORO (\$ 319.756 millones a junio de 2023, frente a los \$ 271.944 millones a diciembre de 2022).



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

**“RUTA LÓGICA HACIA
UNA SALUD
PROGRESIVA¹”**

¹ Para ampliación de esta propuesta y consultar la bibliografía asociada, remitirse al documento técnico: “Ruta lógica hacia una salud progresiva”, ACHC, 2022.



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas -ACHC-

Todos los derechos reservados, 2021-2022



TABLA DE CONTENIDO

Presentación.....	4
Doble Aceptación	5
Evidencias	5
Propuesta ACHC.....	8
Salud Progresiva	11
1. Formulación inteligente.....	11
2. Definición de fronteras.....	12
3. Transformación de roles.....	13
4. Cambios en la relación de poder.....	19
Cifras del sector.....	22

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano

Presentación

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC con más de 66 años de existencia, es un gremio que mantiene su compromiso con el sector prestador y el sistema de salud colombiano; se ha ajustado a las políticas de salud en cada momento y a las necesidades de las instituciones hospitalarias, aportando en la construcción de la historia de la salud en Colombia en las últimas 6 décadas.

La ACHC en sus ponencias y documentos técnicos, tiene en cuenta los contextos cambiantes globales, para adaptar las posturas políticas y la gestión gremial, a las exigencias que la atención en salud de la población demanda y en ese sentido los cambios y ajustes que considera, necesita el sistema de salud colombiano.

Algunos de esos contextos son: el demográfico, el epidemiológico, el socioeconómico, el ambiental y la innovación y nuevas tecnologías, cuyos cambios experimentados en las últimas décadas imponen nuevas necesidades y retos al sector salud. El envejecimiento, la ola de enfermedades crónicas, las pandemias, el cambio climático, la urbanización y la creciente desigualdad y pobreza en el mundo, ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, con el fin de **mejorar la capacidad de respuesta** a las nuevas demandas de la población, **solventar los retos de atención y responder a los choques imprevistos, como lo es el caso de la pandemia por Covid-19.**

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano

segmentación y discriminación en el acceso, lo que obliga a seguir trabajando para lograr una cobertura real para todos que brinde las condiciones básicas: acceso, continuidad y coordinación.

b) Sostenibilidad Financiera.

En primer lugar, es importante señalar que Colombia tiene un gasto en salud que se encuentra en niveles promedio respecto de países con similar PIB por habitante. Desde lo macro se ve bien, con unos números que permiten al país ser comparable en el ámbito internacional. Sin embargo, dentro de la doble aceptación hay que decir que existe un enorme problema en la administración de los recursos del SGSSS; un problema de cartera con la red hospitalaria, dificultades en el movimiento y administración de esos recursos, EPS que no cumplen con las condiciones patrimoniales y de permanencia exigidas por las entidades de control, lo cual ha minado la confianza entre los agentes.

Para resolver dicha problemática es necesario garantizar la adecuada administración de los recursos y que estos se transmitan efectivamente para que lleguen al punto donde se necesitan, que es la operación y prestación del servicio de salud. Es indispensable una *administración limpia de los recursos.*

c) Resultados sanitarios.

Cuando se observan los agregados nacionales, en asuntos como las tasas de mortalidad infantil y materna, se encuentran curvas decrecientes en las últimas décadas, esto sin duda constituye un avance significativo; sin embargo, analizando los mismos indicadores por región, género o nivel de ingreso, los resultados muestran una fotografía de la desigualdad.

Se evidencia que los promedios nacionales ocultan grandes diferencias en el ámbito regional, es decir, una visión más profunda revela significativas desigualdades, se concluye entonces que no se puede estar satisfecho con estos resultados macro y que hay que trabajar para garantizar el acceso a la salud en términos de equidad.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano

DOBLE ACEPTACIÓN

La ACHC ha evidenciado en el funcionamiento del sistema, aspectos que facilitan y otros que impiden el goce efectivo del derecho fundamental de la salud; la visión y análisis del gremio sobre estas preocupaciones, se ha planteado bajo el enfoque denominado: *doble aceptación*, reconociendo de una parte, que el sistema de salud colombiano ha logrado importantes avances y de otra, que no pueden desconocerse las dificultades.

Doble aceptación

DINÁMICA
LIMITACIONES

COBERTURA

RECURSOS

RESULTADO
SANITARIO

DERECHO
POBLACIÓN

El nivel de visión (agudeza visual) es mayor o menor según los indicadores que usemos: a mayor agregación, mayor optimismo a mayor desagregación, se revelan dificultades y por ende mayores retos.

Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

Evidencias

a) Cobertura

Se concluye que no es absoluta, pues, aunque los números reflejan que se tiene un porcentaje de casi el 100%, desde la ACHC se considera que es una *cobertura pixelada*; es decir que depende de la región, de la EPS a la cual se está afiliado, de la red contratada, del plan que se interprete se debe entregar. Al ahondar en estos condicionantes, la cobertura se traduce en

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano

d) Mediciones del sector prestador.

Estas se realizan continuamente con base en su actividad y producción y a su vez se relacionan con volumen y cantidades, dejando de lado la valoración en términos de lo que se agrega al paciente en la atención, su bienestar y funcionalidad a mediano y largo plazo.

La medición en atención en salud de la población debería considerar la agregación de valor a la vida de los ciudadanos en términos de supervivencias, sobrevida, bienestar y funcionalidad para los usuarios del sistema.

e) Visión de la población.

Por un lado, se evidencian estudios como el realizado por el Ministerio de salud en el año 2020², que mide el nivel de satisfacción de los usuarios acerca del desempeño y la calidad de las EPS, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, cuyos resultados muestran un nivel de satisfacción en la experiencia global del 78% para el total de los usuarios.

Sin embargo, según el seguimiento que realiza la Defensoría del Pueblo, sobre el comportamiento de tutelas en el país, se registra un significativo número de tutelas que a diario se interponen para reclamar el derecho a la salud³; desde 2017 hasta 2019 se registraban más de 200 mil tutelas en promedio anual, para el corte año 2020 disminuyeron a 81.899, en razón a la pandemia por el COVID-19, los aislamientos, restricciones y al cierre de juzgados, según concluye la misma entidad. En términos de participación de tutelas del derecho a la salud sobre

² Estudio Nacional de Evaluación de los servicios de las EPS – Régimen contributivo y subsidiado 2021. Noviembre 2020. Proyectamos Colombia SAS y Ministerio de salud.
³ Defensoría delegada para el derecho a la salud y la seguridad social, 2020. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020.

el total, antes de pandemia se registraban niveles por encima del 30%; para el 2020 disminuyó levemente a 28.2%, porcentaje que igual sigue siendo significativo y preocupante, en especial cuando gran parte de ellas corresponde a componentes que hacen parte del Plan de Beneficios, más del 88%.

Las tutelas son el mecanismo judicial utilizado por los usuarios para lograr la protección de sus derechos fundamentales cuando les han sido vulnerados, entonces se evidencia en parte la baja capacidad del Estado para vigilar y controlar a los actores del sistema y la falta de atención que los usuarios viven a diario.

Propuesta ACHC

Ante la presencia de la pandemia, las dificultades reseñadas se han visto acrecentadas, agudizando los problemas crónicos de la salud, de ahí, que en distintos escenarios políticos se hable de la resiliencia del sistema en términos de recuperarse y volver al estado previo de pandemia, es decir a la vieja anormalidad. Desde el gremio se piensa que es necesario ir más allá, buscando un camino hacia la transiliencia⁴, un concepto que se funda en el potencial de propiciar un rebote que nos eleve y mejore respecto al estado prepandemia y por lo tanto transforme el sistema y nos haga progresar hacia una versión mejorada o una *nueva normalidad*.

De acuerdo con lo anterior, la ACHC plantea un ejercicio intelectual denominado, **“Ruta lógica hacia una salud progresiva”**, inspirado por tendencias emergentes, con la cuales se empieza

⁴ Haldane, V. y G. T. Morgan. (2021). “From resilient to transilient health systems in response to the COVID-19 pandemic”. Health Policy Planning, 2021, Vol. 36, No. 1.

a tomar conciencia de que las cosas no pueden seguir igual. Hay teorías e iniciativas que plantean nuevas alternativas que invitan a repensar los actuales modelos de desarrollo económico, tales como: Betterness⁵, WEconomic y Hubonomics⁶, modelos desarrollados para el beneficio de la sociedad y no solo a cargo de los rendimientos económicos. Centros de pensamiento de renombre también están trabajando en estas tendencias, a manera de ejemplo citamos el reporte Stiglitz-Sen-Fitoussi (2009) que plantea nuevas formas de medir el desarrollo⁷, no solo en relación con los recursos económicos, como los ingresos, sino incluyendo aspectos no económicos de la vida de las personas (lo que hacen y lo que pueden hacer, cómo se sienten, y el entorno natural en el que viven), así como también sus niveles de bienestar. Entre estos resalta el trabajo del economista y nobel Joseph Stiglitz con su pensamiento del *capitalismo progresivo*⁸. Se propone entonces un camino alternativo que considera unos lineamientos fundamentales: el equilibrio entre los distintos actores, la necesidad de establecer cambios graduales, el establecimiento de nuevas reglas de juego, la definición de fronteras, el cambio de rol de los actores, los cambios en las relaciones de poder y el aprovechamiento de la tecnología como complemento.

El aseguramiento se debe mantener.

El aseguramiento en Colombia debiera entenderse como la sumatoria de una serie de conceptos, entidades y funcionamientos que parten de las fuentes de financiación⁹, se suman a unos ejercicios actuariales, se traducen en unas unidades de pago per cápita -JPC- que

⁵ Umair Haque. Betterness: Economics for Humans.2011

⁶ 10 key trends to watch for 2014 from GlobalTrends.com. 2013

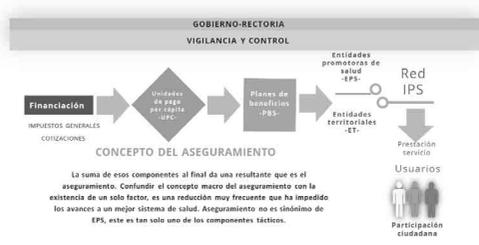
⁷ Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J. P. (2009). Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress.

⁸ Stiglitz, J. (2019). People, power, and profits: Progressive capitalism for an age of discontent. Penguin UK.

⁹ Acerca de las fuentes de financiación, se propone analizar de forma crítica, la actual distribución de “mezcla de recursos”, con miras a redefinirla en función de la actual situación socioeconómica del país post-pandemia y del Marco Fiscal de Mediano Plazo.

sustentan el reconocimiento de unos planes de beneficios -PBS-, que se concretan a través de las prestaciones de servicios de salud en una red mixta de instituciones hospitalarias y clínicas en múltiples niveles y modalidades -IPS-. En teoría, los recursos del sistema son gestionados por unas entidades promotoras -EPS- y unas entidades territoriales -ET-, el gobierno como un todo rige al sistema -la rectoría-, lo hace vigilar por unos competentes especiales -IVC- y permite el testeo de la población a través de mecanismos de participación social. La suma de esos componentes al final da una resultante que es el aseguramiento. Confundir el concepto macro del aseguramiento con la existencia de un solo factor, es una reducción muy frecuente que ha impedido los avances a un mejor sistema de salud. Aseguramiento no es sinónimo de EPS, este es tan solo uno de los componentes tácticos.

Concepto del aseguramiento



Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

Hecha esta claridad – fundamental- a continuación, se enuncia el desarrollo de la *ruta lógica hacia una salud progresiva*, desarrollada por la ACHC:



Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

1. Formulación inteligente.

Componente estratégico de la propuesta es reconocer el valor de lo logrado y por ello se plantea trabajar sobre lo construido; propiciar un avance que debe ser gradual y optimizar lo que funciona bien actualmente y trabajar en revolucionar lo que está rezagado.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



Formulación Inteligente



AVANCE GRADUAL	POTENCIALIDAD	SOCIEDAD DEL APRENDIZAJE
 Construye sobre lo anterior de forma gradual	 Optimizar eficiencias Incrementar posibilidades	 Aprovechar la acumulación de conocimiento y las experiencias
AVANZA SOBRE LO LOGRADO	EVOLUCIONA LO BUENO	REVOLUCIONA LO REZAGADO

Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

2. Definición de fronteras.

Desde la prospectiva, se deben definir las fronteras en un sistema de salud como una invitación a pensar en las segmentaciones y en los asuntos de discusión que giran a partir de los conceptos:

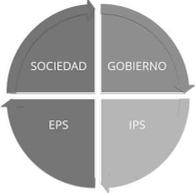
Definición de fronteras



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



Transformación de roles



Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

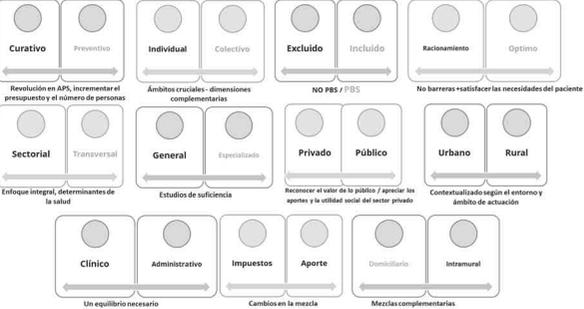
a) Administración regulada.

La propuesta de la ACHC mantiene el aseguramiento, pero modifica la administración de los recursos. En ese sentido se hace necesario el cambio en la tenencia de los dineros del sistema, los cuales no serán manejados por la figura de administrador regulado y es uno de los factores clave para lograr un cambio y acotar las funciones del nuevo Agente. Este deberá desplegar toda su capacidad para las labores de coordinación, verificación, auditoría y logística al interior del sistema, dicha labor de administración regulada que se propone debe ser remunerada con suficiencia, incluyendo el diseño de incentivos o estímulos para aquellas que logren mejores resultados para la población derivados de su actuación.

Para garantizar dicho modelo es necesario complementar con algunos instrumentos de política, tales como:

- ✓ El establecimiento consensuado de un piso tarifario, que remunere intervenciones y procedimientos basados en altos estándares de calidad.
- ✓ La estandarización de los procedimientos, la emisión de lineamientos, guías y protocolos que respondan a los objetivos de los modelos de atención.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano

Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

3. Transformación de roles.

En términos de planeación, nos referimos a una modificación táctica o procedimental en los roles de los agentes con el fin de optimizar su desempeño, para ello se señalan algunos de los cambios más importantes:

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



- ✓ La mejora de la actual política de control de precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

Administración regulada




Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

b) Caja o fondo único de la Salud.

Un concepto propuesto por la ACHC desde hace varios años ha sido la creación de una Caja o fondo único de la Salud¹⁰, que hoy día es una realidad, a través de la administradora de recursos

¹⁰ Es de recordar que desde el año 2010, la ACHC propuso dentro de las alternativas para el aseguramiento en salud, la opción de administración delegada, así como la figura de la caja o fondo único de salud, tales conceptos y otros más han sido desarrollados por la ACHC durante varias décadas de trabajo gremial en referencia al mejoramiento del sistema de salud colombiano, para ampliación del tema se recomienda consultar los siguientes documentos:
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-;
• Revista Hospitalaria, Edición 072 -año 2010. Alternativas y equilibrios para el sistema de salud Colombiano.
• Revista Hospitalaria, Edición 084 -año 2012. Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



del sistema de salud -ADRES-. Esta entidad que progresivamente ha mejorado su capacidad de gestión, consideramos debe ser repotenciada. ADRES 2.0, como un acumulador de recursos, riesgos y urna maestra de la información. Las funciones más importantes serán: Preservar los recursos que sustentan al sistema de salud, movilizar directamente los pagos a los que efectivamente presten el servicio, producir reportes de situación de gasto y suficiencia. Es de aclarar que esta entidad no hará labores de revisión de cuentas individual, pero podrá hacer aleatoriamente supra-auditoria, con el fin de controlar y vigilar que dicha función en cabeza de las administradoras se ejecute de forma transparente.

Esta entidad será el factor clave para disminuir los costos de transacción, eliminar los costos de intermediación, acelerar el movimiento de los recursos y eliminar corrupción.

c) Impulsar una revolución de la Atención Primaria en Salud -APS-

Se deben establecer programas y planes diseñados en función de un *sistema activo*, que contacte a las personas saludables y detecte las levemente enfermas, y que en tal sentido realice acciones orientadas a preservar al máximo la condición saludable de las poblaciones. La propuesta apunta a hacer de la APS centro del sistema, buscando mejorar su financiación, haciendo realidad la focalización con eventos trazadores y creando nuevos equipos de APS que tengan poblaciones asignadas y dispongan de tecnologías suficientes. Clave debe ser repotenciar la capacidad resolutive de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico y los profesionales generales. El generalista, el hospital de baja complejidad, el municipio tiene que poder confluir en proyectos conjuntos de mejoramiento de la salud general de la población.

- Revista Hospitalaria, Edición 087 -año 2013. Lo que espera Colombia de la reforma al sistema de salud
- Revista Hospitalaria, Edición 117 -año 2018. Revolución del sistema de salud-propuesta ACHC

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



d) Impulso al Hospital 360 2.0.

En el tema de prestación de servicios, la propuesta apunta a apoyar e incentivar a las instituciones prestadoras de servicios de salud hacia el Hospital 360 2.0, concepto desarrollado por la ACHC desde el año 2015 que plantea que las instituciones hospitalarias se posicionen en función de la experiencia y la entrega de valor a los pacientes, que alineen sus objetivos internos con los objetivos del resto de actores del sistema, sincronicen y coordinen sus procesos mediante el uso y aprovechamiento de tecnología, todo ello enmarcado en los conceptos de colaboración e interdependencia para una prestación de servicios coordinados, con un acceso real y efectivo a través de esquemas de cooperación horizontal entre prestadores que incentiven el intercambio de conocimiento.¹¹ La red de prestadores del futuro tiene que integrarse desde lo domiciliario, lo ambulatorio, los diferentes niveles de complejidad hasta la rehabilitación y el tratamiento de patologías específicas, agudas, crónicas y emergentes. Un nuevo posicionamiento ante la sociedad, una nueva alineación con pares -en primer lugar, con los pacientes- y una capacidad de sincronizarse con las nuevas tendencias son las claves de esta evolución.

El desarrollo del concepto de Hospital 360 2.0, promueve la excelencia y calidad dentro de las instituciones hospitalarias, dado que se persiguen objetivos de eficiencia, efectividad, pertinencia, pero también de impacto y sostenibilidad, con miras a que este esfuerzo, sea debidamente reconocido y se logren beneficios a largo plazo que aporten en la construcción de un mejor sistema.

¹¹ Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360°. Revista Hospitalaria, Edición 099

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



Hospital 360 2.0



Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

e) Re-Valorar el recurso humano.

Propender por mejores condiciones laborales, el establecimiento de modelos alternativos de contratación y tecnologías innovadoras ancladas a modelos de talento costo efectivos de última generación, así como nuevas políticas de bienestar, de reconocimientos e incentivos. Adicionalmente adoptar tecnologías avanzadas que aceleran la toma de decisiones y eliminan la rutina de las labores administrativas para centrar su trabajo en el servicio esencial de atención, y el desarrollo de entorno de prácticas favorables.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



f) Fortalecer la rectoría.

Para el particular, concepto clave debe ser recuperar el liderazgo integrador que tenía una figura como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como órgano independiente que coadyuve en la tarea rectora del sistema. Las anteriores propuestas y alternativas podrán ser realidad, siempre y cuando exista una gobernanza que garantice de forma efectiva el derecho a la salud de los colombianos, una visión de largo plazo, funcional al progreso que permita lograr los objetivos propuestos.

g) Calidad.

El gobierno deberá implementar mecanismos para retribuir a las entidades prestadoras, en función de niveles superiores de calidad, entre ellos impulsar la acreditación y los sistemas de incentivos por agregación de valor.

4. Cambios en la relación de poder.

Impulsados por las nuevas tecnologías e innovaciones que permitirán simplificar la compleja transaccionalidad que existe hoy en el sistema de salud, especialmente en el tema de contratación y facturación; urge mejorar procesos y dar mayor transparencia a las operaciones del sistema. El aprovechamiento del Big Data, el uso de inteligencia artificial, inclusive el empleo de herramientas de Blockchain, como son los contratos inteligentes, tienen que ser medios para simplificar el funcionamiento del sistema. Mas dedicación a lo misional y al despliegue de inteligencia, menos en labores repetitivas que pueden ser automatizadas.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



Cambios en la relación de poder



TECNOLOGÍA

Los humanos y las máquinas se complementan

PROPENDE POR LA "AUMENTACIÓN"

Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

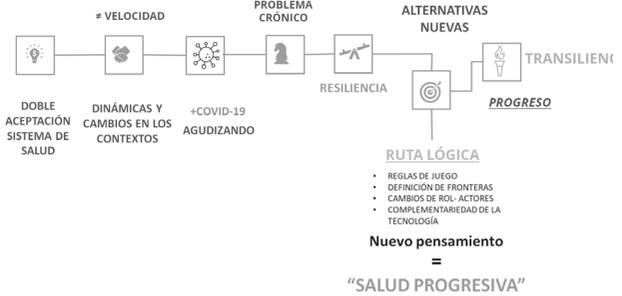
Complementos vitales de la propuesta:

- La información deberá ser pública, sin zonas grises. Trazabilidad total.
- No debe permitirse la integración vertical en el sistema de salud. No conflictos de intereses entre los actores.
- En la coyuntura y durante la transición del modelo actual al de Salud Progresiva, se plantea la necesidad de implementar un régimen de insolvencia y un fondo de garantías que responda ante los procesos de liquidación de las EPS y garantice el pago de las deudas con el sector prestador.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



SÍNTESIS - Ruta lógica hacia una salud progresiva



Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

Salud Progresiva



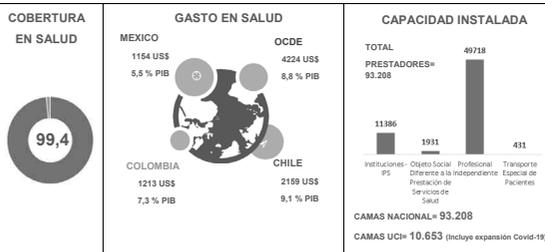
- Resolutoriedad
- Centrado en resultados, con agentes imprescindibles
- Equilibrados en las tecnologías justas
- Reducción de vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia ACHC-2021

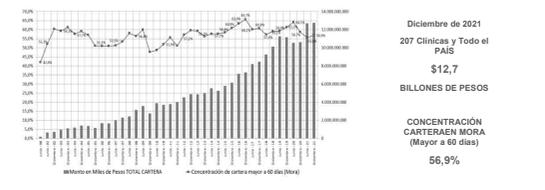
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



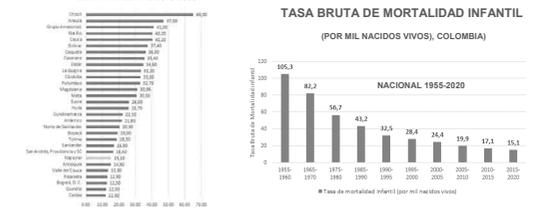
CIFRAS DEL SECTOR



CARTERA HOSPITALARIA PERÍODO (JUNIO 1998 A DICIEMBRE 2021)



DEPARTAMENTAL 2015-2020



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano



FUENTES CIFRAS DEL SECTOR

Cobertura en salud: Minsalud, 2022

- **Gasto en salud:** OECD Data. (2022). Health spending [Base de datos]. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- **Capacidad instalada:** Registro especial de Prestadores de servicios de salud Minsalud, abril 2022
- Información disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- **Cartera hospitalaria:** ACHC. Estudio de cartera hospitalaria a Diciembre de 2021. 2022
- **Tasa bruta de mortalidad:** DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., el día 06 del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes consideraciones:

CONCEPTO: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC
REFRENDADO POR: Juan Carlos Giraldo Valencia

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara y sus acumulados

TÍTULO DEL PROYECTO: "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", No. 341 de 2023 Cámara, "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el No. 344 de 2023 Cámara, "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

NÚMERO DE FOLIOS: 250

RECIBIDO EL DÍA: 5 de marzo de 2024

HORA: 17:27 P.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

Praxere José Ospino Rey
PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima
Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 196 - Miércoles, 6 de marzo de 2024

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

Págs.

Comisión Séptima constitucional permanente Senado de la República, acta de audiencia pública – San Andrés Islas de 2024 (febrero7) 1

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico Asociación Colombiana De Hospitales Y Clínicas al, Proyecto de Ley número 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones, acumulado con los Proyectos de Ley número 340 de 2023 Cámara por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, 341 de 2023 Cámara por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). y el número 344 de 2023 Cámara por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud..... 4