



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 231

Bogotá, D. C., martes, 12 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 142 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIAS PÚBLICAS

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL

PUBLICACIÓN DE COMENTARIOS, PROPUESTAS, CONCEPTOS EN EL MARCO DE LAS AUDIENCIAS PÚBLICAS AL PROYECTO DE LEY NÚMEROS 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 PROYECTO DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA, PROYECTO DE LEY NÚMERO 341 DE 2023 CÁMARA Y PROYECTO DE LEY NÚMERO 344 DE 2023 CÁMARA

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS BUCARAMANGA

(22 enero 2024)

LA CUT-SANTANDER APOYA LA REFORMA A LA SALUD

La Central Unitaria de Trabajadores de Colombia CUT-SANTANDER, como representante en esta región de los trabajadores (as), saluda cordialmente a los Senadores (as) de la comisión séptima, especialmente al senador santandereano FABIÁN DÍAZ, coordinador de esta audiencia y uno de los ponentes del proyecto de Reforma a la salud en el senado de la República, al Ministro de salud GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO, a los defensores de esta relevante y necesaria Reforma, así como a todos los participantes y asistentes a este evento.

La CUT-SANTANDER expresa de manera entusiasta y optimista, que, así como apoyó decididamente la elección de nuestro presidente GUSTAVO PETRO y su vicepresidenta FRANCIA MÁRQUEZ, también ha venido respaldando las Reformas sociales de este gobierno propuestas a Colombia, entre ellas la Reforma a la salud.

La salud es requisito indispensable para que todos los seres humanos puedan desempeñar cualquier tipo de actividad laboral, deportiva, académica, recreativa, afectiva, amorosa, entre muchas otras, en condiciones eficientes, eficaces y satisfactorias. En este sentido, el sistema de salud colombiano históricamente ha sufrido un sistemático y notorio empeoramiento por cuenta de la aplicación de la Ley 100 en las últimas tres décadas. Esta decadente y corrupta realidad ha hecho de la mayoría de los colombianos (as) las víctimas de este sistema, así como de la ignominia de las EPS que han manejado a su villosa conveniencia los billonarios recursos del presupuesto nacional que se le han entregado por su labor de intermediación entre los usuarios, clínicas y hospitales.

El actual corrolido sistema de salud y las EPS han sido los directos responsables de la violación e incluso negación en la práctica del derecho fundamental a la salud en conexidad con los derechos también fundamentales a la vida y a la dignidad de los pacientes. De ahí que resulte una falacia del tamaño de un estadio los argumentos engañosos presentados contra la Reforma a la salud por los enemigos del pueblo colombiano y por supuesto de los trabajadores (as).

Para la CUT-SANTANDER ha sido de gran satisfacción el hecho político, histórico y legislativo ocurrido el año anterior en la honorable Cámara de Representantes que terminó con la aprobación de este trascendental proyecto de Ley de Reforma a la salud. Como representantes de la clase trabajadora en Santander, llamamos al honorable Senado de la República y por ende a la comisión Séptima de la Cámara Alta, a abanderar esta causa del Gobierno del Cambio, de los trabajadores y del pueblo en general, dando su voto de aprobación para que este proyecto se convierta en Ley de la República, de manera tal que la historia de Colombia registre que alguna vez el Senado interpretó idóneamente el sentir del pueblo colombiano.

Desde la CUT-SANTANDER proponemos que dentro del artículo 116 del proyecto de la mencionada Reforma aprobado por la Cámara de Representantes, correspondiente al Régimen Laboral de los Trabajadores de la Salud, se incluya con la mayor precisión y claridad lo pertinente a la formalización laboral de los trabajadores (as) del sector de la salud en Colombia, dado que estos trabajadores (as) desde el mayor nivel hasta el menor rango, han sido históricamente discriminados laboralmente y por ende víctimas de la intermediación laboral, que los ha venido pauperizando salarial y prestacionalmente año tras año.

Llamamos la atención de ustedes sobre la decisión del gobierno de Gustavo Petro de escoger al Hospital Universitario de Santander como centro hospitalario piloto para implementar la formalización laboral de sus trabajadores. Frente a este hecho, la CUT apoya irrestrictamente dicho plan piloto de formalización laboral y esperamos su respaldo.

Muchas gracias.

Cutsantander
3194016299
cutsantander@gmail.com

Proyecto
Rodrigo Hernández F.
Secretario CUT-Santander



Colegio Nacional de Bacteriología

Bucaramanga, 22 de enero de 2024

Señores:
Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República Atentamente
Dr. Praxere José Ospino Rey
Secretario General Comisión Séptima Senado.

Reciban cordial saludo de la Junta Directiva del CNB Colegio Nacional de Bacteriología.

Desde el Colegio Nacional de Bacteriología queremos agradecer a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República por esta invitación.

El Gobierno Nacional, el Congreso de la República, el sistema de salud, pacientes, prestadores y talento humano, enfrentan el enorme desafío de asegurar que tras el debate moderado y riguroso sobre esta iniciativa el proyecto de reforma a la salud pueda traducirse en un instrumento efectivo para la garantía del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Por lo anterior el Colegio Nacional de Bacteriología quiere poner sobre la mesa algunas inquietudes que han surgido durante el análisis del proyecto de reforma a la salud que fue aprobado en segundo debate por la Cámara de Representantes. Consideramos que en ese esfuerzo debe partirse de la premisa de que es necesaria una reforma, pero asentada sobre la necesidad de corregir las fallas bien identificadas en el funcionamiento del sistema actual, pero sin retroceder en los avances alcanzados luego de 30 años de esfuerzo sostenido en la consecución de un sistema con cobertura universal, en ese sentido presentamos a consideración del Senado de la República las siguientes consideraciones:

1. Durante el trámite de los debates en la Cámara de Representantes se hicieron importantes ajustes a la composición y funciones del Consejo Nacional de Salud.

Dentro de las modificaciones a la composición del Consejo Nacional de Salud se recibió con beneplácito el hecho de que uno de los estamentos de este órgano de dirección fuera reconocido a los Colegios Profesionales de la salud, sin embargo, este reconocimiento fue eliminado durante el trámite del segundo debate.

El Colegio Nacional de Bacteriología quiere resaltar la importancia de que los colegios vuelvan a hacer parte del Consejo Nacional de Salud en consideración de su estructura democrática, su amplia base de representación y su consideración como depositarios de funciones públicas.

De otro lado se quiere resaltar que debe ser el Consejo Nacional de Salud quien, con apego a consideraciones técnicas, defina el valor de la UPC y los lineamientos de los presupuestos tanto de los CAPS como de las ISE, pues ello garantizaría definiciones objetivas sobre aspectos trascendentales en el funcionamiento del nuevo sistema.

ajusten a un marco de autorregulación que incluye, por supuesto, la sujeción a los Códigos de Ética que regentan el ejercicio de las profesiones, y ello no es posible sin concebir la existencia de tribunales ética adecuadamente financiados para todas las profesiones de la salud.

5. Es indispensable que el tarifario universal por medio del cual se van a definir los pagos a los prestadores integrantes de las redes corresponda a un trabajo concertado entre el Ministerio de Salud, profesionales e IPS pues de ello depende la existencia y fortalecimiento de la red de prestadores, incluyendo dentro de ellos, a los bacteriólogos y laboratorios clínicos. Ese tarifario debe considerar necesariamente los esfuerzos considerados en el proyecto para mejorar la remuneración y condiciones del talento humano pues de nada serviría que se promuevan iniciativas en ese sentido si los prestadores en condición de empleadores son, a su vez, mal remunerados.

6. Son persistentes las inquietudes que se han presentado acerca del correcto y suficiente financiamiento del sistema propuesto. Debemos ser claros, la garantía del derecho fundamental a la salud depende de que el sistema se encuentre suficientemente financiado, los recursos fluyan en un equilibrio entre los controles y la eficiencia y los dineros destinados alcancen para garantizar a los habitantes del territorio nacional al acceso efectivo a los servicios de salud. Sin una adecuada resolución de este desafío cardinal para el sistema todos los esfuerzos que se hagan serán, infortunadamente, insuficientes.

Desde el Colegio Nacional de Bacteriología seguiremos participando y realizando los aportes que consideremos indispensables para garantizar que esta iniciativa sea capaz de alcanzar los anhelos que la impulsaron, esto es, un sistema de salud que garantice el acceso a los servicios a todos los colombianos fortalezca los programas de atención primaria, afecte positivamente los determinantes sociales y sea capaz de mejorar las condiciones de ejercicio de los trabajadores de la salud.

Muchas gracias.

Atentamente,

Marlene Isabel Vélez de La Vega
Marlene Isabel Vélez de La Vega

CNB Colegio Nacional de Bacteriología
Presidente

22 de enero de 2024
Praxere José Ospino Rey

2. Debe insistirse en la necesidad de que el proyecto de reforma a la salud sea universal e incluyente con las profesiones la salud, pues en la actualidad somos 14 profesiones que nos dedicamos a garantizar el derecho a la salud de los colombianos, y el proyecto sigue siendo excluyente con la mayoría de las profesiones no médicas.

Sobre este aspecto en particular el Colegio quiere resaltar la ausencia de reconocimiento de los bacteriólogos en la estructura de los CAPS y en la composición de los equipos territoriales, a pesar de que la participación de los profesionales en bacteriología son una condición para la implementación de un modelo verdaderamente predictivo, preventivo y resolutivo en la atención primaria y la baja complejidad.

3. Es indispensable resaltar que a pesar de que unos de los objetivos trazados en la formulación de esta iniciativa fue el mejoramiento de las condiciones de ejercicio del talento humano en salud, en el proyecto 339 de 2023 se echa de menos la inclusión de un régimen laboral especial que garantice dignas y decentes condiciones para ejercer nuestras profesiones en el país.

Sobre este punto en particular debe considerarse que, aunque en el proyecto 339 de 2023 hay un capítulo que define las condiciones de formalización del THS estas previsiones son idénticas a las que componen el sistema de normas incorporadas en el Código Sustantivo del Trabajo y, por tanto, no representan un régimen especial para los trabajadores de la salud que atienda verdaderamente los desafíos inherentes al ejercicio profesional.

Es indispensable entonces que el proyecto incorpore garantías para la justa y proporcional remuneración al talento humano, pago oportuno, estabilidad y bienestar laboral y un digno y justo retiro laboral que implicaría hacer algún reconocimiento dentro sistema pensional.

Un régimen laboral especial, es como su nombre lo indica, un tratamiento diferencial favorable para un grupo poblacional que debido a sus condiciones de ejercicio requiere de la mentada diferenciación en aras de la protección material de sus derechos.

Como otros grupos poblacionales, los trabajadores de la salud ejercen en condiciones de restricción, escasez y riesgo, lo cual justifica el llamado realizado por el Colegio Nacional de Bacteriología para que no se pierda la oportunidad de corregir la sistematicidad en la vulneración de los derechos de los trabajadores de la salud.

4. Debe aprovecharse la oportunidad para corregir una falla que arrastra el sistema en la garantía del ejercicio ético de las profesiones de la salud, y es que en la actualidad sólo 3 de las 14 profesiones cuentan con tribunales de ética financiados con recursos públicos que ostenten la competencia y la capacidad de investigar y sancionar los comportamientos contrarios a las previsiones de un ejercicio ético, responsable y seguro. Para el Colegio Nacional de Bacteriología es claro que el correcto y eficaz funcionamiento del sistema de salud demanda de una estructura institucional capaz de garantizar que los profesionales se



VEEDURÍA NACIONAL POR LA DIGNIDAD

De los pacientes y trabajadores de la salud

Sra.
MARTHA PERALTA EPIEYU
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la Republica
comisión.septima@senado.gov.co

RESUMEN

Estimados, reciban un cordial saludo en nombre de la Veeduría Nacional VDPTS, hoy 22 de enero de 2024, queremos como primera medida manifestarles nuestro agradecimiento por este espacio de participación y proceder así a manifestarles lo siguiente:

Con profunda preocupación estamos observando que desde el gobierno y sus distintos ejes centralizados y descentralizados, durante los últimos meses se han abocado a realizar un lobby y difusión de la reforma a la salud, con el fin de que la misma sea aprobada, sin embargo, están dejando a un lado a los usuarios y sus múltiples quejas diarias por falta de medicamentos, insumos, citas médicas, cirugías y todo lo que lleva a una prestación de servicio optima y oportuna.

Diariamente recibimos en la veeduría un promedio de 10 PQR, las cuales dirigimos a los distintos entes, y lo que se observa es que literalmente se tiran la pelota de un lado a otro, pasando desde el min salud a la Supersalud y luego a las secretarías de salud, donde vale la pena indicar que de parte de la Supersalud regional Santander no se tiene ningún apoyo y de las secretarías solamente la secretaria de salud departamental realizo un acompañamiento fructífero, lastimosamente hasta el día 22 de diciembre ya que por temas POLITICOS, el área encargada de darnos ese apoyo fue liquidada, y desde ese día no hay doliétes en esa cartera, de la municipal nunca se ha obtenido apoyo ni acompañamiento, muchos usuarios manifiestan que no les resuelven absolutamente nada y por eso acuden a nuestra veeduría. Triste, pero vemos que en este país hasta la salud es un fortín político.

¿Si en este momento la crisis en atención y oportunidad es muy alta, como plantean desde una reforma solucionar esto?

22 de enero de 2024
Praxere José Ospino Rey

Las EPS pasaran a ser GESTORAS, es decir ¿serán las que auditen cuenta medicas? De ser así como evitar que se auditen a sí mismas con la contratación vertical, Ejemplo el grupo empresarial SALUDTOTAL, su principal prestador es IPS VIRREY SOLIS, En ese orden de ideas ¿La EPS GESTORA SALUDTOTAL auditará a su hijo VIRREY SOLIS?

Como pondrán el funcionamiento de centros de salud óptimos, si no hay personal, cada día son menos los graduados en profesionales de salud, ¿cómo es posible que para los médicos que quieren especializarse, las universidades aperturan solo 3 cupos al año?

Como exigirán atención, cuando actualmente ni a los descatos hacen caso los gerentes de las EPS.

¿Como controlaran el trabajo de los operadores farmacéuticos, y su desabastecimiento en insumos y medicinas?

¿Como hacer que cumplan la resolución 1552 de 2013, y la circular EXTERNA 202315100000010-5 DE 2023?

¿Dónde quedan las rutas para las enfermedades huérfanas?

Donde quedan las barreras administrativas por encima de la salud.

Tenemos desde hace más de 6 meses a SANITAS EPS sin entregas en medicamentos a una población infantil con enfermedades crónicas y huérfanas, y ¿que han hecho desde el ejecutivo?

Señores ¿ustedes creen que las gobernaciones y alcaldías están listas para enfrentar este cambio? Y eso esperando que no manejen recursos por que sería darles una caja menor.


¿Ustedes han tenido la oportunidad de hablar con empleados de las ESES? Tienen miedo de hablar de decir el trato injusto e inhumano que reciben y en muchos casos manifiestan que hasta comisión deben pagar por que les den un contrato.

¿En eso se convirtió la profesión médica? ¿En un negocio para los clanes?

Señores para terminar ¿creen ustedes que estamos preparados para un cambio en medio de un caos?

No creen que es mejor arreglar el desorden y ejercer control donde no lo tienen sin afectar a quien realmente es el actor importante: EL USUARIO, EL PACIENTE.

Por último, nuestra posición desde la veeduría va más allá de apoyar una reforma, nuestro compromiso es los pacientes y apoyo para todos los que somos usuarios del sistema de salud.


Freddy Enrique Ardila Navarre
Vicepresidente Veeduría VDPT

Bucaramanga 22-enero 2024. -315 523 8169. elohimes62@gmail.com
315 523 8169 elohimes62@gmail.com
Señores ^{Fredy} Rosebel Tozo, D@gmail.com
Senadores y defensores de la Reforma a la Salud
Con calidad y garantías para el Tejido Social.
Yo Rosebel Tozo Pabon cc.n. 13816482 de Bucaramanga
Adulta Mayor y Persona con discapacidad, des Manifiesto
Mi preocupación por la forma como algunos otros
funcionarios de las IPS y los entes de control
utilizan cualquier estrategia y agreden en los
Adultos Mayores y personas con discapacidad, estas sucede
en las EPS. ARLs SURA IPS Colubridio y de
Medicamentos. Es deprimente acudir a estas instituciones
prestadoras de Salud, porque la atención es poco adecuada y
dispendiosa con barreras económicas administrativas.
Nuestro gobierno Gustavo Petro urgió por encima de todo a favor
de la opinión urivista, o está mal dicho nombrando
funcionarios incompetentes que dilatan Negon y conlujan a los
Pacientes cuando nos obligan a desplazarnos a buscar Medicamentos
y autorizar terapias y otros insumos.
Deberían mantener a los Médicos Especialistas con ética y jurar de
Argumento que si tratan a los pacientes con tratamientos Paliativos.
Mejorando la calidad de vida.
dos también por Médicos sin ética con Negon y Pasos a los
Adultos Mayores y a personas con discapacidad.
En mi caso me siento vulnerable al SGSSS porque la ARL SURA
y la EPS farmisanar hacen uso de Mas Dato del Que tengo con
Secués defintivas.
Solicitamos respetuosamente tengamos presente estas cosas y defendamos nuestros
derechos vulnerados, la Academia es benévola en la Mercantilización.

Bucaramanga, 11 de octubre de 2023

SEÑOR:
ROSEBEL TOLOZA PAB+ON
CC: 13.816.482
Dirección electrónica: elohimes62@gmail.com
Celular: 3155238169
Referencia: Derecho Laboral – Materia Pensional.

CAMILO ANDRÉS VARGAS ROJAS en calidad de miembro activo de Consultorio Jurídico de la Universidad Industrial de Santander, identificado con código estudiantil número 2182627, me permito presentar la siguiente asesoría jurídica en Derecho Laboral – Materia Pensional:

HECHOS

PRIMERO. El beneficiario posee una la historia clínica que diagnóstico de enfermedades por intoxicación de metales pesados su deseo es que le cubran o garanticen las siguientes peticiones:

1. Reembolso del transporte de sus terapias y citas médicas.
2. Cita con Endroquinolona.
3. Cita con Oftalmólogo.
4. Terapias y Zapatos Ortopédicos.
5. Cita con medicina laboral para que le califiquen la Polineuropatía.

SEGUNDO. Se procedió a hacer una modulación de Tutela, en cuanto el señor ya había obtenido la garantía de sus derechos a la salud y vida digna por vía tutela de las patologías de origen laboral. Por lo que se procedió hacer la solicitud de ampliación del fallo al considerar que las solicitudes del beneficiario provenían de nuevas secuelas que en su momento no existían y por ende, no pudo contemplar el juez.

TERCERO. Sin embargo, negaron la solicitud de modulación por cuanto en el dictamen pericial realizado por la junta regional de calificación de invalidez de Boyacá, no aparecen estos diagnósticos: 1. INTOXICACIÓN CRÓNICA POR METALES PESADOS; 2. FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA; 3. SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO CON USO DE CPAP; 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y 5. OSTEOPOROSIS; por lo que se concluye que son de origen común no cubiertos por la ARL sino por la EPS. Entendiendo el juez que la Tutela estaba encaminada al cumplimiento del tratamiento de patologías de origen laboral ya reconocidas y no el reconocimiento de las mismas.

CUARTO. El usuario insiste que esto es una secuela secundaria de su enfermedad laboral relacionada con intoxicación de metales; aunque el usuario cuenta con dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá de 2014, en este no se reflejan los diagnósticos actuales con la historia clínica.

QUINTO. Se procede a hacer un estudio de la situación pensional del beneficiario en la cual se encuentra en el RUAF que se encuentra pensionado por Colpensiones por Invalidez por Riesgo Común bajo el tipo de Régimen de Prima Media con Tope Máximo de Pensión.

CONSULTA

Ver la viabilidad de reclamar a la ARLSURA el tratamiento de las patologías mencionados.

EXPLICACIÓN DE LOS FUNDAMENTOS JURIDICOS

Responsabilidades de las EPS y las ARL

Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las ARL (Administradoras de Riesgos Laborales) son dos tipos de entidades encargadas de proporcionar servicios de salud y gestionar los riesgos laborales, respectivamente. Aquí te explico quién está a cargo de cada una de estas entidades:

- 1. EPS (Entidades Promotoras de Salud):**
 - Las EPS son entidades privadas o mixtas encargadas de administrar el sistema de salud en Colombia. Su principal responsabilidad es asegurar que los afiliados tengan acceso a servicios de atención médica, tanto preventiva como curativa.
 - Las EPS gestionan la afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y recaudan las cotizaciones de salud de los afiliados, que pueden ser trabajadores dependientes, trabajadores independientes o personas que se afilian por otros medios.
 - Las EPS también deben establecer redes de proveedores de servicios de salud, como hospitales, clínicas y médicos, para garantizar la atención médica oportuna a sus afiliados.
 - Son responsables de autorizar y coordinar los servicios de salud, gestionar las citas médicas, realizar pagos a los prestadores de servicios de salud y supervisar la calidad de la atención.
- 2. ARL (Administradoras de Riesgos Laborales):**
 - Las ARL son entidades encargadas de administrar el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia. Su objetivo principal es prevenir, atender y gestionar los accidentes de trabajo y las enfermedades

laborales.

- Las ARL brindan cobertura a los trabajadores afiliados en caso de accidentes laborales o enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto incluye la atención médica, la rehabilitación y las prestaciones económicas en caso de incapacidad permanente.
- Las ARL también tienen la responsabilidad de promover la prevención de riesgos laborales en las empresas afiliadas, capacitando a los empleadores y trabajadores en medidas de seguridad y salud en el trabajo.
- Además, las ARL realizan investigaciones de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales para determinar las causas y prevenir futuros incidentes.

Pensión de Régimen Común

Cuando se dice que una persona es pensionada por invalidez por riesgo común, significa que esa persona ha obtenido una pensión de invalidez debido a una condición de salud que la ha dejado en una situación de incapacidad permanente para trabajar, y esta incapacidad no está relacionada con un accidente de trabajo ni con una enfermedad laboral. En otras palabras, se trata de una pensión de invalidez que se otorga en situaciones de salud que no están directamente vinculadas al desempeño de las labores laborales.

A continuación, se explican algunos puntos clave sobre la pensión de invalidez por riesgo común en Colombia:

1. **Causas de la invalidez por riesgo común:** La invalidez por riesgo común puede deberse a diversas causas, como enfermedades crónicas, accidentes no relacionados con el trabajo, condiciones médicas incapacitantes, discapacidades congénitas o adquiridas, entre otras. En resumen, es una condición de salud que impide a la persona continuar trabajando de manera permanente.
2. **Requisitos para acceder a la pensión de invalidez:** Para obtener una pensión de invalidez por riesgo común, se suelen requerir ciertos requisitos, como un diagnóstico médico que certifique la invalidez permanente y la incapacidad para trabajar, así como un número mínimo de semanas cotizadas al sistema de seguridad social en pensiones, que varía dependiendo de la edad del afiliado.
3. **Proceso de solicitud y evaluación:** La persona que se encuentra en situación de invalidez debe presentar una solicitud ante la entidad encargada de administrar el sistema de pensiones (por ejemplo, una Administradora de Fondos de Pensiones - AFP), junto con la documentación médica necesaria. La entidad realizará una evaluación médica y administrativa para determinar si la persona cumple con los requisitos para recibir la pensión de invalidez.

4. **Monto de la pensión:** El monto de la pensión de invalidez por riesgo común se calcula en función de las cotizaciones realizadas por la persona durante su vida laboral y otros factores, como el promedio de ingresos. Sin embargo, existen límites máximos establecidos por el gobierno que determinan el valor máximo de la pensión que se puede recibir.

Pensión de Prima Media con Tope Máximo de Pensión

Cuando una persona se pensiona con el "Régimen de Prima Media con Tope Máximo de Pensión" (RPM-TMP), significa que ha accedido a una pensión de vejez a través de un régimen de pensiones específico conocido como RPM, pero con un límite máximo en el valor de la pensión que puede recibir. Aquí te explico en qué consiste este régimen y cómo funciona:

1. **Régimen de Prima Media (RPM):** El RPM es uno de los dos regímenes principales de pensiones en Colombia. En este régimen, las personas afiliadas aportan un porcentaje de sus ingresos a un fondo común de pensiones. El valor de la pensión se calcula en función de una fórmula establecida por el gobierno que tiene en cuenta el promedio de los ingresos del afiliado y el número de semanas cotizadas al sistema.
2. **Tope Máximo de Pensión:** El "Tope Máximo de Pensión" se refiere a un límite establecido por el gobierno en el valor máximo que una persona puede recibir como pensión a través del RPM. Este límite se actualiza periódicamente y se aplica a todas las personas que se pensionan bajo este régimen, independientemente de sus ingresos reales o de las cotizaciones realizadas.
3. **Funcionamiento:** Cuando una persona se pensiona bajo el RPM-TMP, su pensión se calculará de acuerdo con la fórmula del RPM, teniendo en cuenta sus ingresos promedio y el número de semanas cotizadas. Sin embargo, si el cálculo determina que la pensión supera el Tope Máximo de Pensión vigente en ese momento, el monto de la pensión se limitará al valor máximo permitido por el tope.

El Tope Máximo de Pensión se establece para controlar el costo del sistema de pensiones y garantizar la sostenibilidad financiera del mismo. Esto significa que, incluso si una persona tiene ingresos elevados y cotizó durante toda su vida laboral, su pensión estará sujeta a un límite máximo.

CASO EN CONCRETO

Para el presente caso se hizo una investigación de la situación pensional del beneficiario y del régimen que le cubría, donde se pudo evidenciar una vez revisado el RUAF (Registro Único de Afiliados) que el beneficiario se encuentra pensionado

por la entidad COLPENSIONES bajo el número de Resolución PG 184551 con tipo de pensión por INVALIDEZ POR RIESGO COMÚN y bajo el tipo de RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON TOPE MÁXIMO DE PENSIÓN.

Lo anterior significa, en primera medida, que por ser de régimen común todo su tratamiento se encuentra amparado por su EPS, dado que es la especialista en materia de régimen común y queda desvirtuada cualquier posibilidad de solicitud o reclamo a la ARL.

Por otro lado, se recalca que el beneficiario se encuentra pensionado con el TOPE MÁXIMO, lo que se traduce a que ha accedido a una pensión de vejez a través de un régimen de pensiones específico conocido como RPM, pero con un límite máximo en el valor de la pensión que puede recibir.

Con estos dos puntos mencionados y explicados, se concluye que en materia laboral no existe ningún trámite o solicitud que se pueda adelantar a favor del beneficiario por lo que se procederá a cerra la consulta una vez se le allegue la presente ASESORÍA JURÍDICA. Sumado a lo anterior, se recuerda que ya se encuentra activa una consulta bajo Consultorio Jurídico UIS con otra estudiante, la cual le está adelantando las solicitudes correspondientes en materia de EPS.

Por último, mencionar que la información correspondiente al RUAF es de acceso público y se adjuntara con la presente asesoría para la verificación de la información.


Por último, es mi deber notificarle que el suscrito estará en horario de atención los viernes de 2:00 P.M. a 5:00 P.M., en las instalaciones del Consultorio Jurídico de la Universidad Industrial de Santander, ubicado en la CARRERA 19 # 35-02.

LA PRESENTE ASESORÍA SE REALIZÓ CON BASE EN LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y NO COMPROMETEN LA RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE NI DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

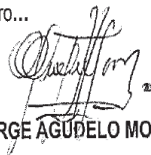
CAMILO ANDRÉS VARGAS ROJAS
Estudiante de Consultorio Jurídico UIS
C.C 1052416819

invalidez

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS SANTA MARTA (26 enero 2024)

 <p>DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA MUNICIPIO DE CIENAGA ASOCIACION DE JUNTA DE ACCION COMUNAL "ASOCOMUNAL" PERSONERIA JURIDICA N° 1013 DE JULIO 14 DE 1976 NIT:900519094-6 Ciénaga Magdalena</p> <p>AUTORECONOCIMIENTO N° 10 DEL 25 DE OCTUBRE DEL 2022</p> <p>Ciénaga, 25 de enero de 2024</p> <p>SEÑOR(A) GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MINISTRO DE SALUD</p> <p>Ref.: Falencia en la prestación del servicio de salud y la falta de un puesto de salud en la comuna NUEVO HORIZONTE</p> <p>CORDIAL SALUDO</p> <p>Por medio de la presente, le damos a conocer las necesidades que presentan los Tres puestos de salud del casco urbano y dos del sector rural , a pesar que se le Han hecho inversiones en infraestructura por parte de la gobernación, no generan Garantías para una buena prestación del servicio y ampliación de la ofertas como En Servicios general, presentan deterioro en sus infraestructuras, lo mismo pasa Con los puestos de salud del área rural de nuestro municipio , problemática que se Viene presentando en estos sectores por la dificultad del traslado de enfermos, Mujeres embarazadas y adultos mayor ,por No contar con una atención las 24 horas Donde no se cuenta con una ambulancia ,encontramos también una problemática En un sector del municipio, Como es la comuna NUEVO HORIZONTE que está Constituida por trece barrios y Posee una población de 18 mil a 20 mil habitantes , No cuenta con un puesto de Salud de atención donde le garantice la prestación del Servicio salud cercana a Esta población vulnerable que corre todos los peligro al Tener que atravesar una VIA NACIONAL donde transitan constantemente vehículos Pesados exponiéndose al Peligro toda la población que requieren la atención de Servicio de salud más Cercano, por tal motivo le solicitamos a ustedes como Ministerio de salud una pronta Solución a esta problemática que es de resorte del Departamento pero aducen que por Falta de recurso y legalidad no se construye el Puesto de salud en la COMUNA NUEVO HORIZONTE y en los otros puestos de Salud la inversión en infraestructura Y ampliación a la ofertas del servicio de salud Para que los usuarios puedan gozar De una buena atención y prestación del servicio Garantizado en los territorios de Nuestro municipio.</p> <p>Atentamente.</p>	<p><i>Aut. S/Marta</i> 85</p> <p><i>26/01/24</i></p> <p><i>Rafael Cabana S.</i> RAFAEL CABANA SARABIA Secretario General</p> <p><i>Alfredo Anchila</i> ALFREDO ANCHILA Presidente Asocomunal</p> <p><i>Luis Angel Chacon</i> LUIS ANGEL CHACON Coordinador de salud Asocomunal</p> <p><i>Ana Pineda E.</i> ANA PINEDA Presidente.J.A. C B/Paraiso</p> <p><i>Javier Rodriguez</i> JAVIER RODRIGUEZ DELEGADO. J.A.C B/ Miramar</p>
<p><i>26/01/24</i></p> <p><i>Subunto</i></p> <p>DE NEGARSE O RETIRARSE LA REFORMA A LA SALUD, CON LAS LEYES EXISTENTES, GARANTIZAMOS EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD</p> <p>De negarse o retirarse la reforma a la salud, considero que para implementar los cambios que se necesitan en el sector de la salud, con las 2 leyes existentes en Colombia, como son la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, llamada Ley Estatutaria de Salud, en realidad no se necesita una nueva reforma, no se necesita que el país se desgaste más en este tema, llevamos muchos años discutiendo, luchando y aprobando leyes que hasta ahora son letras muertas, para la burla de todo el pueblo y de los mismos congresistas que las han aprobado, sólo se necesita que el Ministerio de Salud emita unos decretos que reglamenten los artículos de esas leyes, y/o produzca unas resoluciones para ponerlos en práctica, y san se acabó, porque ya esas leyes contienen todas las transformaciones que se necesitan para garantizar el derecho constitucional y fundamental a la salud...</p> <p>Ambas leyes fueron declaradas exequibles por la Corte Constitucional, que acabaron con la Ley 100, y que la una en su artículo 145 dice que deroga las disposiciones que le sean contrarias, y la otra, la estatutaria, también lo dice en su último artículo, el 26, con lo cual le pusieron fin, oigan eso, fin a la ley 100, fin a la intermediación financiera de las EPS, y le pusieron fin a todo el viejo sistema curativo en salud, por uno nuevo y preventivo, y no me estoy inventando nada, para ello miremos el articulado y se convencerán que si las aplicamos es suficiente...</p> <p>En el artículo 10 de la Ley 1438 de 2011 se acaba con la intermediación financiera de las EPS, al señalarle al Estado que "El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública, y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS)", en el artículo 12 señala taxativamente que "La Atención Primaria en Salud hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicas fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyan a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional, y otros instrumentos técnicos", y en el artículo 62 se dice textualmente que "Las redes integrales de servicios de salud se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que haga el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los Departamentos y los Distritos. La implementación de la Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley, será la guía para la organización y funcionamiento de la red. Las instituciones</p>	<p>prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia". En estos 3 artículos están los cambios de fondo que nos prometió Gustavo Petro en campaña...Se necesita solo aplicarlos y punto!!! Más claro no canta un gallo, se acabó con las EPS y para ello se sigue utilizando el Fondo Adres, para girar los recursos directamente, como lo viene haciendo parcialmente, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), se le da al Estado las herramientas para que aplique la Atención Primaria en Salud y se acabó con el viejo sistema curativo en salud y se implemente uno nuevo y preventivo, y las EPS se vinculen a la red prestadoras de servicios de salud, y no manejen más nunca los recursos de la salud, porque demostraron en 30 años cómo se lo robaron...Si o no?</p> <p>Por otro lado, para que el sistema de salud cuente con un sistema único de información, interoperable, que soporte la toma ágil de decisiones, y asegure transparencia y seguimiento de los procesos en tiempo real, lo que incluye la puesta en marcha de la historia clínica electrónica unificada, en la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 19 se señala: "Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre todos los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine". Con este artículo las EPS están obligadas a entregar toda la información que hoy tienen.</p> <p>Y así sucesivamente, a través de resoluciones, podríamos poner en práctica y en funcionamiento todos los 26 artículos de la Ley Estatutaria de Salud, sobre el trabajo digno y decente para los profesionales y trabajadores de la salud, sobre el fortalecimiento de la red hospitalaria nacional, sobre el tema de la autonomía médica, sobre el manejo del tema farmacéutico y en general garantizar a todos los ciudadanos colombianos el goce y el disfrute del derecho constitucional y fundamental a la salud...Para hacer esto, no se necesita más reforma a la salud, con la aplicación de estas 2 leyes nos basta y nos sobra, y además debemos utilizar y aplicar la ley 1355 del 2009, para combatir la obesidad y potenciar la vida...</p>

Y como somos personas propositivas, le propongo al Ministro de Salud desarrollar un Programa de Impacto Nacional e Internacional llamado "Una Cruzada Mundial por el Envejecimiento Saludable", para capacitar y organizar a los ciudadanos en seminarios sobre el envejecimiento saludable, la cultura de la prevención, el manejo de estilo de vida saludable y la educación emocional, conformando con los asistentes a los seminarios los Clubes de Vida Saludable, como la herramienta práctica y concreta para derrotar el sedentarismo, la obesidad y con ello las enfermedades no transmisibles que están causando más del 71 % de las muertes en el mundo, para coadyuvar en la 4ª meta de los objetivos de Desarrollo Sostenible hacia el 2030, que consiste en bajar a una tercera parte las muertes prematuras, y con ello promover a Colombia como Potencia Mundial de la Vida, slogan clave de la política pública en salud del gobierno de Presidente Gustavo Petro...



JORGE AGUDELO MORENO

Coordinador de la Organización Vida Saludable S.A.S.

Celular 3003189533, correo jorgeagudelomoreno2@gmail.com – Santa Marta.

Preguntas. Santa Marta

Fecha de inicio	Nombre de la Per Rol que ocupa	Gremio, ser	En este espacio de diálogo	Conocedores de que estos espacios logran extenderse en su realización y queremos garantizar su participación
1/26/24 10:33:35	Julio César Fornaris Tamayo	Usuario del sistema	Ninguna	Intervención con pregunta ¿Qué garantías dará la nueva reforma en salud, para los pacientes que requieren tratamientos por enfermedades huérfanas?
1/26/24 10:34:32	Maria Luisa Rodriguez	Usuario del sistema	Ninguna	Intervención con pregunta Soy paciente de programa de alto costo y recibo atención integral en institución prestadora de servicios de esta patología. Con la reforma mi atención seguirá con la misma integración e institución?
1/26/24 10:34:01	Luisa pimienta caceres	Representante de alguna Institución	Ninguna	Intervención con pregunta Teniendo en cuenta el proyecto de ley cuáles serán la tarifa para la ips privadas, ya que con esta tarifas lss 2001 y además después las glosas. Sería bueno mejorar este tema de tarifa ya que ips publica las tarifas es soat; y por ende aquí está una respuesta cuando hablaba de por que contratan más con la privada R/ta menor tarifa
1/26/24 10:33:41	Omar Lopez	Estudiante/docente/directivo	Otros	Intervención con pregunta Facilitar y aumentar los cupos las estudiantes de ciencias de la salud en pre y pos grado. Que hay una falta de RRHH en salud.
1/26/24 10:39:22	Leandro Puello Barrios	Usuario del sistema	Otros	Intervención con pregunta Que estrategia plantea la reforma a la salud para fortalecer los sistemas de control a las IPS que pasen a recibir los recursos directamente del Estado?
1/26/24 10:40:35	Ruth Elena Zubiria Perez	Trabajador de salud	Entes territorial es	Intervención con pregunta La Reforma contempla la vinculacion de esas agendas institucionales que influyen en los determinantes de la Salud? O simplemente seria esperar la voluntad para confluir los presupuestos y las políticas de cada Ministerio que debieran vincularse?
1/26/24 10:42:45	Yamileth Florián	Estudiante/docente/directivo	Ninguna	Intervención con pregunta ¿De qué manera la Reforma a la Salud aporta al avance y consecución del SISPI por parte de los pueblos indígenas en articulación con el SGGSSS?
1/26/24 10:44:30	Jaime Ortega Cotes	Usuario del sistema	Otros	Intervención con pregunta ¿Como se fortalece la participación de los usuarios del sistema de salud con la reforma a la salud presentada por el Presidente Gustavo Petro?
1/26/24 10:40:36	Elio gomez Jaimes	Usuario del sistema	Otros	Intervención con pregunta Buenos días amigos , que se está haciendo para con respecto a la salud preventiva, cómo por ejemplo máquinas en los parques y creación de canchas para los niños el envío de psicólogos a padres jóvenes
1/26/24 10:46:33	Araldo José Lozano Meza	Usuario del sistema	Otros	Intervención con pregunta Cordial saludo, dada la forma de hacer y financiar la política en este país ¿Quién garantiza que los recursos de las ESE no vayan a campañas políticas?
1/26/24 10:51:23	Roberto Carlos palacio	Representante de alguna asociación o institución de salud	Otros	Intervención con pregunta Socializar a nivel localidades y saber que aporte tiene a reforma a la población con discapacidad
1/26/24 10:51:29	Emileth Montenegro	Trabajador de salud	Otros	Intervención con pregunta Si uno de los pilares de la reforma está basado en los determinantes sociales de la salud, cómo se tiene articulado el cumplimiento de las condiciones de saneamiento básico, si no hay agua potable, centros de salud del distrito y hospitales regionales sin la dotación y sin el talento humano en salud?

1/26/24 10:52:56	Ruth Elena Zubiria Perez	Trabajador de salud	Entes territorial es	Intervención con pregunta	Insisto en una inquietud que ya la he puesto en conocimiento al Comité Impulsor de la Reforma pero que me gustaría en este momento se me precisara si han contemplado estos aspectos en la Reforma? De que se trata? Se trata de la Salud de los Trabajadores de los proyectos carboníferos, indistinto de si eso debiera ser asunto de las ARP o ARL, porque finalmente lo que se afecta aquí es la salud de la población que según estudios todos salen enfermos en ocasión a las actividades que desarrollan.
1/26/24 10:38:12	Misael Enrique polo	Trabajador de salud	Instituciones prestadoras de salud	Intervención con pregunta	Parte fundamental del correcto desarrollo de la reforma es la humanización en el servicio de salud, así las cosas ¿que mecanismos tienen los entes reguladores para evaluar y controlar la atención humanizada en el personal de salud?
1/26/24 11:06:17	Ober Castro Cantillo	Representante de alguna institución de salud	Entes territoriales	Intervención con pregunta	¿En la reforma de salud qué sucede con nosotras las personas con discapacidad? Tenemos prioridad pero no la vemos. También, en los centros de salud no tenemos las herramientas para atender a las personas.

Intervención.

Fecha de inicio	Nombre de la Persona que ocupa	Gremio, or	En este espacio de diálogo	Concedores de que estos espacios logran extenderse en su realización y queremos garantizar su participación
1/26/24 10:34:31	Luis Fernando Vic	Estudiante/docente/directivo	Ninguna	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Pedagogía al ciudadano para la comprensión de la reforma
1/26/24 10:34:23	Camilo José David	Otros	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Construir sobre lo construido, verdadero control de los entes comprometidos, superintendencias, secretarías de salud departamentales, distritales y municipales. la reforma es retrógrada y la politiza la salud. Pero lo más grave la reforma debe tramitarse como ley estatutaria y no ordinaria, y además es atentatoria del estado de derecho y de la libertad de empresa y de libertad de escogencia por el usuario
1/26/24 10:37:11	Leonor Consuelo Gómez	Usuario del sistema	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. La experiencia es positiva, considero que hay una desinformación a la comisión
1/26/24 10:33:57	Willis Hernández Ríos	Otros	Entes territoriales	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. La salud en la localidad 3 de Santa Marta es muy terrible, a pesar que nuestra ciudad es un distrito especial turístico, Cultura e histórico, aún con este sistema de salud se avista el famoso llamado el paseo de la muerte, nuestro aporte como edil de la localidad 3 es que a través de esta nueva reforma se busquen alternativas de protección a la vida y salud de las personas que vienen en justa localidad 3, que se presenten construcciones efectivas de centros de salud que tengan una prestación oportuna de dicho servicio
1/26/24 10:39:15	Carlos Carballo	Representante de alguna asociación o institución de salud	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Entrega escrita de recomendaciones sobre ACF
1/26/24 10:41:39	Rafael Ricaurte Ebratt	Estudiante/docente/directivo	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Desde el cuerpo estudiantil respaldamos la petición que realiza desde Rectoría el Doctor Pablo Verá Salazar. Con el fin de que los jóvenes aspirantes a los diferentes programas de salud puedan estudiar las carreras de sus sueños, como también puedan realizar sus prácticas sin sufrir por falta de espacios en las IPS. Es necesario una articulación real del sistema de salud con el sistema de educación.
1/26/24 10:37:44	Leldys Buelvas	Trabajador de salud	Instituciones prestadoras de salud	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Priorizarán desde la reforma a la salud, la salud mental de la población ya que en la actualidad no se evidencia la importancia de cuidado preventivo de la salud mental del los pacientes
1/26/24 10:45:33	Sandra Milena Yaruro	Representante de alguna asociación o institución de salud	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte. Vamos a hacer una presentación corta de los estados actuales de los puestos de salud de las zonas rurales del departamento del Magdalena y así mismo las atenciones por parte de las EPS en estos sitios.

9	1/26/24 10:44:33	Carlos Uribe	Estudiante/docente/directivo	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Participación Sena
10	1/26/24 10:47:21	Carlos Arturo Carballo Herrera	Representante de alguna asociación o institución de salud	Asociaciones de usuarios	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Entrega de documentos escrito sobre ACF
11	1/26/24 10:44:51	Eliana Vasquez	Trabajador de salud	Instituciones prestadoras de salud	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Manejo de la atención primaria teniendo en cuenta las principales enfermedades por región, recursos e insumos y capacitación con humanización a los equipos en salud
12	1/26/24 10:51:55	Jorge Agudelo Moreno	Representante de alguna asociación o institución de salud	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Si
13	1/26/24 10:52:43	Rafael Monterrosa Ruiz	Trabajador de salud	Instituciones prestadoras de salud	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Las EPS deberían cumplir un rol también como comisionistas en garantizar servicios en salud de esta forma agilizarían los procedimientos a los usuarios para poder generar comisiones y utilidades
14	1/26/24 10:35:16	Nicolas Lopez Murillo	Representante de alguna asociación o institución de salud	Asociaciones de usuarios	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Coronapp_Kahoot_EscuelssRuralesHogarBoticas_smartworking_Smartgame_Smartsolar_Pricesmart.co
15	1/26/24 10:50:07	Luciano Macias	Trabajador de salud	Otros	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	En Colombia es obligatorio que todo Recién Nacido Pretermino o menor de 2500 gms tiene pleno derecho a recibir atención en programa Canguro y todos los recién nacidos a las pesquias neonatales entre otras la valoración auditiva con otoemisiones acústicas- según resolución 3280/18. La cual se se brinda en firma eficiente por algunas aseguradoras y no existe un control efectivo por los entes de control -distritales; departamentales y nacionales. Para dar este cumplimiento.
16	1/26/24 10:57:44	Ludmilla Rossete Garcia	Trabajador de salud	Instituciones prestadoras de salud	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Mi aporte será centrado en mi experiencia respecto a la formalización laboral en el sector salud y en los ajustes salariales que merece el gremio. Teniendo en cuenta que hay Inequidad en las nominas respecto a los salarios que devengados los trabajadores de la salud. Así como me parece acertado el fortalecimiento en la formación del talento humano.
17	1/26/24 11:01:18	Darío guerra	Representante de alguna asociación o institución de salud	Asociaciones de usuarios	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Para realizar un comentario
18	1/26/24 11:02:24	Nataly Villarreal B	Otros	Asociación	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	El aporte va orientado el tema de las personas con discapacidad en la reforma. Es una reflexión sobre el tema de los cuidadores y que la reforma debe ser más específica en este sentido en cuanto a la prestación de servicio de salud.
19	1/26/24 11:04:19	Claudia Florez Pal	Representante de alguna institución de salud	Entes territoriales	Intervención con comentario, reflexión, disertación o aporte	Los centros de salud a nivel rural no están funcionando. También recibimos usuarios de Bolívar y necesitamos ambulancias acuáticas para salir de la zona rural, ambulancias que puedan llegar a las zonas rurales y médicos.
20		Luis Kabejo	Docente y Sociólogo			
21		Carlos Emilio	Ingeniero de sistemas			
22		Alexander	Secretario de la Asociación Colombiana de Salud Pública			
23		Esmeralda	DAVA			
24		Leonor Consuelo Gomez	Empresaria - Turismo			
25		Sandra Milena Taruro	Presidenta de Asocomunal Sierra Nevada			
		Eduardo	Representante de alguna institución de salud de los Andes			

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS RIOHACHA (27 enero 2024)

<p>Riohacha, 27 de enero de 2024</p> <p>Honorables senadores y senadores</p> <p>Hace 30 años, algunas autoridades tradicionales y líderes del Pueblo Wayuu, conformaron instituciones públicas para gestionar integralmente los servicios de salud, como respuesta al abandono del Estado en el sector, para lo cual iniciaron un proceso de formación en salud de técnicos y profesionales Wayuu de múltiples disciplinas, que hoy dirigen instituciones indígenas de salud legalmente constituidas, que por más de 20 años han brindado a nuestro pueblo, de conformidad Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, instrumento internacional ratificado por el Estado Colombiano a través de la Ley 21 de 1991, que indicó al Gobierno Colombiano el deber de garantizarnos los medios necesarios que, nos permita organizar y prestar los servicios de salud bajo nuestra responsabilidad y control, cuya aplicación legal debe tomarse debidamente en consideración a nuestras costumbres o derecho consuetudinario.</p> <p>Posteriormente, en el año 2001 el Congreso de la República expidió la Ley 691 que, nos garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica, para asegurar nuestra permanencia social y cultural, y conforme al principio de progresividad la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, prevé la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas como fundamental y que, se aplicará de manera concertada con nosotros, respetando nuestras costumbres.</p> <p>Por lo anterior, el Pueblo Wayuu no concibe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que atenten contra el principio de progresividad que se predica de nuestros derechos, instituciones y recursos humanos en la Carta Política, el Convenio 169 de la OIT y la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional; 2. Que desconozca las instituciones que hemos creado, bajo el marco legal internacional que protege nuestros derechos para administrar y prestar servicios de salud a nuestro Pueblo; 3. Que no respete el gobierno de nuestras autoridades en el territorio ancestral wayuu. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sistemas de información que refleje la realidad indígena de cada pueblo, y permita la analítica. 5. Definir claramente naturaleza, competencias y reglas de las instituciones creadas en el SISPI por las autoridades indígenas.
<p style="text-align: center;">DECLARACIÓN DE AUDIENCIA PÚBLICA MNSV</p> <p style="text-align: right;">27/1/24 P. Rojas</p> <p>Buenos días para todas y todos los presentes en esta audiencia pública. Hoy nos reunimos con el propósito de escuchar y recopilar de la ciudadanía y de los sectores organizados del pueblo, el sentir y las injusticias cometidas por un sistema de salud que a lo largo de 30 años, ha subordinado la vida de las personas a los intereses del mercado y a los beneficios privados.</p> <p>Representamos a diversas organizaciones, tales como... <u>Cesiva Demanda</u> de los territorios de... <u>Dibulla</u>, y con la vocería del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida.</p> <p>En nuestro último encuentro Nacional, que tuvo lugar en la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" en Medellín del 24 al 26 de noviembre de 2023, nos reunimos más de 350 personas de 17 departamentos del país, representando a más de 150 organizaciones. Entre los participantes se encontraban líderes y lideresas sindicales, comunidad campesina, indígenas, estudiantes y profesores universitarios, trabajadoras del hogar, cuidadoras(es), pensionadas(os), asociaciones de usuarios, Copacos, veedurías ciudadanas, ambientalistas, mujeres y personas con discapacidad, entre otros, para conocer la propuesta de reforma a la Salud que se tramita hoy en el parlamento.</p> <p>La junta permitió la circulación de la palabra, para analizar la reforma a la salud y la necesidad de superar la precarización laboral en este sector. También se analizaron las consecuencias del modelo de desarrollo extractivista del país, el cual explota tanto la naturaleza como a las y los trabajadores y causa daños a la salud. A lo anterior se suma la baja gobernabilidad sobre las empresas multinacionales, las históricas prácticas corruptas en la administración pública, la persistencia del conflicto armado interno en gran parte del territorio nacional y la insuficiente inversión social en los territorios.</p> <p>En lo que respecta a la reforma a la salud, reiteramos la denuncia del movimiento por la salud: el problema central es la mercantilización del sistema de salud, con las EPS como principales agentes responsables de las inequidades, las restricciones de servicios y la pobre resolutivez, lo cual ha llevado a la muerte de personas ante la falta de acceso y respuesta a sus necesidades en salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha generado múltiples y complejas barreras de acceso a la atención en salud, especialmente en zonas rurales, rurales dispersas y urbano populares. 2. Restricción de la autonomía médica. 3. Enormes deudas con las IPS, en especial con los hospitales públicos. 4. Escasez de insumos en los servicios de salud para garantizar una atención con calidad. 5. Falta de adecuación de los programas de atención en salud. 6. Debilitamiento crónico de la red pública de salud. 7. Precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadoras en el sector salud, afectando la calidad de la atención, siendo el sector que más ha padecido las consecuencias de la flexibilización laboral y la tercerización de su labor, fundamental para el cuidado de la vida. 	<p>Así mismo se denuncia la desinformación generada en torno a la reforma a la salud, especialmente por la manipulación de los medios de comunicación masivos. Hacemos un llamado al gobierno Nacional por no socializar suficientemente la reforma con las comunidades locales y por no desarrollar estrategias de comunicación efectivas que contrarresten la desinformación generada.</p> <p>Finalmente, ratificamos que los proyectos de ley del actual gobierno recogen las demandas de millones de colombianos y colombianas a lo largo y ancho del país, intentando con ello construir un primer camino hacia la justicia social, ambiental, energética, de género, sanitaria, pensional y laboral, así como hacia la construcción de una paz total.</p> <p>Bajo estas consideraciones concluimos que la salud constituye un derecho humano fundamental e integrador en la medida en que es condición indispensable para materializar una vida digna y justa para todos los ciudadanos y residentes de Colombia, y por ello manifestamos el respaldo unánime y nos sumamos a la defensa de todas las reformas sociales (de salud, laboral, pensiones, agraria, de la paz) en la medida en que en ello se plasma el significado real y profundo de la salud como derecho humano fundamental.</p> <p>Exigimos la co-construcción de políticas públicas en estos sectores con la participación activa de las organizaciones sociales y políticas que han luchado comprometidas con los derechos humanos. Es urgente en el sector salud construir diagnósticos participativos y territorializados, modelos de atención específicos para cada grupo poblacional, la implementación efectiva y con recursos del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) y la formación adecuada de las y los trabajadores del sector en estos temas.</p> <p style="text-align: right;">Vielca Viecco Villar C/ 3116803701 vielca.rosalis@gmail.com</p>

PROPUESTA DE LA VEEDURIA
COTRALORIA COMUNITARIA
MUNICIPIO DE MAICAO LA GUAJIRA

27 febrero 2024

Respetados Senadoras y Senadores de la Comisión Séptima

Una vez mas participamos en el marco de la discusión de la reforma al sistema general de salud de Colombia, con la esperanza que esta importante Comisión no solamente nos oiga, sino que nos escuche, con lo que esperamos considere seriamente en el debate, la realidad y opinión de los pacientes del alto costo y crónicos, que por su condición encuentran en el proyecto de Ley que se tramitará en el Senado, disposiciones que impactan nuestra condición de manera negativa.

Millones de pacientes crónicos y de alto costo, consideramos que el fraccionamiento del aseguramiento en varios actores, aumenta los trámites administrativos las barreras en el acceso de los servicios, y dispersa la responsabilidad entre varios actores haciendo difícil el ejercicio de reclamación del derecho por vía judicial, con los que aumentan los riesgos para nuestra salud y vida.


Ante la insuficiencia de recursos suficientes y la necesidad de financiar un modelo predictivo que demandará más recursos, nos preocupa la falta de claridad en el proyecto, ante los crecientes costos que hoy demandan los pacientes crónicos y de alto costos, lo que pondría en grave riesgo la atención de estos pacientes por insuficiencia de recursos, así como el costo de bolsillo.

La atención de los pacientes crónicos y de alto costos en Centros de Atención Primaria en Salud al que se adscriba, sin opción de libre escogencia entre una red más amplia, afectará no solo la calidad de la atención, sino el derecho a la libre escogencia.

El proyecto de Ley tampoco es claro en cómo va a mejorar la ausencia de oferta de profesionales especializados para el tratamiento de las enfermedades de alto costo y crónicas, con lo cual la oportunidad continuará siendo un obstáculo para la atención.



Finalmente, la compleja situación que se presenta con ocasión de insuficiencia de recursos para atender la demanda de servicios de enfermedades de alto costo y crónicas, que se origina en la falta de calidad y de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS que generan los prestadores y no las Empresas Promotoras de Salud, es un tema que tampoco tiene solución en el proyecto, y que se constituye en fallas estructurales que corresponde a la Ley superar.

ATEMTAMENTE.


OLFER LIMA
 PRESIDENTE

Recibido por el
 Dr. Praxero José opaco Rey
 Secretario Comisión VII Senado.
 - Audiencia Pública - Bogotá
 Universidad de la Guajira
 Enero 29 - 2024

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS VILLAVICENCIO
(3 febrero 2024)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>JUNTAS DE ACCION COMUNAL</p> <p>VILLAVICENCIO, META</p> <p>COMUNA 8</p> </div>  </div> <p>Villavicencio - Meta 03/02/2024</p> <p>OFICIO ABIERTO AL MINISTRO DE SALUD</p> <p>DOCTOR GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>REF. COMUNA 8 SITUACION ACTUAL</p> <p>Señor Ministro,</p> <p>La comuna 8 se localiza al sur de la ciudad de Villavicencio, la integran los corregimientos 1, 2 3 y 6, también los sectores de Montecarlo alto, Montecarlo bajo y los Sub normales ubicados las cercanías del Río Ocoa, que suman 72 Barrios de los cuales 80 % están legalizados y 20% sin procesos de legalización, con una diversidad en la Geografía y población, que comprenden zonas Rurales y Urbanas, zonas de conservación de bosques y micro cuencas que abastecen los acueductos comunitarios de la comuna. Estas zonas son de alto valor ambiental se encuentran en riesgo por la deforestación, el cambio de uso del suelo para poder utilizarlo como zonas de urbanización de conjuntos residenciales cuyos propietarios son las grandes constructoras e inmobiliarias.</p> <p>Esta comuna Limita con la comuna 7, caño pendejo, Río Ocoa, y el piedemonte Llanero, del cual se encuentran la mayoría de las micro cuencas y bocatoma donde se abastece el acueducto municipal.</p> <p>El componente social lo constituyen familias compuestas por 5 personas en promedio y dichas familias se presentan padres cabezas de hogar, en otras madres cabezas de hogar y personas de la tercera edad abuelos a cargo de menores de edad; la mayoría de las familias habitan en casas propias, otras en arriendos y otras de hecho, construidas en cemento, madera y otros materiales, con pisos en baldosín, cemento y tierra.</p>	<p>Los principales problemas que se presentan dentro de los núcleos familiares son, violencia intrafamiliar, violencia y alcoholismo, la situación laboral no es estable para la mayoría de los habitantes jóvenes, adultos y demás personas.</p> <p>En cuanto a la educación, la población que completa sus estudios hasta niveles de profesionales son muy pocos y la mayoría solo llegan a tener básica primaria hasta la secundaria o secundaria incompleta.</p> <p>En el tema correspondiente a la Salud, se tiene que los habitantes de la comuna 8 no cuentan con centros de salud, teniendo que trasladarse a la ESE o al Centro –Norte donde se encuentran las clínicas, el Hospital departamental, las EPS, IPS, laboratorios clínicos y algunos centros de especialistas en temas de salud que no dan abasto para la gran mayoría de patologías y enfermedades que requieren tratamientos especiales.</p> <p>El desplazamiento a los centros de salud IPS y hospitales desde la comuna 8 se hace difícil por la falta de rutas constantes, por los trancones que se generan por los cierres de la vía a Bogotá que colapsan la malla vial de la doble calzada fundadores – Acacias que pues de 5 años y tres gobernaciones, no ha sido terminada y por otra parte, también algunas veces colapsan las vías por la gran cantidad de transporte de carga y particular que circula por el sector.</p> <p>Otra problemática que se presenta es la contaminación ambiental causada por empresas como los molinos de arroz que afectan la salud de los habitantes, contaminan las quebradas y ríos como el Ocoa, caño Grande y Guayuriba. Otra fuente de contaminación que sufre la zona a los recursos suelo, agua es por la falta de la planta de tratamiento de aguas residuales municipal, la falta de infraestructura para la recolección de aguas servidas, de alcantarillado.</p> <p>De nuestra entera necesidad; como presidentes JAC del Meta, Villavicencio, Comuna 8 y habitantes del sector solicitamos amablemente lo siguiente:</p> <p>La construcción y adecuación de tres CAPS nivel I y II; dotado de todos los equipos tecnológicos (Radiografías, Electrocardiogramas, Ecografías y demás equipos esenciales), así mismo un laboratorio integral especializado, servicio de farmacia, servicio de ambulancia para heridos de accidentes y traslado de pacientes que lo requieran, importante también contar con jornadas de vacunación en el CAPS, que exista personal idóneo con toda la dotación para la prestación de sus servicios.</p> <p>Nuestra comuna cuenta alrededor con 100.000 habitantes que no pueden acceder a servicios de salud porque no tiene un Centro de Atención en Salud, contamos con infraestructura que está fuera de servicio y otros terrenos para la construcción de CAPS y para remodelación; por eso hoy extendemos nuestra petición de 3 CAPS que brinden la atención a usuarios beneficiados y a la población sin aseguramiento, para que podamos contar con servicios de consulta externa, odontología, control prenatal, consultas a pacientes con enfermedades de control, atención psicológica, de salud sexual, métodos anticonceptivos</p>
--	---

temporales y definitivos (Pomeroy) y programas para el adulto mayor, población con discapacidad y campañas de estilos de vida saludables.

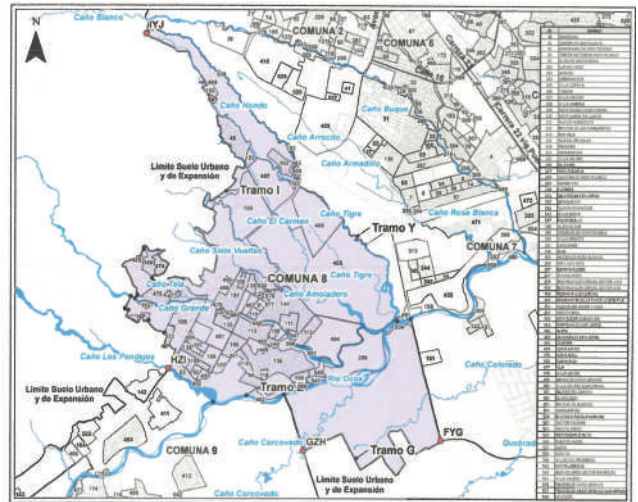
La salud de nuestra comunidad está por encima de cualquier interés económico y político; que nuestra petición haga eco Señor Ministro para que los 3 CAPS puedan ser una realidad.

Sin otro particular; agradecemos su atención y apoyo.

Anexo: Firmas representantes de la comuna 8, Villavicencio- Meta.

- Martha Lucía Jiménez Ibarra - 3124339821
pte-jac-urb la Florida - c.c.40389348. ~~WA~~
- Lorenzo Mañe Plaza - 3202769826
pte-tenitecarlo sector 3 - 16190238. ~~WA~~
- Yamila González de Pulido ac. 31006276
Ptes JAC urb Guatapé I - 3106837552
- Cinthya Cabezas Fuentes - Cel 304825679
cc 1124952452 Vico - Presidenta JAC Villas del Progreso
- Nelly Canaviza cc. 20750062. Ptes JAC V/rio II - 3124228029
- LUIS JESÚS BARRERA WANGEL - JAC PONTONES NVO. HOERFONTE
c.c. 13818896 CEL: 3175209827

correo
JACSASCOMUNA8@gmail.com.



*3 de febrero
Traxer Oficia
Sector Salud*

Asociación Colombiana de Salud Pública - ACSP

Audiencia Pública en Salud

Villavicencio febrero 03 de 2024

ACSP: Asociación Colombiana de Salud Pública

Es una institución de utilidad común y sin ánimo de lucro; es una persona jurídica de derecho privado, de las reguladas, en lo pertinente, por los artículos 633 a 652 del Código Civil Colombiano y normas concordantes. Nació el 8 de octubre de 2015.

La ACSP orienta y fortalece procesos de diálogo, gestión del conocimiento, empoderamiento, formación de capacidades en los campos social y comunitario, científico, político, académico, técnico e institucional en la salud pública buscando incidir e impactar de forma eficaz sobre las condiciones de vida, la salud, felicidad y el bienestar de la población colombiana.

Objetivos específicos

1. Generar opinión en los actores, sectores y ciudadanía sobre una concepción integral e integradora de la salud pública, de tal manera que se aporte a la transformación de enfoques y prácticas, contribuyendo de manera fundamentada a sus debates y diálogos locales, regionales, nacionales e internacionales sobre la salud de las poblaciones.
2. Impactar las políticas públicas de salud de tal manera que se introduzcan cambios, innovaciones y reformas de carácter estructural y funcional, que respondan a las necesidades y expectativas de salud y bienestar de la población colombiana.
3. Liderar y propiciar procesos de formación social, comunitaria, ciudadana, institucional y política, enfocados a la movilización de actores diversos y a la acción transformadora de la salud pública, en especial en todos los aspectos que contribuyan a la reducción o eliminación de las inequidades en salud existentes.

Comunicados ACSP, en torno a la Reforma a la Salud

Asociación Colombiana de Salud Pública
Nº 0000001

Boletín O.C., 20 de julio de 2022

COMUNICADO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SALUD PÚBLICA
Proyecto de Reforma al Sistema de Salud desde la perspectiva de la Salud Pública
"La salud que informamos, la salud que merecemos"

Asociación Colombiana de Salud Pública
Nº 0000002

Boletín O.C., marzo 10 de 2024

COMUNICADO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SALUD PÚBLICA
DEFENSA DE LA REFORMA ESTRUCTURAL AL SISTEMA DE SALUD

Asociación Colombiana de Salud Pública
Nº 0000001

Boletín O.C., julio 17 de 2023

COMUNICADO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SALUD PÚBLICA
CONTINUIDAD DEBATE LEGISLATIVO REFORMA A LA SALUD

Asociación Colombiana de Salud Pública
Nº 0000001

Boletín O.C., noviembre 23 de 2023

COMUNICADO
Asociación ACSP sobre Reforma a la Salud

La Asociación Colombiana de Salud Pública hace un llamamiento responsable al legislador con que se adopten las reformas y se cambie el rumbo de la legislación a dar prioridad sobre la fundamentación de la reforma para el sector salud.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SALUD PÚBLICA
saludpublicacolombia.org

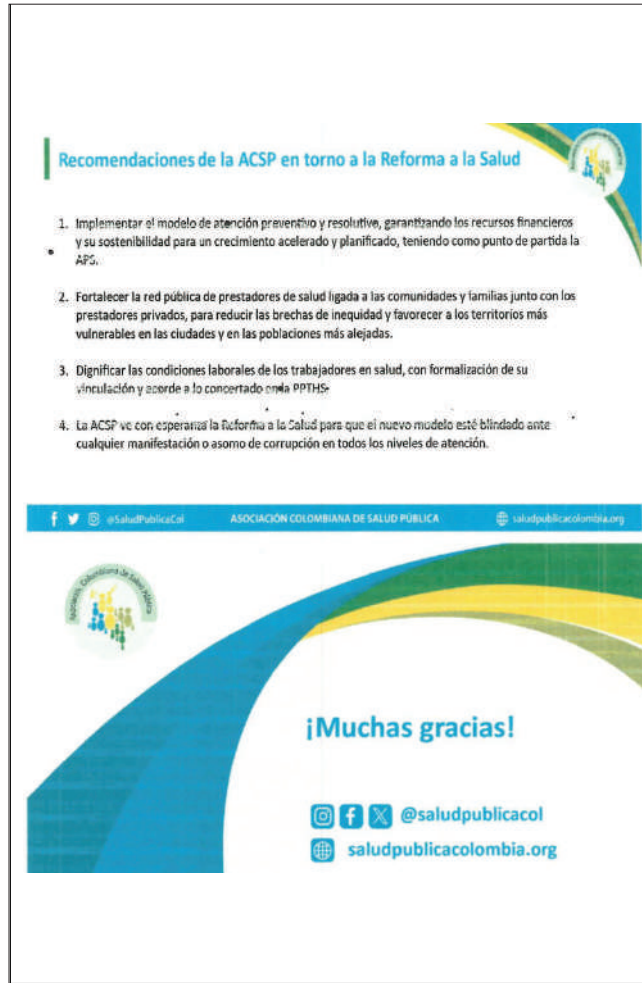
"Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios Colombia 2022".

Es un gran logro de la ACSP y la OPS

Fue un trabajo conjunto de múltiples organizaciones, instituciones educativas y representantes de varios ámbitos relacionados con la salud, para contribuir con elementos analíticos y propuestas prácticas para favorecer la gestión del sistema de salud en diversas líneas de trabajo.

Lanzado el 1 de junio de 2023, en el marco del XX Congreso Gobernar Salud 2023, en el que el presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública, el Dr. Juan Eduardo Guerrero, presentó de manera oficial este aporte a la salud pública, que puede ser descargado de forma gratuita en <https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2023/05/Aportes-y-desafios.pdf>

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SALUD PÚBLICA
saludpublicacolombia.org



CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS PASTO
(9 febrero 2024)

<p>RECIBIDO 9/02/2024 Diana Santos</p> <p>9 de febrero 2024</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>DECLARACIÓN DE AUDIENCIA PÚBLICA MNSV</p> <p>Amor, gloria y patria para Colombia y los mejores tiempos que vendrán, bendiciones.</p> <p>Buenos días para todas y todos los presentes en esta audiencia pública. Hoy nos reunimos con el propósito de escuchar y recopilar de la ciudadanía y de los sectores organizados del pueblo, el sentir y las injusticias cometidas por un sistema de salud que a lo largo de 30 años, ha subordinado la vida de las personas a los intereses del mercado y a los beneficios privados.</p> <p>Mi nombre es Sonia Estella Pantoja Quintero identificada con la cedula 59177136 de Sandona, Líder en movimiento Discapacidad, salud y víctima del conflicto armado; como mujer he vivenciado en carne propia como este sistema de salud basado en el capital, nos ha desahuciado y no es una herramienta real de avance en el sector salud, queremos optimización y evolución. Con ayuda de estos debates y la reforma en salud, buscamos un mejor futuro para Colombia. Representamos a diversas organizaciones, tales como: Madras Cuidador@s de Nariño, Fundación para discapacidad Familias en Acción, Fund. Alegría de los Angeles de los territorios del departamento de Nariño y sus municipios, y con la vozera del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida.</p> <p>En nuestro último encuentro Nacional, que tuvo lugar en la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" en Medellín del 24 al 26 de noviembre de 2023, nos reunimos más de 350 personas de 17 departamentos del país, representando a más de 150 organizaciones. Entre los participantes se encontraban líderes y líderes sindicales, comunidad campesina, indígenas, estudiantes y profesores universitarios, trabajadoras del hogar, cuidadoras(es), pensionadas(os), asociaciones de usuarios, Copacos, veedoras ciudadanas, ambientalistas, mujeres y personas con discapacidad, entre otros, para conocer la propuesta de reforma a la Salud que se tramita hoy en el parlamento.</p> <p>La Juntanza permitió la circulación de la palabra, para analizar la reforma a la salud y la necesidad de superar la precarización laboral en este sector. También se analizaron las consecuencias del modelo de desarrollo extractivista del país, el cual explota tanto la naturaleza como a las y los trabajadores y causa daños a la salud. A lo anterior se suma la baja gobernabilidad sobre las empresas multinacionales, las históricas prácticas corruptas en la administración pública, la persistencia del conflicto armado interno en gran parte del territorio nacional, y la insuficiente inversión social en los territorios.</p> <p>En lo que respecta a la reforma a la salud, reiteramos la denuncia del movimiento por la salud; el problema central es la mercantilización del sistema de salud, con las EPS como principales agentes responsables de las inequidades, las restricciones de servicios y la pobre resolutividad, lo cual ha llevado a la muerte de personas ante la falta de acceso y respuesta a sus necesidades en salud. Además de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha generado múltiples y complejas barreras de acceso a la atención en salud (ambulancias, herramientas, estado y deterioro puestos de salud), especialmente en zonas rurales, rurales dispersas y urbano populares. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Especificidad en la atención y evaluación en función a su comunidad, necesidad, tipo de paciente, restricciones por discapacidad, TRIAGE, o si se trata de niños y/o adultos o adulto mayor, sumado a la Restricción de la autonomía médica. (Libertad de terapia y/o tratamiento) 3. Enormes deudas con las IPS, en especial con los hospitales públicos. 4. Escasez de insumos en los servicios de salud para garantizar una atención con calidad y entrega oportuna de medicamentos. (Corrupción en distintos aranceles) 5. Falta de continuidad en los tratamientos. (Acompañamiento humano y farmacovigilado) 6. Debilitamiento crónico de la red pública de salud. 7. Precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadoras en el sector salud afectando su psiquis, emoción, círculos de afecto y familia, a su vez DETERIORA la calidad de la atención, siendo el sector que más ha padecido las consecuencias de la flexibilización laboral y la tercerización de su labor, fundamental para el cuidado de la vida. <p>Así mismo se denuncia la desinformación generada en torno a la reforma a la salud, especialmente por la manipulación de los medios de comunicación masivos. Hacemos un llamado al gobierno Nacional por no socializar suficientemente la reforma con las comunidades locales y por no desarrollar estrategias de comunicación efectivas que contrarresten la desinformación generada.</p> <p>Finalmente, ratificamos que los proyectos de ley del actual gobierno recogen las demandas de millones de colombianos y colombianas a lo largo y ancho del país, intentando con ello construir un primer camino hacia la justicia social, ambiental, energética, de género, sanitaria, pensional y laboral, así como hacia la construcción de una paz total.</p> <p>Bajo estas consideraciones concluimos que la salud constituye un derecho humano fundamental e integrador en la medida en que es condición indispensable para materializar una vida digna y justa para todos los ciudadanos y residentes de Colombia, y por ello manifestamos el respaldo unánime y nos sumamos a la defensa de todas las reformas sociales (de salud, laboral, pensiones, agraria, de la paz) en la medida en que en ello se plasma el significado real y profundo de la salud como derecho humano fundamental.</p> <p>Exigimos la co-construcción de políticas públicas en estos sectores con la participación activa de las organizaciones sociales y políticas que han luchado comprometidas con los derechos humanos. Es urgente en el sector salud construir diagnósticos participativos y territorializados, modelos de atención específicos para cada grupo poblacional, la implementación efectiva y con recursos del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) y la formación adecuada de las y los trabajadores del sector en estos temas.</p> <p>SONIA E. PANTOJA QUINTERO soniapantoja00@gmail.com CC 59177136 SANDONA - tel 3172153798</p>
---	---

DECLARACIÓN DE AUDIENCIA PÚBLICA MNSV

Buenos días para todas y todos los presentes en esta audiencia pública. Hoy nos reunimos con el propósito de escuchar y recopilar de la ciudadanía y de los sectores organizados del pueblo, el sentir y las injusticias cometidas por un sistema de salud que a lo largo de 30 años, ha subordinado la vida de las personas a los intereses del mercado y a los beneficios privados.

Representamos a diversas organizaciones, tales como... Personas con discapacidad... Víctimas de conflicto armado Gremios de trabajadores independientes y privados vendedores ambulantes... asociados y no asociados... de los territorios de... Nariño Cauca y Putumayo... y con la vocería del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida.

En nuestro último encuentro Nacional, que tuvo lugar en la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" en Medellín del 24 al 26 de noviembre de 2023, nos reunimos más de 350 personas de 17 departamentos del país, representando a más de 150 organizaciones. Entre los participantes se encontraban líderes y lideresas sindicales, comunidad campesina, indígenas, estudiantes y profesores universitarios, trabajadoras del hogar, trabajadores independientes y privados poblaciones diversas con enfoques de género cuidadoras(es), pensionadas(os), asociaciones de usuarios, Copacos, veedurías ciudadanas, ambientalistas, mujeres y personas con discapacidad, entre otros, para conocer la propuesta de reforma a la Salud que se tramita hoy en el parlamento.

La juntanza permitió la circulación de la palabra, para analizar la reforma a la salud y la necesidad de superar la precarización laboral en este sector. También se analizaron las consecuencias del modelo de desarrollo extractivista del país, el cual explota tanto la naturaleza como a las y los trabajadores y causa daños a la salud. A lo anterior se suma la baja gobernabilidad sobre las empresas multinacionales, las históricas prácticas corruptas en la administración pública, la persistencia del conflicto armado interno en gran parte del territorio nacional y la insuficiente inversión social en los territorios.

En lo que respecta a la reforma a la salud, reiteramos la denuncia del movimiento por la salud: el problema central es la mercantilización del sistema de salud, con las EPS como principales agentes responsables de las inequidades, las restricciones de servicios y la pobre resoluntividad, lo cual ha llevado a la muerte de personas ante la falta de acceso y respuesta a sus necesidades en salud.

1. Ha generado múltiples y complejas barreras de acceso a la atención en salud, especialmente en zonas rurales, dispersas y urbano populares.
2. Restricción de la autonomía médica.
3. Enormes deudas con las IPS, en especial con los hospitales públicos.
4. Escasez de insumos en los servicios de salud para garantizar una atención con calidad y entrega oportuna de medicamentos.
5. Falta de continuidad en los tratamientos.
6. Debilitamiento crónico de la red pública de salud.
7. Precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadoras en el sector salud, afectando la calidad de la atención, siendo el sector que más ha padecido las consecuencias

RECIBIDO: 72
01/02/2024
Juliana Santos

de la flexibilización laboral y la tercerización de su labor, fundamental para el cuidado de la vida.

Así mismo se denuncia la desinformación generada en torno a la reforma a la salud, especialmente por la manipulación de los medios de comunicación masivos. Hacemos un llamado al gobierno Nacional por no socializar suficientemente la reforma con las comunidades locales y por no desarrollar estrategias de comunicación efectivas que contrarresten la desinformación generada.

Finalmente, ratificamos que los proyectos de ley del actual gobierno recogen las demandas de millones de colombianos y colombianas a lo largo y ancho del país, intentando con ello construir un primer camino hacia la justicia social, ambiental, energética, de género, sanitaria, pensional y laboral, así como hacia la construcción de una paz total.

Bajo estas consideraciones concluimos que la salud constituye un derecho humano fundamental e integrador en la medida en que es condición indispensable para materializar una vida digna y justa para todos los ciudadanos y residentes de Colombia, y por ello manifestamos el respaldo unánime y nos sumamos a la defensa de todas las reformas sociales (de salud, laboral, pensiones, agraria, de la paz) en la medida en que en ello se plasma el significado real y profundo de la salud como derecho humano fundamental.

Exigimos la co-construcción de políticas públicas en estos sectores con la participación activa de las organizaciones sociales y políticas que han luchado comprometidas con los derechos humanos. Es urgente en el sector salud construir diagnósticos participativos y territorializados, modelos de atención específicos para cada grupo poblacional, la implementación efectiva y con recursos del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) y la formación adecuada de las y los trabajadores del sector en estos temas.

FUNDEVIDA Para La Paz.
Mayte Viviana Carstar Navarrete.
Fundevida para la paz. @gmail.com.
3146239118.

DECLARACIÓN DE AUDIENCIA PÚBLICA MNSV

Buenos días para todas y todos los presentes en esta audiencia pública. Hoy nos reunimos con el propósito de escuchar y recopilar de la ciudadanía y de los sectores organizados del pueblo, el sentir y las injusticias cometidas por un sistema de salud que a lo largo de 30 años, ha subordinado la vida de las personas a los intereses del mercado y a los beneficios privados.

Representamos a diversas organizaciones, tales como... FUNDACION HEROES DEL DIA A DIA "JUNTOS CONTRA EL CANCER INFANTIL" de los territorios de NARIÑO y con la vocería del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida.

En nuestro último encuentro Nacional, que tuvo lugar en la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" en Medellín del 24 al 26 de noviembre de 2023, nos reunimos más de 350 personas de 17 departamentos del país, representando a más de 150 organizaciones. Entre los participantes se encontraban líderes y lideresas sindicales, comunidad campesina, indígenas, estudiantes y profesores universitarios, trabajadoras del hogar, cuidadoras(es), pensionadas(os), asociaciones de usuarios, Copacos, veedurías ciudadanas, ambientalistas, mujeres y personas con discapacidad, entre otros, para conocer la propuesta de reforma a la Salud que se tramita hoy en el parlamento.

La juntanza permitió la circulación de la palabra, para analizar la reforma a la salud y la necesidad de superar la precarización laboral en este sector. También se analizaron las consecuencias del modelo de desarrollo extractivista del país, el cual explota tanto la naturaleza como a las y los trabajadores y causa daños a la salud. A lo anterior se suma la baja gobernabilidad sobre las empresas multinacionales, las históricas prácticas corruptas en la administración pública, la persistencia del conflicto armado interno en gran parte del territorio nacional y la insuficiente inversión social en los territorios.

En lo que respecta a la reforma a la salud, reiteramos la denuncia del movimiento por la salud: el problema central es la mercantilización del sistema de salud, con las EPS como principales agentes responsables de las inequidades, las restricciones de servicios y la pobre resoluntividad, lo cual ha llevado a la muerte de personas ante la falta de acceso y respuesta a sus necesidades en salud.

1. Ha generado múltiples y complejas barreras de acceso a la atención en salud, especialmente en zonas rurales, rurales dispersas y urbano populares.
2. Restricción de la autonomía médica.
3. Enormes deudas con las IPS, en especial con los hospitales públicos.
4. Escasez de insumos en los servicios de salud para garantizar una atención con calidad y calidez y a la vez la entrega oportuna de medicamentos para su continuidad del tratamiento.
5. Falta de continuidad en los tratamientos.
6. Debilitamiento crónico de la red pública de salud.
7. Precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadoras en el sector salud, afectando la calidad de la atención, siendo el sector que más ha padecido las consecuencias

RECIBIDO: 70
01-02-24
FUNDACION HEROES DEL DIA A DIA

de la flexibilización laboral y la tercerización de su labor, fundamental para el cuidado de la vida.

Así mismo se denuncia la desinformación generada en torno a la reforma a la salud, especialmente por la manipulación de los medios de comunicación masivos. Hacemos un llamado al gobierno Nacional por no socializar suficientemente la reforma con las comunidades locales y por no desarrollar estrategias de comunicación efectivas que contrarresten la desinformación generada.

Finalmente, ratificamos que los proyectos de ley del actual gobierno recogen las demandas de millones de colombianos y colombianas a lo largo y ancho del país, intentando con ello construir un primer camino hacia la justicia social, ambiental, energética, de género, sanitaria, pensional y laboral, así como hacia la construcción de una paz total.

Bajo estas consideraciones concluimos que la salud constituye un derecho humano fundamental e integrador en la medida en que es condición indispensable para materializar una vida digna y justa para todos los ciudadanos y residentes de Colombia, y por ello manifestamos el respaldo unánime y nos sumamos a la defensa de todas las reformas sociales (de salud, laboral, pensiones, agraria, de la paz) en la medida en que en ello se plasma el significado real y profundo de la salud como derecho humano fundamental.

Exigimos la co-construcción de políticas públicas en estos sectores con la participación activa de las organizaciones sociales y políticas que han luchado comprometidas con los derechos humanos. Es urgente en el sector salud construir diagnósticos participativos y territorializados, modelos de atención específicos para cada grupo poblacional, la implementación efectiva y con recursos del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) y la formación adecuada de las y los trabajadores del sector en estos temas.

Maria Ximena Urrutegui Veloz
59834977
fundacionheroesdeladiadiala@gmail.com

San Juan de Pasto 9 de 02 - 2023 F

RECIBIDO:
9/02/2024
Julián Santos

69

Señoras:
Comisión Séptima
Senado de la República
San Juan de Pasto

Desde el Honorable Concejo Municipal de Changuin...
Nuestra de la habilitación de un Hospital de
Primaria Nivel, en el momento de una catástrofe.
Por el señor. Valencia, Sec. este Hospital, ahora
a tal magnitud y Pasto es una bomba de
tiempo. Insisten a la explotación y catástrofe.
Nuestro caso, de la dotación de puestos Centros
de Salud. Puntos, es el momento de acción,
que Changuin. Tenga este Centro Hospital.
No podemos seguir pensando en Puntos Centros
de Salud. Changuin es receptor de población
desplazada y de campo.
Desde Changuin pedimos de esta oportuna Reforma a la
en espera de una Reforma de la presente.

Cordialmente,

Jose Efraim Pinto Prud-
Celular 3157281248
Joseefrainos24@yahoo.es.

74

San Juan de Pasto, febrero 9 de 2024

Doctor:
GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

H.S. Marta Peralta
Presidente Comisión Séptima Senado de la República

H.S. WILSON ARIAS
Coordinador Ponente Reforma Salud Séptima Senado de la República

Referencia: PROYECTO DE LEY 339 DE CÁMARA - REFORMA A LA SALUD

Cordial saludo:

Desde las comunidades indígenas del sur de Colombia y como diputado a la
asamblea departamental de Nariño compartimos la iniciativa de reforma a la salud
que se propone por el Gobierno Nacional a raíz de la crisis del sector salud teniendo
en cuenta que la salud es un derecho fundamental y el mercado no regula de
manera eficiente los servicios de salud, reforma con un enfoque dirigido al paciente
mediante la construcción colectiva e implementación de un modelo de salud
preventivo, predictivo y resolutivo para toda la población integrando principios como
la interculturalidad, igualdad, no discriminación y la dignidad. Contemplando los
enfoques de: derechos, determinantes de la salud, diferencial, territorial, de igualdad
de género, promocional, interseccional, curso de vida y acción sin daño e
implementa las estrategias de atención primaria integral, salud familiar y
comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado e intersectorialidad.

Después de revisar el texto propuesto y que se esta tramitando en la Comisión
Séptima del Senado de la República considero que es necesario realizar algunas
recomendaciones y propuestas encaminadas a contribuir con el objetivo propuesto
en la reforma y que vayan en beneficio de toda la población colombiana en especial
de los pueblos indígenas y comunidad pobre y vulnerable.

1. En el Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud, se propone adicionar el enfoque diferencial para pueblos indígenas.
2. En Artículo 8. Territorio para la gestión en salud. Adicionar el enfoque diferencial para los territorios indígenas, la adecuación socio cultural en la conformación de las redes de prestación de servicios y concertación con la comunidad y autoridades propias.

3. Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud. CAPS. Se propone adicionar los Centro de Atención Primaria en Salud Indígenas en donde los servicios de salud se presten por las ips indígenas constituidas con los pueblos indígenas y su dirección, administración, y control este en cabeza de las autoridades propias.
4. Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Se propone incluir nuevamente como a un representante de los pueblos indígenas como según el proyecto de ley inicial.
5. Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios. Se propone también que las Ips Indígenas formen parte de la red pública para que el Estado pueda realizar inversiones en infraestructura y dotación de equipos y otros,
6. CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA. Teniendo en cuenta que las EPS Indígenas por iniciativa de la comunidad como una alternativa de solución a la administración y gestión de riesgo en salud de sus integrantes se solicita que para su transformación en Gestoras de salud y vida se realicen las mesas de trabajo con las autoridades indígenas y representantes para concertar una reglamentación especial adecuada a su naturaleza organizativa.
7. Artículo 132. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas se haga un acompañamiento por parte del Ministerio de Salud.
8. En lo referente al manejo y asignación de recurso de salud, se solicita crear un fondo de salud Indígena que tenga características similares a los fondos regionales de salud para que se asegure la prestación de servicios a la población indígena en especial para las actividades diferenciales.
9. Para el acceso a la prestación de servicios de salud considerar también los listados censales indígenas ya que, por la dispersión geográfica, conflicto armado y otros problemas sociales en muchas zonas la población no tiene la identificación por parte de la registraduría.

Adicionalmente a lo anterior y mientras se realiza el proceso de legal de la reforma en salud y la transitoriedad del sistema de salud solicitamos:

1. Suspender la afiliación de población no indígena a la EPS Indígena Mallamas teniendo en cuenta que los traslados mediante el sistema de afiliación transaccional y otros medios ya que son por lo general son pacientes de alto costo que no se controlaron otras EPS y aumenta más el costo en salud.
2. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población indígena solicitamos realizar estudios de suficiencia de UPC por cada territorio teniendo en cuenta las particularidades de cada pueblo indígena ya que el gasto por atención en salud es variable y la UPC asignada es ya que el riesgo en salud a lo largo del tiempo se ha venido incrementando por diferentes causas en especial por

la falta de red de servicios adecuada y resolutiva en los territorios y sumado al incremento de los tratamientos nuevos y cirugías represadas después de la pandemia covid-19.

3. Asignación del 12% de la UPC S por cada afiliado con una prima diferencial a la EPS Indígena Mallamas ya que actualmente está recibiendo el 4.81% únicamente recursos insuficientes para desarrollar a cabalidad el modelo de salud diferencial. La EPS I Mallamas cuenta con 363.263 afiliados activos de los cuales el 72% pertenecen a 48 comunidades indígenas el 80% son población dispersa, hay 43 pueblos tenemos hablantes y 2 pueblos bilingües. Con las características anteriores es demasiado compleja la realización del aseguramiento y atención en salud, sin embargo, la entidad viene cumpliendo con ese proceso encontrando dificultades como la población sin identificación, la falta y/o precariedad de los puestos y centros de atención en salud, la falta de acompañamiento y responsabilidad del Estado respecto de la base de datos depurada y el sistema de afiliación transaccional que presenta barreras tecnológicas, sociales, culturales y económicas para nuestra población indígena.
4. Reglamentación y fortalecimiento de las Ips Indígenas del departamento de Nariño y Creación de Hospital de II y III nivel con enfoque diferencial indígena.
5. Capacitación, acompañamiento en la construcción e implementación de los modelos de salud diferenciales en concordancia con la mesa regional de salud indígena.
6. Evaluar la implementación de un plan piloto de la Reforma en salud para las comunidades indígena de Nariño.

Atentamente,

Carlos Alberto Pinchao

Diputado Asamblea Departamental de Nariño
Celular : 3174403446
Correo Electronico: carlosalberioipc@gmail.com

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS CALI
(13 febrero 2024)

Barbano Wilson
Años 15.02.2024
Audiencia Pública sobre Reforma a la Salud Comisión VII Senado

BARRERAS EN ATENCIÓN EN SALUD Y COMENTARIOS SOBRE LA CRISIS DEL SISTEMA	
Información solicitada	Respuesta de asistente
Nombre completo del/a paciente:	Rafael Barbano Delgado
Fecha de nacimiento del/a paciente:	1966-07-09
Cédula del/a paciente:	31.951.795
EPS del/a paciente:	SOS
IPS del/a paciente:	Pasoancho
Ciudad en la que se ubica la IPS:	Cali
Resuma diagnóstico y barreras de acceso a la salud experimentadas:	<p>Diagnóstico y fechas de situaciones de salud: Violencia intrafamiliar (Psicología - eseno mica y patrimonial) - La familia lo que cuando se inicia la ruta de atención - lo no comunitario de los centros es congado (fiscalía, policía, comisaría, familia - policía EPS - med. legal)</p> <p>Indique fechas de órdenes: La ruta se abre y a la víctima le toca repetir la historia tantas veces que no provoca valor, luego los mismos documentos (seguo el manejo total del caso).</p>
Nombre de persona contacto:	Rafael Barbano
Celular de persona contacto:	302-8406408
Correo electrónico de contacto:	barbano.r@gmail.com
Resuma los comentarios que desea sean considerados en las memorias de la Audiencia Pública de Salud	<p>que en la reforma se tengan en cuenta los centros de atención integral en salud mental, prevención - promoción y atención de los víctimas. y en algunos casos se este una especie de atención inmediata (fiscalía, comisaría, policía, psicología y psiquiatría, Trab. Social) que permita a la víctima minimizar costos de traslado y una atención humanizada Fundación Vire es Positivo.</p>
¿Pertenece a alguna organización?	<p>AGUAYVE LA DEMOCRACIA gracias!!</p>

Objetivos

- Resultado en salud
- Satisfacción
- Sostenibilidad
- Bienestar del trabajador
- Equidad entre actores

Propuestas a la Reforma

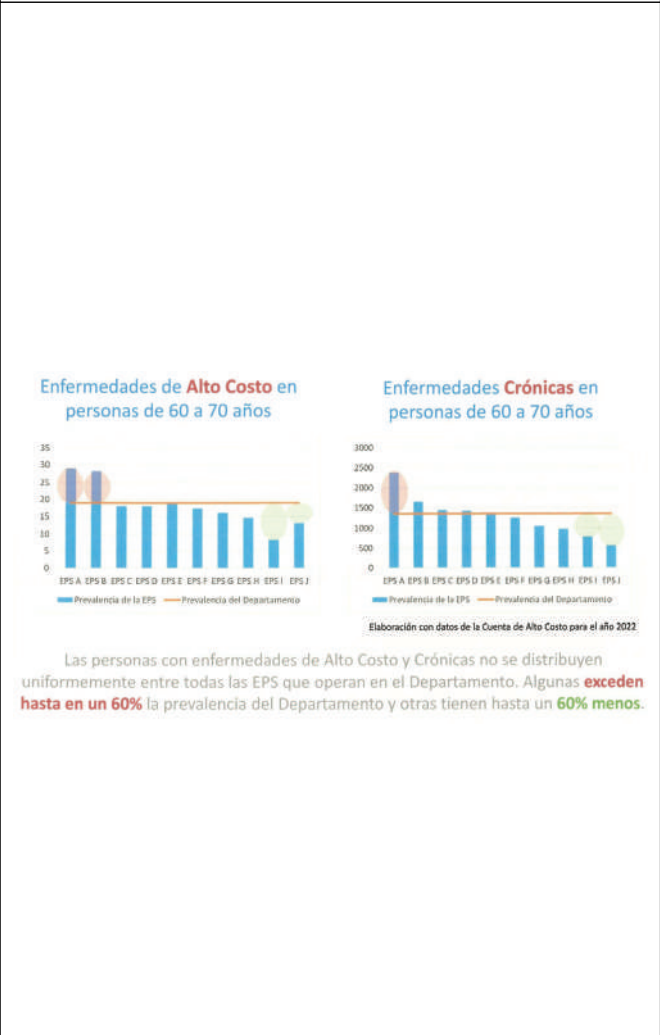
- Responsable del cuidado
- Conformación de redes
- Integralidad de la atención
- Libre elección
- Giro directo a los actores
- Remuneración correcta
- Atención Primaria en Salud
- Transición adecuada

Objetivos

- Resultado en salud
- Satisfacción
- Sostenibilidad
- Bienestar del trabajador
- Equidad entre actores

Propuestas a la Reforma

- Responsable
- Redes
- Integralidad
- Libre elección
- Giro directo
- Remuneración
- Atención Primaria
- Transición




Impacto económico de la asimetría en la concentración de pacientes con Enfermedades Crónicas y de Alto Costo en el Valle del Cauca

EPS	Impacto asimetría	Pacientes	Per Cápita
EPS A	330.779.762.695	172.626	40.956
EPS B	56.377.558.003	68.548	14.343
EPS C	23.119.417.125	86.335	3.761
EPS D	43.379.783.511	187.390	3.269
EPS E	-20.028.466.578	89.287	- 2.611
EPS F	-12.841.346.098	32.548	- 4.174
EPS G	-15.431.935.824	18.790	- 6.669
EPS H	-239.971.566.793	150.854	21.443
EPS I	-165.798.891.601	53.883	24.189
EPS J	-14.735.718.382	2.225	24.637
Total	0	875.065	- 0

Elaboración con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2022

Más de 514 mil personas (60%) con mayores necesidades en salud están afiliados a EPS que tienen una mayor carga económica. Estos pacientes, y los prestadores que los atienden, tienen mayor riesgo de experimentar problemas en la atención.

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS CARTAGENA (15 febrero 2024)



Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia. SECCIONAL BOLIVAR

Recibido 15 febrero/24
Rojas
Olivero
Sandoval
Ortiz

"REFORMA AL MODELO DE SALUD COLOMBIANO"

ANTHOC Bolívar se permite presentar a consideración de los colombianos sus puntos de vista para ser incluidos en el proyecto de Ley aprobado en la Cámara de Representantes y que cursa su trámite en el Senado de la República de Colombia, que busca garantizar el goce efectivo de salud de los habitantes para optimizar la calidad de vida con un buen servicio y prácticas de la atención médica, Asegurar los recursos necesarios en el sistema y la garantía de vinculación del Talento humano en planta a los trabajadores que realizan actividades permanentes, además garantizar las condiciones que permitan la continuidad de la Promoción de la salud y la prevención de la Enfermedad como modelo de Promoción y Prevención.

RECURSOS ECONÓMICOS INTERMEDIACIÓN FINANCIERA:


Todos los trabajadores activos seguirán haciendo los aportes correspondientes al sistema y con esos recursos administrados por el estado, se asegura la prestación de los servicios de salud con oportunidad y calidad.

De igual manera recuperar la dirección, gestión y administración del sistema de salud. No delegar esta responsabilidad estatal en entidades privadas que manejan los recursos de la salud desde la lógica de mercado y lucro, generando problemas de acceso, oportunidad y calidad en la atención de la población.

- > Reestructuración del modelo de atención en salud, orientándolo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como resolución inmediata a las enfermedades. Esto a través de la Estrategia de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (APIRS). Con centros urbanos y rurales equipados para atender la salud familiar y comunitaria según sus necesidades y territorios.
- > Modelo de Atención - Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS): se busca que la APIRS sea implementada en su totalidad, para los efectos de garantizar un alto nivel de atención salud para todos los colombianos, en armonía con la sociedad en general y los actores del nuevo Sistema de Salud La APIRS.
- > Se propone fortalecer la salud pública entera articulada a redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS) de alta calidad, suficiencia y estímulo para lo público y privado, con el objetivo de garantizar la atención en salud cuando se requiera y lo que se necesite con seguimiento permanente y el trabajo intersectorial para eliminar las condiciones de vida que deterioran la salud, los llamados "determinantes sociales de la salud", como ordena la ley estatutaria, en lo municipal, departamental y nacional, con amplia participación social. Esto permitirá la interdependencia y garantía de los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales para lograr calidad de vida.
- > Impulso para que se formalice la Política de Formación y Educación Superior en Salud que permita contar con talento humano suficiente en distintas técnicas, tecnologías,

profesiones y especialidades en salud y afines, disponible en todas las regiones del país acorde con el concepto de Territorios Saludables.

- > Régimen laboral especial que deberá ser reglamentado y concertado con los más de un millón de trabajadores involucrados, así como una política de formación del personal de salud cada vez más pertinente y ajustada a la diversidad de necesidades y la superación de inequidades acumuladas.



DIGNIFICACIÓN DE LOS TRABAJADORES

DISPERSIÓN LABORAL

1.200.000 Trabajadores

- 850.000 Trabajadores privados
 - Contratos a término indefinido: 200.000
 - Contratos de prestación de servicios y a término fijo: 650.000
 - Contratos de Prestación de Servicios y Estaduales: 140.000
 - Contratos de Prestación de Servicios y Estaduales: 140.000
 - Contratos de Prestación de Servicios y Estaduales: 140.000
 - Contratos de Prestación de Servicios y Estaduales: 140.000
- 350.000 Trabajadores estatales
 - Contratos de Prestación de Servicios: 292.000
 - Salarios públicos: 58.000
 - Una categoría: 10.000
 - Una categoría: 10.000
 - Una categoría: 10.000
 - Una categoría: 10.000

- > Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- > El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se elaborará teniendo en cuenta:
 1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado (ISE).
 2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.

5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

➤ En ningún caso, la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

➤ Para el caso de los CAPS el presupuesto será estándar y por oferta.

➤ Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de mediana y alta complejidad:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la Institución de Salud del Estado (ISE) presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.
3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.
4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestales.
5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado (ISE) para su ejecución.
6. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.

Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de salud municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

de empleo. En ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.

➤ Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE).

➤ Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

➤ El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

➤ El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

➤ Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

➤ Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE). En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.

➤ Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), en las condiciones laborales, salariales y prestaciones propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

➤ RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. Artículo 107. Régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.

➤ El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se establecerá de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

➤ En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas,

Giro de los recursos a las ISE. Los recursos del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios que serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda.

Dentro de los recursos girados a las ISE se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal, y no podrán destinarse al pago por otros conceptos. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente

➤ Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

➤ Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente ley.

➤ Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado (ISE), señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE) que determine el Gobierno nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado (ISE), se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto número 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9º de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1988, Ley 909 de 2004 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.

➤ La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones

con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

➤ El régimen laboral especial para los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado no estará sujeto a los límites que en materia salarial establecen las Leyes 4ª de 1992 y 617 de 2000.



➤ Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades, de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT, se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.

➤ El Gobierno nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales, tecnólogos y técnicos en salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, los departamentos con mayores índices de pobreza multidimensional y los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.

➤ Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos(as) tradicionales.

➤ Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

➤ Vinculación de los trabajadores del sector salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico-quirúrgicas, las Instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a profesionales especialistas, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el

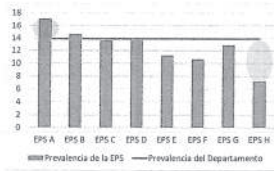
<p>➤ Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.</p> <p>➤ Todos los trabajadores tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, siempre y cuando la ADRES haya cumplido con el giro correspondiente.</p> <p>➤ Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes. 2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas. 2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud. 2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud. <p>➤ El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente ley.</p> <p>➤ Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las</p>	<p>cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes".</p> <p>➤ Principios del artículo 53 de la Constitución Política.</p> <p>➤ Artículo 18 de la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud - Sentencia C-313 de 2014.</p> <p>➤ Decreto 2400 y 3074 de 1988.</p> <p>➤ Sentencias C-614 de 2009, C-690, C-901 de 2011 y especialmente C-171 de 2012, entre otras.</p> <p>➤ Párrafo tercero - artículo 74 - Ley 1753 de 2015.</p> <p>➤ Más del 70% de los trabajadores de la salud no cumplen funciones administrativas, sino sanitarias.</p> <p>➤ Son incompatibles la estructura, funciones y naturaleza de la Comisión Nacional del Servicio Civil y de la Función Pública con la prestación sanitaria de servicios.</p> <p>➤ El concepto de mérito de la carrera administrativa, es contrario a la calidad, requisitos y competencias requeridos para desarrollar actividades o funciones sanitarias.</p> <p>➤ En un sistema basado en la competencia con el sector privado, limita a los hospitales públicos.</p> <p>➤ La bipolaridad de ser empleados públicos y tener que facturar el salario, hace nugatorios los derechos fundamentales de los trabajadores, lo que se ha traducido en informalización de las relaciones laborales.</p> <p>FACULTADES AL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA PARA QUE E UN TERMINO DE 6 MESE CONCERTA CON LAS ORGANIZACIONES SINDICALES, ESTATUTO ÚNICO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, con base en los siguientes elementos centrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régimen Laboral Único. Basado en contrato de trabajo a término indefinido, para todos los trabajadores que desarrollen actividades o funciones permanentes de la entidad, indistintamente que sea privada o pública. ✓ Vinculación a las Plantas de Personal. De todos los trabajadores que desarrollan actividades o funciones permanentes de la entidad, con estricto apego a la antigüedad de los trabajadores que han sido tercerizados o informalizados laboralmente, cumpliendo los precedentes constitucionales y legales. ✓ Salario Mínimo por Profesión u Oficio. Equivalente a la media nacional, por profesión u oficio, que sea la base de la pirámide salarial para la vinculación de jóvenes sin experiencia relacionada con el cargo.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Curva y escala salarial. El gobierno nacional concertadamente en la Subcomisión de Concertación de Políticas Salariales y Laborales del sector Salud y Seguridad Social elaborará una curva salarial que actualice técnicamente la calificación de cada uno de los factores determinantes de los salarios y establezca una curva de crecimiento salarial que parta del salario mínimo por profesión u oficio y con ello el escalafonamiento de los cargos, como son: <ul style="list-style-type: none"> • Educación • Experiencia relacionada con el cargo • Experiencia general • Especialización • Riesgos propios del ejercicio de la profesión, ocupación u oficio • Responsabilidades • Actualización • Investigación, producción material y científica • Condiciones propias del ejercicio del cargo • Equivalencias en el mercado laboral con otros sectores de los servicios ✓ Garantía de Financiación y Pago de la Nómina de los Hospitales Públicos. Mediante el giro directo de recursos derivados de presupuesto nacional y redistribución de los recursos del sistema. ✓ Subsidio a la nómina de Clínicas y Hospitales Privados. A los hospitales que prueben su participación en la garantía del Derecho a la salud y no simplemente el desarrollo de actividades comerciales o cosméticas. ✓ Jornada laboral acorde con la naturaleza del servicio sanitario y su continuidad. ✓ Reconocimiento y pago del trabajo suplementario, de recargos nocturnos, festivos, dominicales y compensatorios conforme a la norma más favorable. ✓ Programa de bienestar social con participación de los trabajadores, estable financiera, estructural y socialmente. ✓ Garantía de protección en salud laboral acorde con los riesgos del sector sanitario, físico, biológico y psicológico. ✓ Protección a la autonomía profesional. ✓ Protección a la Misión Médica y Sanitaria. ✓ Eliminar la exclusividad en la vinculación laboral. ✓ Eliminar las barreras de la Ley 617 de 2000, especialmente del artículo 73. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantía estatal de la ampliación de cupos para la formación de especialistas u subespecialistas. • Para profundizar la democracia en salud esta reforma fortalecerá la participación social para que se concrete la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en salud. La participación ciudadana deberá ser ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema. <p style="text-align: center;">JUNTA DIRECTIVA ANTHOC BOLÍVAR</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  Roberto Miguel Bustamante Orozco Presidente </div> <div style="text-align: center;">  Andrés Alberto De León Romero Secretario General </div> </div>

*De ahí 15 mil
Frases
Espina*

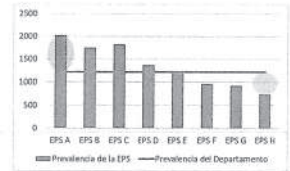
1. Prevenir fallas en la atención de 220 mil ciudadanos vulnerables del Departamento
2. Lo que nos diferencia de otras sociedades
3. Los objetivos del un Sistema de Salud y nuestras Propuestas a la Reforma

Eps. Santos

Enfermedades de Alto Costo en personas de 60 a 70 años



Enfermedades Crónicas en personas de 60 a 70 años



Elaboración con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2022

Las personas con enfermedades de Alto Costo y Crónicas no se distribuyen uniformemente entre todas las EPS que operan en el Departamento. Algunas **exceden hasta en un 60%** la prevalencia del Departamento y otras tienen hasta un **50% menos**.

Impacto económico de la asimetría en la concentración de pacientes con Enfermedades Crónicas y de Alto Costo en el Departamento de Bolívar

EPS	Impacto asimetría	Pacientes	Per Cápita
EPS A	33.487.820.116	24.303	22.124
EPS B	4.728.580.029	4.633	12.289
EPS C	51.631.551.928	53.147	12.149
EPS D	5.302.130.465	16.838	3.295
EPS E	23.891.166.366	124.359	2.005
EPS F	-42.008.498.686	40.881	7.697
EPS G	-59.666.748.667	31.453	13.905
EPS H	-32.671.175.757	11.526	14.144
Total	0	313.503	0

Elaboración con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2022

Más de **220 mil personas (70%)** con mayores necesidades en salud están afiliadas a EPS que tienen una mayor carga económica. Estos pacientes, y los prestadores que los atienden, tienen mayor riesgo de experimentar problemas en la atención.

Lo que nos diferencia de otras sociedades



Recursos de todos los colombianos
¡¡ Limitados !!





Actor responsable del cuidado y del manejo eficiente



Cobertura de Servicios de Salud
¡¡ Ambiciosa !!

30 años de alineación entre lo público y lo privado

Objetivos	Propuestas a la Reforma	Quíntuple Meta	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado en salud • Satisfacción • Sostenibilidad • Bienestar del trabajador • Equidad entre actores 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del cuidado • Conformación de redes • Integralidad de la atención • Libre elección • Giro directo a los actores • Remuneración correcta • Atención Primaria en Salud • Transición adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado en salud • Satisfacción • Sostenibilidad • Bienestar del trabajador • Equidad entre actores 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable Redes • Integralidad • Libre elección • Giro directo • Remuneración • Atención Primaria • Transición



Oficina Presidencial, diagonal 82 #71A-218
Cortagena - Bolívar - Colombia

15 febrero 2024

PROPUESTA PARA RECUPERAR Y PROTEGER LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD: EL USO DE LA INTELIGENCIA FINANCIERA EN ALIANZA CON LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL Y FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Es necesario aumentar la transparencia en la ejecución de los recursos en el sector salud. Los recursos de la salud son públicos y sagrados, por lo tanto, la transparencia debe ser máxima. Esto es relevante con o sin reforma en la salud.

Las EPS utilizan el derecho privado y el velo corporativo para encubrir malas prácticas en la asignación presupuestal. La Superintendencia Nacional de Salud llevará a cabo lo que nunca hicieron las anteriores administraciones, a saber: firmar un convenio con la Unidad de Información y Análisis Financiero y de esta manera acompañar también la ejecución del convenio entre la UIAF y el ADRES. Se revisará cada una de las cuentas de las EPS; (el Estado tiene el deber de monitorear la ejecución de los recursos de salud de los colombianos)

La lucha contra la corrupción en el sector salud es un asunto de interés para la seguridad nacional. Por esa razón, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la Inteligencia Financiera le reportarán de manera frecuente al Presidente de la República la naturaleza del gasto en salud, peso por peso (Ley 1621 de 2013, ley de inteligencia y contrainteligencia). El Plan Nacional de Inteligencia y Contrainteligencia declaró la lucha contra la corrupción y como Estado Social Democrático y de Derecho nos acogemos a la más estricta legalidad. Por esa razón, se reconocen las limitaciones propias de la Ley 1581 de 2008 sobre haberes data, en su artículo 2, numeral 1, en la cual se decreta que en los asuntos de seguridad nacional no habrá restricciones para proteger el interés público frente a amenazas como el lavado de activos y la corrupción; la información financiera es un dato SEMIPRIVADO porque es de interés para muchas otras personas. La Ley de creación de la UIAF (Ley 526 de 1999) y sus decretos reglamentarios (Decreto 1497 de 2002) constituyen una oportunidad para monitorear el gasto público en salud.


La protección de la salud es una cuestión pública y debe superar la abismal asimetría de la información entre las EPS y los otros actores del sistema general de seguridad social en salud.

Señor Ministro, usted tiene un convenio firmado con la UIAF. Respetuosamente le recomendamos que se apoye en las capacidades de la inteligencia financiera para recuperar y proteger el gasto sagrado de los recursos de la salud. Estaremos atentos para generar un espacio y ampliar la información de la presente propuesta.

Cordialmente,

GERALD ANTONIO MEZA VALDÉS
Médico General, Cirujano Cardiovascular y del Tórax
Gerente en Salud y empresario del sector salud.
Vocero IPS Progresistas de Colombia

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS BARRANQUILLA (16 febrero 2024)



Barranquilla, 16 de febrero de 2024

*Recibí: por vía oficial
Secretaría General
16 de febrero/24*

**HONORABLES SENADORES
COMISIÓN SÉPTIMA
SENADO DE LA REPÚBLICA
E.S.M.**

ASUNTO: Intervención de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. en audiencia pública sobre el Proyecto de Reforma a la Salud – Barranquilla.

Muy buenos días para todos los Honorables Senadores y demás participantes de esta audiencia, mi nombre es Patricia Velez Camacho, presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. y representante del Grupo de Acuerdos Fundamentales.

Hemos venido participando de forma activa en las audiencias públicas programadas y realizadas en el país. Ayer participé en la audiencia de Cartagena, haciendo especial énfasis en la necesidad de realizar estudios técnicos sobre los recursos requeridos para el sistema de salud y para implementar la reforma propuesta, sin olvidar aquellos dineros que se destinan para cubrir los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC.

Así, hoy quisiera centrar esta intervención en la necesidad de tener en cuenta al Talento Humano en Salud como actores esenciales del sistema y del proyecto. Específicamente pongo de presente los siguientes temas que deben ser desarrollados en el articulado:

1. Suficiencia del personal de salud y distribución equitativa en todo el territorio nacional para atender las necesidades de la población, lo que implica condiciones seguras de ejercicio, especialmente en las zonas apartadas del país.
2. Calidad en la formación del personal de salud.


3. La creación y asignación de plantas completas de personal en las instituciones públicas, que incluyan el personal de base y el personal especializado.
4. La creación de un verdadero Régimen laboral especial para los trabajadores de la salud, ya que el articulado del proyecto se limita a reproducir normas vigentes.
5. Este régimen debe incluir disposiciones sobre jornadas, descansos y reconocimiento de horas extras, garantías para la justa y proporcional remuneración, con recursos ciertos que permitan el pago oportuno tanto en el sector público como en el sector privado, y, además, disposiciones que aseguren la estabilidad, el respeto por los derechos adquiridos, un verdadero bienestar laboral y un retiro laboral digno.
6. Para el caso de los especialistas, es recomendable idear nuevas formas de contratación como podría ser la creación de la figura del Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente, que ha sido reconocida por la OIT.
7. Además, para garantizar que el sistema funcione se requiere el reconocimiento y pago de las deudas a favor del THS, tanto en el sector público como en el sector privado y sin importar la modalidad de contratación. Estas deudas no pueden ser condenadas al olvido.

Renovamos nuestra disposición, como organizaciones técnicas, objetivas y académicas para generar espacios de construcción y diálogo en pro de la mejor reforma para todos los colombianos.

Muchas gracias,

Patricia Velez Camacho
**PATRICIA VELEZ CAMACHO
PRESIDENTE S.C.A.R.E.**

CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS MEDELLÍN (23 febrero 2024)



Postura de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia en la Audiencia Pública de la Comisión Séptima del Senado frente a la propuesta de Reforma a la Salud

Señor Ministro de Salud, Viceministros y Honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado, cordial saludo.

Desde AESA expresamos nuestras coincidencias con la mayor parte del articulado presentado en el PL-339 que busca transformar el sistema de salud. Creemos firmemente que la red pública hospitalaria ha sido, es y debe seguir siendo en todo el territorio, la garantía para todos los colombianos, de acceder al goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y de brindar una posibilidad próxima y oportuna a la sociedad, de contar con servicios de salud más preocupados por la promoción de vidas saludables, la prevención como modo de vida y el tratamiento de la enfermedad y la paliación como medidas últimas del sistema de salud, pero que deben ser garantizadas.

Nuestro sistema de salud actual experimenta problemas serios relacionados con la prestación de los servicios de salud, y sobre la protección financiera que inicialmente generó. La reforma propuesta corrige muchos aspectos críticos, y propone respuestas adecuadas a las necesidades del modelo de salud actual.

Es imperativo el fortalecimiento y apoyo real a la red pública hospitalaria, que se evidencie con la suficiencia de talento humano, dotación adecuada de equipos médicos y suministros para la salud en todos los hospitales públicos del país.

Es fundamental habilitar y fortalecer los centros y puestos de salud en las zonas más apartadas, asegurando una atención en salud efectiva, cercana y oportuna para la población más vulnerable, así mismo, abogamos por el establecimiento de redes integradas e integrales de salud, basadas en un sistema preventivo, predictivo y resolutivo, que aseguren una atención integral y coordinada para todos los usuarios.

Todo esto requiere una asignación de recursos suficientes para el sector salud, en la actualidad requerimos liquidez por parte de las diferentes entidades administradoras de planes de beneficios para que nuestras instituciones puedan cumplir cabalmente con todas sus obligaciones con los funcionarios y proveedores, y en la reforma solicitamos la eliminación de la intermediación financiera por parte de las EPS, al igual que el desmonte de la integración vertical de estas entidades, las cuales reciben primero que todos los prestadores el pago oportuno de los servicios prestados, y para el resto de prestadores demoran el pago.

Proponemos entonces que los recursos financieros sean girados directamente a los hospitales públicos y demás prestadores garantizando su viabilidad financiera y permitiéndolo a los hospitales cumplir con su función social de manera eficiente.



Además de estas medidas estructurales, es crucial promover una formación académica más social por parte de las universidades formadoras de médicos. Los futuros profesionales de la salud deben adquirir una comprensión profunda de las necesidades y realidades sociales de las comunidades a las que servirán, así como desarrollar habilidades para trabajar en entornos diversos y enfrentar los desafíos específicos de las zonas más apartadas.

Es esencial garantizar empleos y salarios dignos para el personal de salud. Además, se debe asegurar una atención a los usuarios con calidad, oportunidad y seguridad, mejorando los indicadores en salud de la población y garantizando el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En resumen, instamos a la Comisión Séptima del Senado a trabajar en conjunto con todos los actores involucrados para impulsar una reforma integral del sistema de salud que atienda las necesidades y demandas de la población colombiana. Es momento de actuar con determinación y compromiso para construir un sistema de salud más justo, equitativo y eficiente para todos.

Agradecemos su atención y disposición para abordar esta importante problemática que afecta a millones de colombianos.

Medellín, 23 de febrero de 2024

 <p>APORTES A LA DISCUSIÓN DEL PROYECTO DE LA REFORMA A LA SALUD</p> <p>TEMA: PARTICIPACIÓN SOCIAL</p> <p>La Asociación de Usuarios de los servicios de Salud ASUDESSA, desde su fundación en 1999, su objetivo central fue la organización de los usuarios para la defensa del derecho a la salud, porque éramos conscientes de que la ley 100 sería nefasta para los colombianos y que solo traería desolación y muerte al convertir la salud en un negocio, donde primaba el lucro más que la vida, como realmente ha pasado durante estos 30 años, nosotros lo hemos llamado un genocidio silencioso, porque nunca sabremos cuantas muertes ha cobrado este nefasto engendro del Neoliberalismo en Colombia.</p> <p>Durante todos estos años ha habido muchas reformas a la ley 100, que no han servido para que los colombianos tengamos un sistema de salud con calidad y oportunidad. Los entes de control para vigilar la prestación de los servicios de salud como la Super Salud que debía haber sido el ente que regulara la buena prestación han estado más al servicio de los mercaderes de la salud que de los mismos usuarios o pacientes.</p> <p>La LEY 100 DE 1994 en su ARTÍCULO 231. Contemplo las Veedurías comunitarias como mecanismos de control, con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios. La realidad es que se conformaron asociaciones de usuarios en las EPS E IPS, pero asociaciones de bolsillo, dependientes totalmente de estas entidades y sin autonomía, resultando también haciendo el mandado a estas entidades y no ejerciendo una verdadera veeduría en función de una buena prestación de los servicios de salud.</p> <p>El proyecto de ley que se va a discutir en el Congreso, debe darle mayor relevancia a las Asociaciones de usuarios y veedurías ciudadanas o comunitarias jugando un papel preponderante, como entes de control con recursos propios independientes y autónomos, con mecanismos de regulación y control, para lograr que el sistema de salud tenga en efecto una participación real y efectiva de los usuarios como garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.</p> <p>El contenido de la Reforma</p> <p>TÍTULO VI PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL Artículo 91, 92, 93, 94, 95,96</p>	<p>Artículo 92:</p> <p>En su numeral 5. Habla de conformar una RED DE CONTROL SOCIAL y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>TÍTULO VII INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL</p> <p>También dice en el título 7 Artículo 93. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la RED DE CONTROL SOCIAL contempladas en la presente Ley. En este punto nos preguntamos: ¿Cómo se elegirá, nombrará o escogerá esta RED DE CONTROL SOCIAL? Esperamos que no suceda lo mismo con las actuales asociaciones permeadas por los intereses de las mismas EPS o IPS</p> <p>Insistimos en darle mayor importancia a las Asociaciones de usuarios con recursos propios independientes y autónomos. Como vemos en el proyecto de Reforma, continúa la SUPER SALUD con la mayor responsabilidad de la vigilancia y control del cumplimiento de la ley del derecho fundamental a la salud, por lo tanto necesitamos mayor incidencia de las asociaciones de usuarios y veedurías de salud, como entes de control también hacia la SUPER SALUD, porque la historia nos ha mostrado el papel tan deficiente de esta entidad que debiera ejercer con mayor ahínco la vigilancia y control de este derecho tan vulnerado al pueblo colombiano.</p> <p>LA SALUD ES LA PROLONGACION DE LA VIDA</p> <p>ASOCIACION DE USARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD</p> <p>JUNTA DIRECTIVA</p>
 <p>DECLARACIÓN DE AUDIENCIA PÚBLICA <u>MNSV</u> Y MOVIMIENTO DEL AIRE Y LA SALUD PÚBLICA</p> <p>Buenos días para todas y todos los presentes en esta audiencia pública. Hoy nos reunimos con el propósito de escuchar y recopilar de la ciudadanía y de los sectores organizados del pueblo, el sentir y las injusticias cometidas por un sistema de salud que, a lo largo de 30 años, ha subordinado la vida de las personas a los intereses del mercado y a los beneficios privados.</p> <p>Representamos a diversas organizaciones, tales como MOVIMIENTO POR LA DEFENSA DEL CAMPO Y LA CIUDAD, MESA DE VIVIENDA Y HABITAT DE LA COMUNA 4, JUNTA DIRECTIVA DE AUDASS Y LA ASOCIACION DE USUARIOS, MOVIMIENTO DEL AIRE Y LA SALUD PÚBLICA, de los territorios de MEDELLÍN Y SUS COMUNAS Y, A NIVEL NACIONAL, y con la voz de MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA.</p> <p>En nuestro último encuentro Nacional, que tuvo lugar en la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" en Medellín del 24 al 26 de noviembre de 2023, nos reunimos más de 350 personas de 17 departamentos del país, representando a más de 150 organizaciones. Entre los participantes se encontraban líderes y líderes sindicales, comunidad campesina, indígenas, estudiantes y profesores universitarios, trabajadoras del hogar, cuidadoras(es), pensionadas(os), asociaciones de usuarios, Copacos, veedurías ciudadanas, ambientalistas, mujeres y personas con discapacidad, entre otros, para conocer la propuesta de reforma a la Salud que se tramita hoy en el parlamento.</p> <p>La juntanza permitió la circulación de la palabra, para analizar la reforma a la salud y la necesidad de superar la precarización laboral en este sector. También se analizaron las consecuencias del modelo de desarrollo extractivista del país, el cual explota tanto la naturaleza como a las y los trabajadores y causa daños a la salud. A lo anterior se suma la baja gobernabilidad sobre las empresas multinacionales, las históricas prácticas corruptas en la administración pública, la persistencia del conflicto armado interno en gran parte del territorio nacional y la insuficiente inversión social en los territorios.</p> <p>En lo que respecta a la reforma a la salud, reiteramos la denuncia del movimiento por la salud: el problema central es la mercantilización del sistema de salud, con las EPS como principales agentes responsables de las inequidades, las restricciones de servicios y la pobre resolutivez, lo cual ha llevado a la muerte de personas ante la falta de acceso y respuesta a sus necesidades en salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha generado múltiples y complejas barreras de acceso a la atención en salud, especialmente en zonas rurales, rurales dispersas y urbano populares. 2. Restricción de la autonomía médica. 3. Enormes deudas con las IPS, en especial con los hospitales públicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Escasez de insumos en los servicios de salud para garantizar una atención con calidad. 5. Falta de adecuación de los programas de atención en salud. 6. Debilitamiento crónico de la red pública de salud. 7. Precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadoras en el sector salud, afectando la calidad de la atención, siendo el sector que más ha padecido las consecuencias de la flexibilización laboral y la tercerización de su labor, fundamental para el cuidado de la vida. 8. Proteger a los más vulnerables del sistema de salud antes de la reforma: enfermedades huérfanas, unidades renales, enfermedades mentales. Personas vulnerables, entre otras. 9. Realizar simulacros en las grandes capitales, antes de su aplicabilidad del nuevo sistema de salud, para evitar los imprevistos y el colapso del sistema. 10. Un contrato laboral digno, estable, decente a "Nuestros héroes". Especialmente a los trabajadores de la salud. (No más explotación laboral, no tercerización laboral). 11. Cumplimiento a las normas y tratados internacionales de la OIT con respeto a los horarios de trabajo, nocturnos y festivos. 12. El gobierno no solamente regulador del sistema, sino debe garantizar la salud de todos los colombianos con un sistema mixto. Contar con lo positivo de sus experiencias. 13. Cambiar la imagen del sistema de la muerte al de la vida: Antes era sinónimo del paso de la muerte, tutelas, desacato de tutelas. Evidencias: informes anuales del número de tutelas por tratamientos y exámenes POS. Pagados con anticipación por el gobierno. las estadísticas de las EPS, personerías, controladoras y Supersalud; sentencia 760 del 2008, observatorio de la salud de Medellín y ligas de usuarios de la salud. "Los muertos de la ley 100 por el abogado Jaime León Gañan Echavarría. 2013 14. Colombia está enferma mentalmente y necesita de los Psiquiatras, Psicólogos y exorcistas. Pasemos de la "Patria boba y patria psiquiátrica", de la tierra de Cain (Envidia y asesinato) matamos por trapos sucios y de diferentes colores. Trabajamos con antivaires, y la corrupción y la "cultura del pillo y del vivo" está en todas las esferas. "A lo malo lo llamamos bueno" (Is 5,20-23). (Mt 12,34).). Pasemos a la tierra de Jesús, a la Patria del perdón, del amor, de la paz, (Un país consagrado al Sagrado corazón de Jesús). 15. Hagamos de Colombia un "Laudato Si" para proteger todos los seres vivientes y al planeta tierra, nuestra casa Común. "[Laudato Si", Encíclica del Papa Francisco 2015] 16. Derecho a un aire sano. El derecho al Aire sano es indispensable para vivir sabroso y fomentar la cultura de la vida. Un aire mal sano está causando alta morbilidad y mortalidad en Colombia y el mundo. Convirtiéndose en una verdadera pandemia. Evidencia: las estadísticas de morbimortalidad causadas por la mala calidad del aire según la OMS. EPOC, cáncer pulmonar, ECV, ACV, infartos, derrames cerebrales, enfermedades pulmonares, destrucción del DNA de las células de todos los seres vivos. (Dra. Yaneth Orozco, bióloga con doctorado en ciencias médicas y la Dra. Alejandra Betancur, Ingeniera). Aprobar el proyecto CR 072 del 2022 que está en curso, sobre el índice de calidad del aire en Colombia actualizado según los indicadores OMS del 2021. (Movimiento del Aire y La Salud Pública del Valle de Aburrá). 17. Aprender a Trabajar con equipo multidisciplinario, especialmente lo del aire: con otros ministerios y dependencias. Ejemplo salud, ambiental, trabajo, minas y energía,

transporte, movilidad, ARL entre otras. (Trabajar el Dto MT 1072 del 2015. Decreto único reglamentario del sector trabajo y sobre la gestión de riesgo, el MT y las ARL saben cuántas empresas hay y que materiales químicos arrojan a la comunidad y al planeta, causante de enfermedades y muerte).

- 18. Participación ciudadana en la Vigilancia al nuevo sistema de salud: SAC: Servicio de atención de la comunidad. SIAU: sistema de atención a los usuarios. COPACO: Comités de participación Comunitaria. Asociación de usuarios. Comité de ética hospitalaria
- 19. Informarle a la comunidad el modelo de salud que optamos. (No a la improvisación) y disminuir la incertidumbre. Modelos: ¿Canadá? ¿Países bajos, Finlandia, el europeo de occidente, inglés, Tailandia, Corea del Sur?? Recordar la Historia: Pasamos de modelo Bismarckiano, alemán, al modelo neoliberal chileno modificado. Hoy la gente pide trabajo para pagar su salud. Un país con el 50% de trabajo informal, Una crisis de la EPS Savia salud de 1'700.000 afiliados. El sistema de salud tiene que mejorar sus indicadores de la OMS a nivel mundial, hay que trabajar mucho y cruzar y mejorar otros indicadores integrales, transversales, económicos y sociales, como los índices de bienestar social, de desarrollo humano, calidad de vida, coeficiente Gini. Cumplir los objetivos ODS.". Salud y bienestar, agua limpia y saneamiento, fin de la pobreza, hambre cero, trabajo decente y crecimiento económico, reducción de desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsables, acción por el clima, paz, justicia e instituciones sólidas. Con estos indicadores positivos podemos "vivir sabroso".

Así mismo se denuncia la desinformación generada en torno a la reforma a la salud, especialmente por la manipulación de los medios de comunicación masivos. Hacemos un llamado al gobierno Nacional por no socializar suficientemente la reforma con las comunidades locales y por no desarrollar estrategias de comunicación efectivas que contrarresten la desinformación generada.

Finalmente, ratificamos que los proyectos de ley del actual gobierno recogen las demandas de millones de colombianos y colombianas a lo largo y ancho del país, intentando con ello construir un primer camino hacia la justicia social, ambiental, energética, de género, sanitaria, pensional y laboral, así como hacia la construcción de una paz total.

Bajo estas consideraciones concluimos que la salud constituye un derecho humano fundamental e integrador en la medida en que es condición indispensable para materializar una vida digna y justa para todos los ciudadanos y residentes de Colombia, y por ello manifestamos el respaldo unánime y nos sumamos a la defensa de todas las reformas sociales (de salud, laboral, pensiones, agraria, de la paz) en la medida en que en ello se plasma el significado real y profundo de la salud como derecho humano fundamental.

Exigimos la co-construcción de políticas públicas en estos sectores con la participación activa de las organizaciones sociales y políticas que han luchado comprometidas con los derechos humanos. Es urgente en el sector salud construir diagnósticos participativos y territorializados, modelos de atención específicos para cada grupo poblacional, la implementación efectiva y con recursos del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) y la formación adecuada de las y los trabajadores del sector en estos temas.

Para efectos de notificación, deberá ser en las siguientes direcciones electrónicas a los señores: Ramon Eduardo Graciano David y Jessenia Usma ramonedugraciano@gmail.com y al jesseniausma@yahoo.es y a los teléfonos 3127918808 y al 3138042306



La Ley 100 de 1993 creo una entelequia monstruosa que sacrifica a pacientes y trabajadores de la salud para mantener la rentabilidad del mercado del dolor, mercado de frustración, la enfermedad, la muerte.

La intención de la Ley 339 conocida como reforma de la salud del 2023 pretende y así dice su artículo primero, construir un sistema nuevo basado en la atención primaria, desde ahí garantizar la salud como derecho fundamental, compartiendo los riesgos como las ganancias entre el sector publico y privado. Eso hoy sigue siendo solo un anuncio de buenas voluntades.

Falta de manera urgente gobernar para crear condiciones distintas de relaciones políticas, aterrizar a la real politik donde el enfoque "territorial" no es otra cosa que el choque permanente entre los poderes regional y local contra el poder presidencial.

El neoliberalismo provinciano camuflado de banderas independentistas, de amor por la patria chica, pretende realmente favorecer mafias de todo tipo, politiqueros y lagartos mientras nos distraen en el odio hacia un personaje u otro.

Desde la soledad macondiana que sentimos las organizaciones de trabajadores de la salud "tan lejos de Dios y tan cerca de la alpujarra", vemos difícil hoy que el estado nacional asuma la rectoría del sistema de salud, hoy Metrosalud, el hospital general de Medellín, por ejemplo, es víctima del manoseo politiquero del poder local, no nos pagan o dejan sin medicamentos las dispensas solo para poder decir "la culpa la tiene Petro", creo que este es el gran reto de la implementación de un nuevo sistema y otros tres puntos mas que pasamos a esgrimir de manera rápida.

- 1) Quitarle la plata a las EPS, negarle la sangre al vampiro, exorcioemos el sistema de salud para que estos espíritus agiotistas, avaros del mundo financiero, vuelvan a su sarcófago para que sigan en su sueño eterno al menos por unos mil años. Sin plata no hay dirección del sistema, no hay rectoría del estado, ni atención primaria, ni prevención, promoción, predicción. Este es el corazón del debate en el congreso; no es la preocupación por la atención, ni la salud de los pacientes, ni el bienestar de los trabajadores. Es lo que entienden los autoproclamados patriotas y libertarios como debate a la reforma a la salud.

- 2) Mantener a como de lugar el Artículo 43 de la reforma que condiciona a una lista de elegibles conformada por universidades de aquellos que aspiran a ser gerentes de hospital, conforme a una capacitación y evaluación. Los gerentes no pueden en un sistema nuevo de salud quedar en manos del amigo más pirata del alcalde o gobernador, que eligen muchas veces de gerente del hospital, por la habilidad para robar, por el fanatismo ideológico o su odio a la asociación de los trabajadores.

- 3) Los trabajadores exigimos se nos quite la carga del sistema de salud de nuestros hombros, donde ha estado durante toda la vigencia de la ley 100. Ya es suficiente, hemos cargado como atlas al mundo toda la injusticia toda la inmundicia de la salud privatizada desde 1993, aparte que decenas de miles de colombianos y colombianas mueren todos los años por enfermedades tratables; también los trabajadores de hospitales y clínicas con un 70% de nosotros en contratos tercerizados, venimos viviendo la mayoría de nosotros en la decadencia total. Pagos de salarios mínimos a enfermeras, congelamiento de sueldos a los médicos, contratación por falsos sindicatos que se quedan con el 40 y 50% de lo que el hospital paga. Hoy los profesionales de la salud toman mas antidepresivos que sus pacientes, tenemos tantos suicidios como los adolescentes, ayer héroes hoy mendigos, en fin.

Por ello hemos creado SOS un movimiento de trabajadores que exige con o sin reforma:

- a) Una tabla salarial nacional unificada.
- b) Contratos indefinidos y directos con las empresas o instituciones donde laboramos acabando con la tercerización y falsos sindicatos para todos los trabajadores misionales que incluyen vigilantes y personal de aseo, no vemos bien que en la reforma se iguale los contratos estables con los de hora labor y prestación de servicios.
- c) Una legislación que reconozca nuestro trabajo como labor de alto riesgo (riesgo biológico, de seguridad, psicológico, a material de energía ionizante etc), lo que implica una variación en la ley de riesgos profesionales y en el régimen pensional.

Señor Ministro, señoras y señores senadores, SOS es un movimiento de empleados de la salud conformada por siete sindicatos y asociaciones de usuarios, por ahora en Antioquia, solicitamos que se nos preste especial atención, tenemos propuestas, necesitamos acompañamiento. Porque la deuda de la salud no es con las EPS es con los pacientes y nosotros los trabajadores. Muchas gracias.



Bogotá, D.C., febrero 26 de 2024.

Señor PRAXERE JOSE OSPINO REY Secretario General Comisión Séptima SENADO DE LA REPÚBLICA Ciudad.

ASUNTO: Documento soporte invitación para participar en Mesa técnica de aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos.

Respetado Señor Ospino.

De manera atenta, nos permitimos adjuntar el documento técnico de inquietudes y propuestas para la "Mesa técnica de aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos" convocada por el Senado de la República en el contexto de la discusión del Proyecto de Ley 246 Senado.

Agradezco su atención.

Alvaro Puerto Valencia Presidente SIES SALUD SAS

Documento soporte para revisión en la Mesa Técnica de aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos, dentro del marco del estudio del "Proyecto de ley 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley 341 de 2023 Cámara y el proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara, "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con patologías de alto costo y crónicas complejas representan una gran carga para el sistema de salud, no solo desde la perspectiva del financiamiento, sino desde las complicaciones y hospitalizaciones evitables, requiere un programa especializado y el acceso continuo a los servicios de salud de manera integral, entendiendo la complejidad que, en el manejo clínico, médico y asistencial requieren estos pacientes.

Un factor crítico para lograr estos resultados es que el programa especializado tenga la integración de la atención médica con otras disciplinas como la gestión farmacéutica, dado que son pacientes que se caracterizan por consumir múltiples medicamentos (polimedición), y por lo tanto requieren evaluación y seguimiento de la adherencia a los tratamientos farmacológicos, evaluación y seguimiento a las interacciones de todos los medicamentos y la presencia y control de posibles eventos adversos.

Es claro que la adherencia a los medicamentos y el poder evaluar los factores antes mencionados se hace efectiva si el servicio farmacéutico hace parte integral de los programas especializados, disminuyendo de esta forma las barreras de acceso y garantizando el acceso efectivo al cuidado de la salud y por ende al tratamiento farmacológico, lo que contribuye directamente a la garantía efectiva del derecho a la salud.

En el marco de esta complejidad se ha demostrado la necesidad de brindar servicios integrales a través de programas especializados que respondan a las necesidades propias de estos pacientes. Enmarcar su atención a través de estos programas resulta en el mejoramiento de su calidad de vida y de los resultados en salud, dados por una menor probabilidad de complicaciones, menor tasa de hospitalizaciones evitables, reducción de costos directos, indirectos y sociales para el sistema de salud, haciéndolo más sostenible.

INTRODUCCIÓN

La integralidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los principios fundamentales que enmarcan la seguridad social en el país, principio consagrado en el artículo 2 de la Ley 100, que describe la integralidad como "La cobertura de todas las contingencias de salud que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población...". En este mismo sentido, la Corte Constitucional ha emitido varios conceptos al respecto, dentro de los cuales se destaca considerar el concepto en cuestión en el Sistema de Seguridad Social en Salud como "Un conjunto de cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y seguimiento así como otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar los dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones...".

En esta misma línea de comprender el concepto descrito, el Gobierno Nacional ha definido en la Resolución 5261 de 1994, en su artículo 16, las enfermedades ruinosas o catastróficas como "Aquellos representan una alta complejidad técnica en su manejo, un alto costo, baja ocurrencia y baja costo efectividad en su tratamiento", y en esta misma resolución, en su artículo 17, se consideran los tratamientos para enfermedades ruinosas o catastróficas como aquellos "utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por baja costo-efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo, incluyéndose los siguientes: Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer, diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de médula ósea y de córnea; tratamiento para el SIDA y sus complicaciones, tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas, tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor, terapia en unidad de cuidados intensivos y reemplazos articulares".

En consideración de todo lo anterior, de la importancia de la integralidad, y en especial en las enfermedades catastróficas por el impacto que generan en la vida de las personas que conviven con ellas, por la carga de enfermedad per se y la carga en el sistema de salud, es que la Corte Constitucional le ha dado mayor preponderancia a la integralidad bajo 4 perspectivas: Como una forma de garantizar el derecho a la salud, como una regla de prestación de servicios de salud, como una característica del sistema de salud y como una obligación acerca de las condiciones como debe prestarse un servicio (Garzón, 2014, p21).

Así las cosas, es claro que dentro del ordenamiento jurídico del país, y como elemento basal de una prestación de servicios de salud centrada en el paciente, que la prestación debe ser integral, entendiéndose esta desde el diagnóstico hasta la rehabilitación; es un elemento estructural de todo programa de salud, más aún cuando se trate de patologías frente a las cuales no es posible ofrecer curación, solo tratamiento permanente, y es en este entendido donde llega a surtir un papel fundamental en esa integralidad la accesibilidad y disposición a los tratamientos farmacológicos de las diferentes patologías, en especial cuando tales tratamientos farmacológicos han logrado cambiar la historia natural de la enfermedad, pues, aunque no sea posible ofrecer cura, sí permitieron que las patologías se convirtieran en un elemento más de la vida de las personas que conviven con ellas, pero no determinan su vida. Tal es el caso de la infección por VIH, por ejemplo, patología mortal hasta la salida al mercado del primer antirretroviral (Zidovudina) a finales de la década de los 90, medicamento que invirtió las curvas de comportamiento de la infección y allanó el camino para que actualmente ser seropositivo para tal infección sea una condición crónica tratable no mortal, o por ejemplo, la existencia y uso de los medicamentos modificadores de la enfermedad en el escenario de artritis reumatoide, que permitió generar control de los procesos inflamatorios articulares y sistémicos con la favorable consecuencia de control del dolor y mejoría de la calidad de vida de las personas que conviven con esta condición, y que incluso permitió reintegración laboral a quienes se encontraban en edad económica activa.

Entrando en materia, es clara la necesidad de la integralidad y que los programas de enfermedades crónicas, en especial, las tipificadas como patologías de alto costo, garanticen un acceso expedito y constante a los diferentes medicamentos definidos para el control de las diferentes condiciones. En este sentido, es menester discutir diferentes puntos:

- 1. La no integralidad en la prestación de los servicios en un mismo lugar, especialmente hablando de la prescripción y dispensación de los medicamentos para las enfermedades, implica una práctica inadecuada, pues se está afectando uno de los atributos de la calidad y, específicamente para el caso colombiano, se está yendo en contra de varias las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad definidas en el artículo 3 de tal resolución: accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad. El hecho de que un paciente sea prescrito en una IPS y dispensado en otra, a manera de ejemplo, puede acarrear varios problemas como el desplazamiento de la IPS prescriptora a la IPS dispensadora, que en varias oportunidades suelen quedar lejos la una de la otra, lo cual a su vez implica que el paciente deba invertir más tiempo, pedir más tiempo en el trabajo, hacer doble o triple fila, gastar más en transporte, etc.; adicional a ello, puede ocurrir que el paciente llegue a la IPS dispensadora y haya disponibilidad de uno o varios medicamentos, lo cual implica que el paciente deba volver después o que la IPS dispensadora deba enviarlo a domicilio para garantizar la gestión de la demanda insatisfecha (considerando que la IPS dispensadora sea rigurosa con la gestión de la Resolución 1604 de 2013). Todo lo anterior, a

su vez, puede implicar que el paciente, si no tiene el tratamiento completo, lo deba suspender (como es el caso de tratamiento para de la infección por VIH que se rige por la ley del todo o nada – El paciente consume toda la TAR (tratamiento antirretroviral) o no consume nada porque es mucho pero consumir TAR parcial (tratamiento antirretroviral) – 1 de 3 medicamentos o 2 de 3 medicamentos; pues esto presiona inexorablemente la aparición de códigos de resistencia que van afectando la viabilidad de ese esquema hasta que, en un momento dado de la infección, lo hacen inviable y se genera entonces la necesidad de escalar a esquemas TAR (tratamiento antirretroviral) más complejos, más tóxicos y más costosos). Al suspender el tratamiento, ocurre entonces la pérdida del control sobre la carga viral, el aumento de la replicación viral, el paciente puede reiniciar el ciclo de contagio al ya no ser indetectable (entendiéndose indetectable igual a intrasmisible), se genera el impacto negativo en los indicadores en salud y se perpetúa en ciclo de contagio y la cadena de transmisión que afecta la salud pública.

- a. Como ejemplo de esto, es las dificultades que tienen los pacientes de Nueva EPS donde nosotros les entregamos la mayoría de los medicamentos del programa, sin embargo, hay algunos medicamentos de las inclusiones para el 2.024 que el asegurador le compra a Colsubsidio teniendo que ir el paciente a otra farmacia, sin orientación del medicamento, ¿será que es para beneficiar la integración vertical siendo su proveedor socio?
 - b. Otro ejemplo fue Sanitas. En su momento, su IPS dispensadora era Cruz Verde y los problemas de abastecimiento y de demanda insatisfecha (paciente que no recibe medicamento) eran considerables. Una vez la dispensación pasó a nuestra IPS todo lo anterior mejoró y, sólo por ese hecho, el indicador de Indetectabilidad a las 48 semanas lo que significa que el virus está controlado y que el paciente no contagiara a otros. Esto se puede evidenciar en los indicadores que monitorea la Cuenta de Alto Costo.
2. Cuando la prescripción y la dispensación están a cargo del mismo prestador, se dispone de un manejo integral de los medicamentos, pudiéndose ejecutar mecanismos de control y de pertenencia de la prescripción que estén definidos en función de la necesidad del paciente, pero con un criterio técnico multidisciplinario que lo respalde, como es el caso del Comité de Prescripción Razonada (CPR), que es un diálogo de saberes interdisciplinario y holístico que apoya y garantiza la mejor prescripción para la necesidad de un paciente puntual. *Cuando no se tienen la dispensación consigo, se suele generar un contrasentido entre la idoneidad técnica, como es el caso del CPR, y la disponibilidad de moléculas en la IPS dispensadora, llegándose a situaciones tan desafortunadas como que el esquema de tratamiento definido por el CPR es A+B+C pero la IPS dispensadora tiene solo A, D y G;*

4. Otro elemento fundamental es la gestión conjunta entre la prestación de los servicios en la parte asistencial y los servicios farmacéuticos de las marcas bloqueadas, es decir, existen pacientes que por sus particularidades biológicas pueden recibir un medicamento A de marca A pero no pueden recibir ese mismo medicamento A de marca B; esto implica una activación rápida, articulada y sinérgica mediada por los QFS de las unidades para que los servicios farmacéuticos solo dispensen la marca A que el paciente tolera y necesita, así implica surtir procesos de compra al paciente específico. Lo anterior complementado con las restricciones y alertas activas en la historia clínica de la entidad prestadora que permiten realizar este control en el momento de la dispensación. Esto no se presenta solo con medicamentos; también tenemos el caso, por ejemplo, de los preservativos libres de látex que se les dan a ciertos pacientes porque tienen una alergia documentada al material que puede ser fatal. Si la IPS dispensadora es otra diferente a la IPS que atiende al paciente, ¿se podrá hacer este ejercicio de las marcas bloqueadas? todo con el fin de garantizar otro de los atributos de la calidad que es la seguridad.

5. Retomando el tema de la seguridad como uno de los atributos de la calidad y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia, el tener el control sobre los medicamentos que se dispensan permite hacer un seguimiento absolutamente riguroso a la trazabilidad de los medicamentos de forma tal que con toda la ética que corresponde, si un medicamento se avería y requiere cuarentena se pone en cuarentena; si un medicamento se vence o contamina y requiere destrucción, se envía a destrucción independientemente del valor del medicamento, pues lo que prima siempre es la seguridad del paciente y garantizar que se le está entregando un producto de absoluta calidad. Como experiencia interna de hace unos años, está el caso sobre unas monodosis de antivirales de acción directa para hepatitis C quedaron mal empaquetadas en los sachets de monodosis por el proveedor y, aunque era poco probable que esas monodosis perdieran su efecto al estar en un sachet defectuoso, SIES tomó la decisión de retirarlas y enviarlas a destrucción pues no se podía garantizar su total idoneidad para los usuarios.

6. La gestión individual del riesgo también se puede ver afectada positiva o negativamente por lo ampliamente descrito en líneas previas. En la empresa cada paciente tiene su propia ruta dependiendo del nivel de severidad, actividad, clasificación de su enfermedad lo cual debe tener total conexión y coherencia con las decisiones terapéuticas que se tomen y que se apoyen en los procesos de seguimiento y control como el CPR, el ejemplo más claro son las prescripciones de EPO (eritropoyetina) en los pacientes con ERC con anemia refractaria generalmente en estadio V. Por su riesgo y necesidad, clínicamente el paciente en esas condiciones requiere ese medicamento para poder corregir la anemia, al paciente se le prescribe tal pero, en este caso puntual, este medicamento no está contratado con SIES, es del alcance del asegurador, en ocasiones el trámite administrativo se demora y el paciente

entonces la IPS de atención integral debe ajustar el tratamiento a la disposición de lo que la IPS dispensadora tiene y no a lo que el paciente realmente necesita.

- 3. Gestión de la Demanda Insatisfecha: SIES Salud se caracteriza por una gestión estricta de la demanda insatisfecha y presiona todos los actores internos para garantizar sí o sí el cumplimiento de la mencionada Resolución 1604 que exige la solución de la demanda insatisfecha en las siguientes 48 horas posteriores a su generación, lo anterior porque entiende las implicaciones que tiene que un paciente suspenda un tratamiento; por lo tanto, la empresa pone en marcha todas las capacidades disponibles para llevar esas 48 horas a la menor cantidad de tiempo posible, lo cual implica clusterización de los operadores logísticos (operadores logísticos por zona, pueblo), operadores de mensajería de dedicación exclusiva, seguimiento estricto a todos los operadores, etc. En este punto, si la IPS dispensadora es diferente a la IPS de atención, ¿cómo se podrá garantizar esa gestión? ¿El asegurador del paciente podrá garantizar ese nivel de exigencia a la IPS dispensadora? ¿Las IPS dispensadoras podrán tener todas las capacidades necesarias para llegar a todos los territorios a los que llega SIES? Complementaria a esta estrategia, en SIES Salud correlacionamos la atención por telemedicina por zonas geográficas equidistantes para remitir los medicamentos al mismo tiempo, optimizando tiempos y recursos en pro del cumplimiento de la efectividad de entrega de medicamentos en el domicilio. Esto no se puede lograr cuando la atención la realiza una IPS y la dispensación la realiza otra.

En este mismo ítem de la gestión consciente y analizada de la demanda insatisfecha que hace SIES, es necesario considerar que la empresa logra un nivel de granularidad tal en la entrega de los medicamentos que, cuando al paciente no puede reclamar los medicamentos que generaron la demanda insatisfecha en la unidad, la empresa acuerda con el paciente todo el nivel de detalle para poder entregarle los medicamentos de forma ideal: horarios, lugar, indicaciones particulares, referencias físicas, etc. Tenemos el caso de un paciente en una unidad de salud que solo podía recibir los medicamentos luego de las 9 p. m. en su domicilio porque trabajaba todo el día y tenía condiciones en su vivienda particulares que solo hacían posible que él recibiera sus medicamentos en forma presencial y a esa hora. Antes esto, la empresa organizó toda la logística correspondiente para que, garantizando la seguridad del funcionario y la seguridad de los medicamentos, se le pudieran entregar los medicamentos al usuario en dichas condiciones. Esto mismo ocurrió en una ocasión, pero el paciente solicitó la entrega antes de las 6 a.m. En este sentido, ¿un operador logístico farmacéutico no articulado con la IPS prestadora podrá llegar a ese nivel de detalle y de adecuación para poder entregar los medicamentos?

ALUD puede quedarse varios días o semanas sin la EPO y por lo tanto sin mejorar clínicamente de una condición para la cual específicamente ese paciente requiere ese medicamento.

- 7. En estudios clínicos y observacionales, se ha demostrado que los pacientes con artritis reumatoide que participan y están vinculados en programas integrales de atención presentan una reducción en la progresión del daño articular, una mejoría en la calidad de vida y una disminución en el riesgo de discapacidad en comparación con aquellos que no reciben este tipo de atención. En nuestro programa de Enfermedades Autoinmunes tenemos un claro ejemplo de lo previamente indicado: Para el 2022 –10 meses después de iniciar el manejo integral de los usuarios (sin dispensación de medicamentos) el 71% de la población alcanzó control (Remisión + Baja Actividad) de la enfermedad mientras que en 2023 en una cohorte con la atención y dispensación integral de medicamentos se alcanzó el control del 75% de la población en 6 meses. Un paciente controlado, no solamente se mejora su calidad de vida, si no que además disminuye los riesgos de complicaciones y hospitalizaciones disminuyendo los desperdicios y sobre costos del sistema de salud.

- 8. Por último, uno de los pilares capitales de gestión en los diferentes programas de la empresa es la gestión intensiva de la adherencia con diferentes estrategias como formaciones educativas individuales, grupales, seguimientos por QFs, grupos focales, etc.; estrategias que buscan precisamente que los usuarios introyentan la importancia de la adherencia al tratamiento de sus patologías de base en especial al tratamiento farmacológico dado que esta es la piedra angular del control de las patologías, pero para que todas estas estrategias sean efectivas y logren el objetivo dependemos de la garantía del acceso a los diferentes medicamentos de forma oportuna y continua, en concordancia con todo lo mencionado en el numeral 1.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la sustentación anterior, propendiendo por una reforma centrada en el paciente, que aporte a su salud y calidad de vida, que no se fraccionen los servicios y que a su vez contribuya con el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad, anexamos propuesta para que sea ajustado el artículo 19 del "Proyecto de ley 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley 341 de 2023 Cámara y el proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara, "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Atentamente;



Alvaro Puerto Valencia
Presidente
SIES SALUD SAS



Comité ANEP

LA SALUD COMO DERECHO VITAL.

"Una nueva organización política, una nueva organización económica, una nueva organización social y una nueva organización sanitaria, de abajo hacia arriba, de la periferia hacia el centro es lo único que nos garantizaría buena salud, paz y bienestar"
(Héctor Abad Gómez)

Muy buenos días asistentes a esta Audiencia que tratará la reforma al Sistema de Salud presentada por el gobierno del Pacto Histórico.

En nombre de la Asociación Nacional de Educadores Pensionados -ANEP-regional Antioquia, saludamos con gran beneplácito esta audiencia pública: "Reforma de la Salud", muy tímida en ocasiones, de cara al territorio nacional a excepción de espacios como este. Hoy los pensionados en el país nos encontramos en una situación de bastante incertidumbre, tal como expresaba un pensionado al manifestar: "me duele la espalda producto de ella".

En la actualidad se encuentran muy afectadas las condiciones de dignidad y la calidad de vida de los pensionados, se vulneran derechos como: tener una atención digna a los servicios de salud.

Aprovechamos este espacio para destacar el proyecto de Reforma a la Salud y otras Reformas Sociales que son de interés público, y tienen especial relevancia en la agenda nacional. El médico Alejandro Quintero Galeano expresa "La reforma a la salud es mucho más que un articulado, es un cambio de modelo y mentalidad para eliminar la mercantilización de este derecho".

Dejamos constancia que los maestros pensionados no estamos en contra de la Reforma de la Salud, planteada por el actual gobierno, siempre hemos criticado la implementación neoliberal de la Ley 100/93, puesto que somos víctimas de los deficientes y precarios servicios que ofrece, puesto que están supeditados al mercado rentable de las entidades prestadoras del servicio, olvidando que la preservación de la vida es un derecho fundamental y se debe brindar un servicio oportuno a todas las personas sin tantas trabas o autorizaciones, que lo único que hacen es dilatar el proceso y poner en riesgo la vida de los pacientes, una prueba de ello son los centenares de tutelas exigiendo una atención o el suministro de medicamentos.

Al promulgar la Ley 100 de 1993, se establece que los educadores de la nómina oficial tienen un régimen de excepción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS a través del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -FOMAG y la administración a cargo de la Fidupervisora, a la fecha el contrato en Antioquia con la UT REDVITAL se ha postergado y podría afirmarse que los servicios de salud del magisterio activo y de los pensionados se encuentran en cuidados intensivos.

A pesar de la denominación de "régimen especial", la prestación del servicio de salud por las EPS en las regiones según asignación del contrato por el FOMAG, son de mala calidad y muy similares a los que prestan en el POS de los afiliados a las EPS o en el régimen subsidiado, creado por la Ley 100, hay demoras en las citas y la frase que se volvió repetitiva es "no hay agenda", tanto para medicina general y especializada, como para los exámenes clínicos y los procedimientos quirúrgicos. Es frecuente que docentes pensionados/as, con enfermedades de gravedad, tengan que recurrir a servicios clínicos quirúrgicos privados.

En enero de este año el FOMAG presentó el documento *Modelo de Atención en Salud*, como una propuesta de reorganización del Modelo de Salud del Magisterio producto de la participación de FECODE, Ministerio de Educación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Salud y Protección Social, Fidupervisora y la Administradora de los Recursos del Sistema

General de Seguridad Social en Salud – ADRES; en la construcción de este documento hay representación de cuatro (4) voceros del gobierno, representantes de Fecode, mientras que los educadores pensionados que en el país en estos momentos somos un poco más de 233.000, representando el 28.45% del total de beneficiados que tiene el Fomag, no se tuvieron en cuenta en esta discusión y tampoco en el Consejo Directivo.

Los educadores pensionados somos conscientes y respaldamos el proyecto de ley de reforma al Sistema de Salud, puesto que con este se pretende recuperar el control, la administración y la inversión pública real.

Aprovechamos la audiencia pública para solicitar desde esta tribuna la recuperación de nuestros derechos fundamentales consagrados en la Constitución, los educadores estatales pensionados, llevamos 31 años viendo cómo nuestros derechos fundamentales han sido vulnerados, a pesar de ser los mayores aportantes (70%) a la financiación aproximadamente con 1.2 billones de pesos, triple de lo que aportan los docentes activos en el pésimo servicio de salud al igual que nuestros beneficiarios, y que hemos sido sometidos al descuento del 12% de nuestras mesadas pensional para salud, constituyéndose en un castigo porque se pasó del 4% cuando se estaba activo.

Por lo anterior estamos exigiendo tener derecho a un servicio de salud digno, oportuno y de calidad, y que el aporte sea reducido al 4%, tal como aportan los trabajadores del régimen contributivo de la salud. La injusticia es más grande si tenemos en cuenta que los congresistas aportan tan solo el 4% de sus altos salarios, lo mismo ocurre con ministros, embajadores, magistrados, entre otros y a pesar de ser de los que más alto porcentaje de descuento tenemos, los servicios que recibimos son precarios y con muchas restricciones.

Proponemos que en el nuevo Modelo de Atención a la Salud se tenga en cuenta el fundamento de la Constitución del 1991 que la plantea el derecho a la salud como un servicio asequible y no como mercancía. No es visible en los anteriores modelos

como se da la cobertura y como es la atención geriátrica, de gerontología, de ahí la situación de vulnerabilidad de la mayoría de adultos mayores.

Desafortunadamente en la Fidupervisora no tenemos un representante de los pensionados y tampoco en el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG, aun siendo los mayores aportantes financieramente (70%).

La reforma a la salud contemple un artículo específico donde se diga: que los trabajadores jubilados adultos mayores tengan una atención en salud oportuna y con ayudas diagnósticas, tratamientos especializados y medicamentos acordes al cuadro que presenten.

Desde ANEP estamos apoyando no solo el proyecto de reforma Cambio por la Vejez, sino que hacemos parte del impulso del Proyecto de Ley Estatutaria de la persona adulta mayor y del pensionado, que para este año en la segunda legislatura será presentado por la Confederación de Pensionados de Colombia-CPC, y otras organizaciones nacionales de pensionados.

La Salud Pública NO se debe concebir como negocio sino como DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL, y la lucha por su concreción es nuestro deber ético y moral.

Gilberto Ospina Marroquín
Presidente

Rodrigo Alberto Londoño Pérez
secretario



S.O.S. por los trabajadores de la salud

Intervención en la Audiencia Pública de la Comisión Séptima del Senado de la República de Colombia, febrero 23 de 2024. Reforma a la Salud.

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, que creó el actual sistema de salud que hasta la fecha rige en Colombia, comenzó la era de la esclavitud de los profesionales, auxiliares y trabajadores de la salud en nuestro país. Desde 1994, con la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, se acuñaron dos frases aterradoras: Reestructuración hospitalaria y flexibilización laboral, dando paso al despido masivo de los trabajadores del sector, una masacre laboral sin precedentes en todo el país. Una amarga experiencia de lo que este modelo de salud trajo desde el punto de vista laboral para todos nosotros, en perjuicio de nuestro desempeño profesional, nuestra vida familiar y nuestro rol social, afectando de

manera muy negativa los proyectos de vida de muchos de nosotros. Han sido 30 años de oprobios, abusos, humillaciones y explotación que aún no terminan.

Los derechos consagrados en la Constitución de 1991 dejaron de aplicarse para quienes hemos laborado en salud a partir de ese momento; la vida digna, el trabajo decente, el derecho de libre asociación, el derecho a la salud, a una pensión, entre otros, se convirtieron en una utopía para nosotros. Alcaldes, gerentes y administradores de hospitales y clínicas se apropiaron de formas de esclavización tales como OPS (órdenes de prestación de servicios) y cooperativas de trabajo asociado, y las autodenominadas "agremiaciones sindicales" para evadir la relación laboral y los derechos de los trabajadores, burlándose socarronamente de lo ordenado reiteradamente por la Corte Constitucional en varios fallos sobre la obligación de la vinculación laboral formal de los trabajadores misionales.

No se construyó sobre los construido, se arrasó completamente con el Sistema Nacional de Salud: Se cerraron todos los puestos de salud y centros de salud de veredas y corregimientos, como también varios hospitales de pequeños municipios que nunca lograron ser rentables financieramente. Finalmente, se suprimió completamente el programa aéreo de salud y se despidieron todos los promotores de salud y

vacunadores. Este ha sido el maravilloso sistema de salud y seguridad social del que hemos sido víctimas los empleados y trabajadores del sector.

Honorables Senadores, la deuda del sistema de salud en Colombia NO ES CON LAS EPS, es con nosotros los trabajadores de la salud; la reforma al actual sistema de salud es un imperativo humano en consideración a un gremio de trabajadores que lo ha dado todo por este país, hasta la vida, para sustentar un modelo de atención que solo nos ha dejado empobrecimiento, frustración y desesperanza.

No queremos que la historia se repita nuevamente, no puede ser la argumentación que, para lograr un sistema de salud viable y sostenible, sea necesario continuar con la esclavitud de los profesionales, empleados y trabajadores que prestan estos servicios como lo sostienen algunos opositores a la reforma.

En el Proyecto de Ley 339 de 2023 que hoy está para discusión de los honorables senadores en comisión séptima y posteriormente en sesiones plenarias, se hace necesario revisar la inclusión de un parágrafo en el Artículo 45 "Régimen Laboral de las ISE", que establezca claramente la vinculación formal de los profesionales, trabajadoras y trabajadores misionales del sector que hoy se encuentran tercerizados mediante cualquier otra figura de contratación, así

mismo donde quede claramente expresada la prohibición de la utilización de cualquier forma de tercerización dentro del sistema de salud.

Finalmente, también en este emblemático teatro Camilo Torres de la Alma Mater de los antioqueños, los trabajadores de la salud por nosotros representados nos declaramos nuevamente VÍCTIMAS DE LA LEY 100 DE 1993, y exigimos del Gobierno nacional y del Senado de la República se avance de manera urgente en la promulgación de la nueva política del Talento Humano en Salud y en la promulgación también de un régimen laboral especial para los trabajadores del sector salud, en el que se reivindique el alto riesgo en el ejercicio de las funciones que desempeñamos, se destierre definitivamente el monstruo de la tercerización laboral y se establezca una escala salarial que se corresponda con las responsabilidades, dedicación y riesgo que implican el ejercicio de nuestra labor.

GONZALO ALBERTO VÉLEZ LÓPEZ
Presidente de ASMEDAS Antioquia
Vocero Mesa S.O.S. por los Trabajadores de la Salud

<p>PARTICIPACION DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTIFICAS (ACSC) EN LA AUDIENCIA PUBLICA EN MEDELLIN EL 23 DE FEBRERO DE 2024- DR. HECTOR MANRIQUE M.D.-</p> <p>En la audiencia pública celebrada en la ciudad de Medellín el pasado 23 de febrero de 2024, se pusieron se presente los siguientes temas que, desde la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, consideramos vitales en la discusión sobre la formulación del nuevo modelo de salud propuesto por el proyecto de ley 339 de 2023.</p> <p>En primer lugar se destacó la importancia de la autonomía profesional en el correcto funcionamiento del sistema, pues esta se convierte en una garantía para el profesional de la salud a cargo de la atención de los pacientes, pero también de los pacientes mismos en la medida en que ella permite asegurar que el profesional de la salud en ejercicio de su profesión, únicamente se encuentre sujeto a las previsiones que dictan los esquemas de autorregulación, la ética, la lex artis, la racionalidad y la evidencia científica, como afortunadamente supo disponer el artículo 17 de la ley estatutaria.</p> <p>En ese sentido, se enfatizó en que uno de los desafíos principales del nuevo sistema es compatibilizar el esfuerzo necesario para aumentar los controles dentro del sistema, de cara a garantizar la correcta y eficiente utilización de los recursos, con la discrecionalidad que defiende a los profesionales, para que, en el marco de su autonomía puedan rechazar injerencia de cualquier índole en el ejercicio de su profesión, incluyendo las económicas y administrativas.</p> <p>Debe reconocerse que la prestación del servicio tiene su fundamento vital en la relación médico paciente, y por ende en la autonomía profesional, y no hay autonomía profesional sin autorregulación. Aunque el proyecto de reforma incluye esta autorregulación, no se define con precisión qué implica, y cuáles son sus límites.</p> <p>Aunque el proyecto crea comités de autorregulación institucional, para determinar las políticas de prestación del servicio de salud en las instituciones, se presentan inconvenientes en ello: por ser obligación de cada IPS contar con un comité de autorregulación, existirá una proliferación de comités de autorregulación que impedirá tener políticas concretas, generando riesgos en el ejercicio profesional. Al contar con tantas políticas de obligatoria observancia, es muy fácil que se incumpla con alguna y por este simple hecho, como lo presenta el texto, se generen conductas contrarias a la ética médica que serán sancionables por los Tribunales competentes, situación que a todas luces atenta contra el correcto ejercicio de la autonomía médica.</p> <p>Para nadie es un secreto que con la ley 100 se generó una precarización laboral para los trabajadores de la salud, la cual llevo incluso a la utilización de mecanismos de intermediación ilegal para vincular a los trabajadores en la prestación de servicio. Aunque el proyecto habla de un régimen especial para estos trabajadores del sector, el mismo no es claro, sobre todo porque a finales del año 2022, siendo Ministro de Hacienda el doctor Ocampo, se archivó un proyecto de ley que buscaba este mismo régimen y la razón fue que financieramente era inviable, por ello advertimos que el estructurar un régimen especial debe dar tranquilidad al talento humano en salud, no más zozobra.</p>	<p>Hasta ahora no está clara la parte financiera de la reforma en ningún aspecto, por ello no es clara tampoco la situación de los trabajadores de la salud, ni su vinculación al sistema y de continuar esta situación estaría en riesgo la prosperidad del proyecto.</p> <p>Queremos tocar un tema que no se menciona de manera directa en la reforma, pero si afecta el sistema de salud colombiano : el Manual Tarifario de Salud. Desde hace 8 años hemos estado trabajando con el Ministerio de Salud para lograr estructurar este manual tarifario de manera cierta y transparente, sin embargo, en el último año el Ministerio de Salud decidió hacer a un lado a la ACSC y sus miembros, y reestructurar la metodología que se venía trabajando siendo del todo desconocida.</p> <p>Desde finales del 2022 la ACSC ha hecho incansables esfuerzos para que el Ministerio presente la metodología a utilizar, entendiendo que los miembros de sociedades científicas han sido quienes han ayudado a estructurar el manual y que estas tarifas son la que van determinar el costo del sistema de salud, sea el que se tienen actualmente o sea el que se propone en la reforma, por ello desde este estrado exigimos claridad en este tema.</p> <p>El tema de valoración financiera del proyecto de ley 339 de 2023 y su carga fiscal, ha sido reiteradamente tocado en nuestras intervenciones, sin que se obtenga una respuesta satisfactoria hasta este momento. En ese sentido la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas hace un llamado urgente para fijar adecuadamente los presupuestos máximos, hacer oportunamente los reajustes que correspondan para garantizar su suficiencia, y poner fin a los retrasos en los pagos que la Corte con acierto ha decidido destacar como enormemente problemáticos.</p> <p>Finalmente creemos conveniente y celebramos que en este momento se esté discutiendo sobre la suficiencia o insuficiencia de los recursos que se encuentran disponibles para garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos, y que en ese debate se haya puesto sobre la mesa la necesidad de encontrar nuevas fuentes de financiamiento, pero consideramos que esta discusión, por importancia, debió preceder la radicación del proyecto, algo que lamentablemente no sucedió y que en la actualidad tiene el país lidiando con la incertidumbre de prometer una buena reforma sin tener como pagarla.</p> <p>Por esto último debemos insistir, con responsabilidad, en que todo avance de la reforma debe encontrarse condicionado a que, de una buena vez, se analicen de fondo las condiciones técnicas y financieras que se requieren para que la reforma sea algo más que una decorada promesa, y pueda convertirse, como todos queremos, en un medio para garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Con lo anterior dejamos constancia de que la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas está presta a colaborar de manera técnica, científica e imparcial con cualquier propuesta de reforma y en cualquier proyecto que el gobierno nacional requiera, siempre que se reconozcan y reivindiquen tanto nuestros derechos como trabajadores del sector salud, como el derecho fundamental del pueblo colombiano, a tener una salud oportuna y de calidad, prestada por profesionales con la mayor idoneidad técnica, que puedan cumplir cabalmente también, con los preceptos éticos que les son propios. MUCHAS GRACIAS.</p>
<p>MESA ANTIOQUIA POR LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p> <p>Posición de la Mesa Antioquia en la Audiencia Pública de la Comisión Séptima del Senado.</p> <p>Señor Ministro de Salud, Viceministros y Honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado, cordial saludo.</p> <p>La Mesa Antioquia eleva a ustedes las voces de usuarios, profesionales, académicos y hacedores de política regional sobre la necesidad urgente de una reforma estructural al sistema de salud que garantice el acceso equitativo y con calidad para todos los habitantes del territorio nacional. Apoyamos la reforma que cursa actualmente en el Senado por contener elementos esenciales para un nuevo sistema de salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> Es urgente recuperar la rectoría sectorial bajo el liderazgo indelegable del estado en la conducción de la salud pública, inserta en las políticas públicas de todos los sectores del desarrollo. Se debe visibilizar en el proyecto de ley el papel de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud como líderes de una nueva gobernanza territorial de la salud pública y en el desarrollo de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, basadas en la confianza y cooperación entre los actores públicos y privados bajo los criterios determinantes de la Ley 1438 de 2011. Es imperativo incrementar las capacidades de los departamentos para desarrollar y fortalecer la acción planificadora y gestión territorial, promoviendo las asociaciones de municipios para la implementación de modelos regionalizados de gestión en salud pública, bajo los principios de la Ley 1454 de 2011. Creemos en el aseguramiento social en salud como garantía para la atención integral de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de forma solidaria, con criterios de equidad y una gestión del riesgo financiero y de salud, dirigido y controlado por el Estado. Se debe priorizar el fortalecimiento y apoyo real a la red pública hospitalaria, con suficiencia del talento humano, dotación adecuada de equipos médicos y suministros en todos los hospitales públicos del país, incluyendo los centros y puestos de salud como elementos centrales de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La asignación de recursos financieros suficientes para el sector debe acompañarse con el flujo oportuno desde las EAPB hacia los prestadores mientras se transforman en 'gestoras en salud' para que estos puedan cumplir cabalmente con sus obligaciones con trabajadores y proveedores. Eliminar la intermediación financiera de las EPS, y el desmonte gradual de la integración vertical en estas entidades. El giro directo hacia prestadores públicos y privados garantizará su viabilidad financiera y el cumplimiento con su función social. 	<p>MESA ANTIOQUIA POR LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> Urge avanzar hacia la distribución justa del talento humano en salud conforme a las necesidades de la población, y en condiciones laborales dignas, para el cuidado integral de personas, familias y comunidades, con un monitoreo adecuado por la autoridad sanitaria. Abogamos por una formación más social por parte de las instituciones académicas educadoras de profesionales y técnicos en salud. Los futuros servidores de la salud deben adquirir una comprensión profunda de las realidades sociales de las comunidades. La reforma debe implementarse de forma gradual, establecer tiempos y objetivos claros y medibles que permitan hacerle seguimiento. Garantizar la confiabilidad, transparencia y hacer un mejor uso de la información disponible, generando capacidades a nivel nacional y en los territorios para utilizarla en la toma de decisiones. Colombia tiene importantes sistemas de información en salud que actualmente están subutilizados. Se debe incluir un mayor control y vigilancia sobre los recursos financieros del sistema, sobre el personal de salud y su formación. Generar capacidades en los territorios para ejercer esta importante labor. Un mejor sistema de salud no será posible sin responsabilidades a todos los niveles: usuarios (pacientes), personal de salud, IPS, EAPB (gestoras), entes territoriales, sistema educativo y gobierno nacional. <p>Instamos a la Comisión Séptima del Senado a trabajar con todos los involucrados para impulsar una reforma integral que atienda las necesidades y demandas de la población colombiana y a conocer los resultados de experiencias nacionales e internacionales de atención centrada en el ser humano integral bio-psico-social y en la salud como un derecho y no como un negocio.</p> <p>Es momento de actuar con determinación y compromiso para construir un sistema de salud más justo, equitativo y eficiente para todos asegurando mejores indicadores sociales y de salud y garantizando el goce efectivo del derecho fundamental.</p> <p>¡Muchas gracias por su atención!</p>

<div data-bbox="185 373 292 502" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="306 373 721 396" data-label="Text"> <p>ASOCIACION DE EGRESADOS MEDICINA U. de A.</p> </div> <div data-bbox="363 409 717 437" data-label="Section-Header"> <p>Propuesta Estabilidad de las RIISS</p> </div> <div data-bbox="396 453 686 520" data-label="Text"> <p>(Redes Integradas e Integrales de Servicios de salud)</p> </div> <div data-bbox="177 533 784 649" data-label="Text"> <p>Esta propuesta para la reforma del sistema de salud va dirigida a garantizar la sostenibilidad de las RIISS introduciendo mas elementos que acaben con el enfoque de la salud como negocio de las entidades administradoras de planes de beneficio EAPB (lease EPS) y de algunas empresas que atienden la alta complejidad, para pasar a un sistema planificado con sentido social.</p> </div> <div data-bbox="177 662 784 868" data-label="Text"> <p>Proponemos entonces la planificación financiera de cada RIISS local o regional con la UPC escalonada según la demanda, el perfil epidemiológico y las condiciones geográficas y familiares de sus habitantes, en otras palabras la UPC valorada según las condiciones en cada territorio. Lo anterior complementado con el subsidio a la oferta para las redes de atención que no son rentables, como la red de urgencias. Esto es posible con la obligatoriedad del estudio de red de servicio para definir las condiciones de atención y la planificación financiera en cada territorio o región, y como condición para garantizar el diagnóstico y la estabilidad para las finanzas de las RIISS.</p> </div> <div data-bbox="177 880 784 1112" data-label="Text"> <p>Se trata de incluir en el articulado de la reforma esta propuesta para condicionar y territorializar el análisis de la UPC según las necesidades de cada región y no según la inducción de la demanda y los costos de la integración vertical claramente utilizados para el lucro de las actuales empresas administradoras del riesgo, situación a corregir con las gestoras de salud y vida; esta planificación de las RIISS se complementa eliminando el uso irracional del subsidio a la demanda para concretarlo en función del fortalecimiento de las redes de servicio territoriales según los estudios técnicos de las redes de servicios territoriales. El objetivo de la propuesta es pasar de un sistema dependiente completamente de las leyes del mercado a un sistema sostenible previamente planificado.</p> </div> <div data-bbox="177 1125 784 1169" data-label="Text"> <p>Esta propuesta para la sostenibilidad del sistema de salud puede ser exitosa solo si se complementa con la propuesta de un adecuado modelo de atención preventivo</p> </div>	<div data-bbox="837 641 1442 687" data-label="Text"> <p>basado en la APS, la medicina familiar y la salud familiar con participación pública y privada en la atención de baja complejidad.</p> </div> <div data-bbox="837 698 1442 886" data-label="Text"> <p>De esta manera los estudios de red de servicios para los territorios tanto locales como regionales, deben ser el punto de partida para recoger los avances que ha logrado el sistema en la planificación de la UPC y para definir el subsidio a la oferta en función de la equidad y la accesibilidad a las redes de atención, nos permite el análisis de los recursos según la oferta y la demanda real en cada territorio, tanto de lo ejecutado como de lo pendiente por planear, y nos acerca a la asignación de recursos según las necesidades de la población y de las familias con un sistema sostenible por territorios.</p> </div>
<div data-bbox="185 1437 292 1566" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="306 1437 721 1460" data-label="Text"> <p>ASOCIACION DE EGRESADOS MEDICINA U. de A.</p> </div> <div data-bbox="297 1473 769 1548" data-label="Section-Header"> <p>Propuesta creación de ODAS: ENTIDAD PARA LA ORIENTACION Y DEFENSA DEL AFILIADO</p> </div> <div data-bbox="220 1561 784 1702" data-label="Text"> <p>• Ante las grandes limitaciones de los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) y las Asociaciones de Usuarios para gestionar los reclamos y quejas de los afiliados, y los limitados resultados con la personería, la defensoría del pueblo, las tutelas y demás recursos, se propone recoger las experiencias exitosas a nivel internacional en la gestión y solución de los reclamos y quejas de los afiliados.</p> </div> <div data-bbox="220 1713 784 1828" data-label="Text"> <p>Para los trabajadores y la comunidad es necesario el desarrollo de una entidad pública autónoma y descentralizada, adscrita al Ministerio de salud o del trabajo, dotada de personalidad jurídica, especializada en el ejercicio de la orientación y defensa de los afiliados (ODAS) al Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> </div> <div data-bbox="196 1841 784 2256" data-label="List-Group"> <ul style="list-style-type: none"> • Cobra mucha importancia la capacidad de esta institución en restablecer el enlace del afiliado con la superintendencia de salud para informar y gestionar la solución de los casos donde se ha tenido alguna dificultad en el ejercicio de sus derechos, con las Instituciones Prestadoras del Servicio-IPS, con las Empresas Sociales del Estado -ESE- y las EAPB (EPS y Gestoras de Salud). • El fortalecimiento del Sistema de Seguridad Social con la institución propuesta para mejorar la defensa de los afiliados, se concreta dotando esta entidad autónoma y descentralizada del Estado, de la financiación adecuada como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. • La reforma estructural del sistema, con entidades autónomas dotadas de personería jurídica como ADRES (sistema único nacional de información, recaudo y pago), y con la institución especializada en la defensa del afiliado, afianza el control de los riesgos en salud que prestan entidades del sector privado, público y cooperativo, hoy con posiciones dominantes por la concentración y cooptación de las funciones esenciales del sistema y de las redes de prestación de servicios de salud. </div>	<div data-bbox="847 1579 1401 1602" data-label="Section-Header"> <p>Propuesta de FUNCIONES de las ODAS (Orientación y defensa del afiliado)</p> </div> <div data-bbox="847 1612 1429 2114" data-label="List-Group"> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Recibir las reclamaciones y quejas, así como tramitarlas y darles seguimiento hasta su resolución final. • 2. Asesorar, acompañar y promover asistencia jurídica a los afiliados en sus recursos amigables contenciosos, por negación o falta de acceso, oportunidad y calidad de prestaciones, mediante los procedimientos y recursos establecidos por la ley y sus normas complementarias. • 3. Asesorar a los afiliados en sus recursos amigables o contenciosos por negación o falta de acceso, oportunidad y calidad de prestaciones, mediante los procedimientos y recursos establecidos por la ley y sus normas complementarias. • 4. Promover el Sistema de seguridad social e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes. • 5. Mantener el enlace con la Superintendencia de salud y Minsalud para correctivos en el sistema. • 6. Realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios del sistema de salud, las AFP y las ARL y difundir sus resultados para contribuir a la decisión informada del afiliado. • 6. Medir la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones e informaciones de los afiliados. </div>



ASOCIACION DE EGRESADOS MEDICINA U. de A.

Propuesta CREACION DE GESTORAS DE SALUD TERRITORIALES (GST)

Administradoras del Riesgo en Salud

La propuesta es un cambio en la administración del riesgo en salud con la creación de entidades territoriales especializadas (GST) y con las EPS que se transformen en Gestoras de Salud y Vida Territoriales, para dejar de lado las funciones de administración del riesgo financiero, como intermediarias financieras, y como prestadoras de servicios de salud mediante la integración vertical.

La propuesta nos permite vencer el escandaloso traslado de recursos de la UPC de la atención básica a los servicios hospitalarios intramurales induciendo descaradamente la demanda. Los mercados de la salud son imperfectos y presentan fallas, donde la oferta de servicios privados ha tenido la capacidad de crear su propia demanda hacia una atención con debilidades en la prevención, predicción y promoción de la salud.

La reforma estructural del sistema, con la especialización de funciones de las Gestoras de Salud Territorial GST, recoge los avances en la administración del riesgo en salud, profundiza en el riesgo primario hoy con grandes debilidades, elimina la autocontratación de servicios con su conflicto de intereses, y las condiciones preferenciales en mercado de redes de servicio, elimina la actual estructura de distribución de recursos con tercerizaciones en el pago, con los sobrecostos por la intermediación financiera y con la tercerización en la atención. Permite nuevamente la participación del médico de familia con su equipo de trabajo en el sistema como puerta de entrada y como un ejercicio liberal de la profesión, elimina la atención hospitalaria como puerta de entrada, reivindica nuevamente la interconsulta racionalizando la remisión y referencia de pacientes, y lo más importante, facilita el derecho de las familias a la libre escogencia del prestador de servicios de medicina familiar reivindicando las comunidades y familias como el centro del sistema de salud.

Se propone que el porcentaje que corresponde a la financiación de las Gestoras de Salud Territorial y las EPS que se transformen, este sujeto al radio de acción de la

respectiva RISS (red integral de servicios de salud) en cada región, cubre solo su actividad especializada como administradoras del riesgo en salud, incluyendo la regulación de pacientes que debe hacer en las RISS mediante los centros reguladores de urgencias y emergencias CRUE.

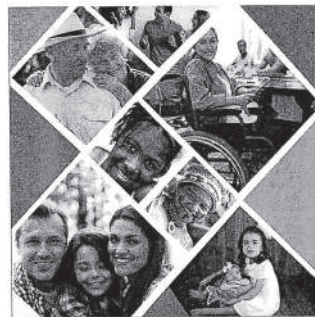
En nuestro caso, la eliminación de las EPS y la creación de Gestoras de Salud territoriales, implica recuperar los derechos de los Médicos a ejercer libremente nuestra profesión como el eje central de la atención de salud del sistema, es recuperar la relación del medico de familia con el paciente, es liberarnos del monopolio de la contratación reivindicando el derecho del paciente a la libre escogencia, y es permitirnos humanizar el servicio de acuerdo con nuestro juramento hipocrático.

Asignación




Propuestas de la Mesa Antioquia para la reforma del Sistema de Salud de Colombia a partir de los Consensos

23 de febrero de 2024




Presentación

La Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud colombiano es un colectivo de pensamiento que durante los últimos 13 años ha debatido en torno a la salud como un derecho fundamental bajo una óptica amplia que incluye al concepto bienestar general, físico y mental, como elementos constitutivos de la salud.



Rectoría y Gobernanza del Sistema de Salud

Recuperar la rectoría sectorial en cada territorio, modificando la ley 715 y fortaleciendo el papel de las Secretarías de Salud para una nueva gobernanza territorial.



Salud pública

Incrementar las capacidades de los departamentos y promover asociaciones de municipios para **modelos regionalizados de gestión en salud pública.**



Aseguramiento Social en Salud

Creemos en el **aseguramiento social en salud** como la garantía que brinda el estado para la atención integral en salud de toda la población



Prestación de servicios de Salud

Priorizar el fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria, incluyendo centros y puestos de salud, en el marco de las redes integradas e integrales de servicios de salud que cumplan los criterios determinantes establecidos en la Ley 1438 de 2011 .



Financiamiento

Asignar recursos financieros suficientes y eliminar la intermediación financiera de las EAPB, estableciendo el giro directo a prestadores públicos y privados.



Talento humano

Avanzar hacia una distribución justa del talento humano en salud, garantizando condiciones laborales dignas y formación académica más pertinente a lo social.



Transición

La reforma debe implementarse gradualmente, con objetivos claros y medibles, garantizando confiabilidad y transparencia en el uso de la información disponible.



Mensaje final

Urgimos a la Comisión Séptima del Senado a colaborar con todos los actores para lograr una reforma integral que atienda las necesidades de la población, reconociendo responsabilidades a todos los niveles.

Es momento de construir un sistema de salud más justo, equitativo y eficaz, asegurando el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.




CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS CALI
(1° marzo 2024)


EPS Sanitas – Cruz Verde


Ministerio de Salud y Protección Social

Unidad de Pago
por Capitación
UPC



Unidad de Pago por Capitación - UPC







La Unidad de Pago por Capitación es la **prima** que el SGSSS reconoce a **cada una de las aseguradoras** con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el **Plan de Beneficios de Salud**






- ✓ Refleja los costos esperados, garantizando el acceso a las Tecnologías y Servicios en Salud, dadas unas condiciones **demográficas, epidemiológicas, de utilización** y estándares de calidad
- ✓ Se fija de manera global y **se reconoce a cada una de las aseguradoras**
- ✓ La información sobre **Frecuencia de uso + Costo de los Servicios** corresponde a la reportada por las Aseguradoras. (Se reporta el año anterior para calcular en el año presente y publicar indexado en el año siguiente)

www.minsalud.gov.co




Unidad de Pago por Capitación - UPC




-  **Se garantiza representatividad** de las EPS con mejores registros de información y por medio del gasto certificado por revisor fiscal
-  La UPS se calcula por separado para el **Régimen Contributivo – RC** y **Régimen Subsidiado – RS:**
-  **La información se valida** con filtros de consistencia (250 reglas)
-  Se **caracteriza el riesgo** en 14 grupos etéreos
-  Se hace **diferenciación de cuatro tipos de zona:**
 - Normal
 - Ciudades
 - Zonas Dispersas
 - Zonas Alejadas

www.minsalud.gov.co



Unidad de Pago por Capitación - UPC



14 Grupos Etarios

Grupos etarios
Menores de 1 año
1-4 Años
5-14 Años
15-18 Años Hombres
15-18 Años Mujeres
19-44 Años Hombres
19-44 Años Mujeres
45-49 Años
50-54 Años
55-59 Años
60-64 Años
65-69 Años
70-74 Años
75 años y Mayores

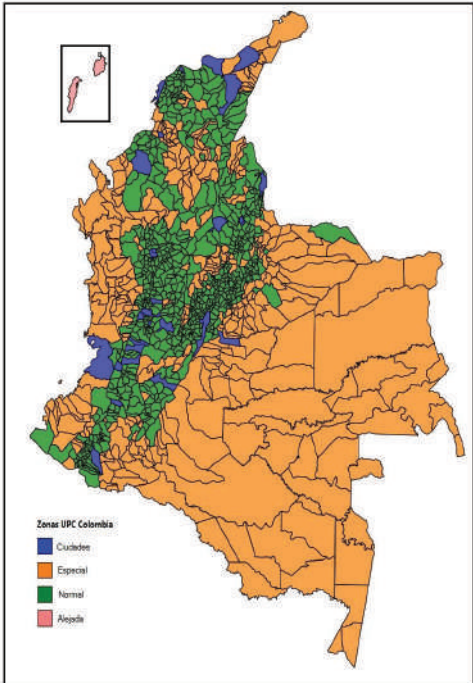
4 Tipos de Zona

ZONAS	RC	RS	No de Municipios
Normal			725
Ciudades	+9,86	+15%	32
Dispersión	+10,00%	+11,47%	363
Alejada	+37,90	+37,90%	2


Zonas geográficas definidas por dispersión y accesibilidad a los servicios y condiciones de oferta

Acuerdo 26 de 2011:
Solo para RC 4% y 2%


+ Indígenas 4,81%
+ AIC 12%



www.minsalud.gov.co



Suficiencia: Construcción UPC



El **cálculo actuarial** se realiza con:

- Gasto reportado que se ajusta por inflación proyectada
- Servicios incurridos pero no facturados
- Cambio poblacional y entre regímenes

El cálculo se valida anualmente por la **Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas**:

- Presidencia
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- Departamento Nacional de Planeación
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
- Ministerio de Salud y Protección Social

El incremento del valor de la UPC para el 2023 fue del **16,23%** para los regímenes contributivo y subsidiado.

www.minsalud.gov.co

Apropiación de Recursos Fuentes y Usos del SGSS



Apropiación Minsalud 2019-2023 Desagregación Aseguramiento en salud + otros programas + Sistema General de Participaciones



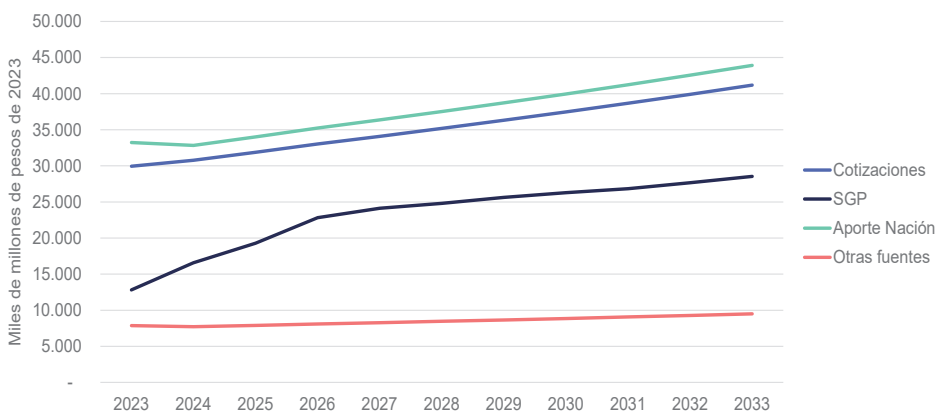
Cifras en miles de pesos

DESCRIPCION CUENTA O PROGRAMA	2019	2020	2021	2022	2023
	APR. VIGENTE	APR. VIGENTE	APR. VIGENTE	APR. VIGENTE	APR. VIGENTE
FUNCIONAMIENTO	27.716.805	31.378.988	35.945.992	39.371.437	48.721.085
Aseguramiento en salud y programas (no SGP)	16.887.894	19.223.174	23.756.857	26.881.876	33.687.200
SGP (RS, SP, PSS, SO y Fonsaet)	10.361.244	10.278.477	11.179.774	11.631.923	12.821.600
SERV DE LA DEUDA PÚBLICA				11.391	7.821
INVERSIÓN	503.294	544.052	679.603	954.153	1.869.318
Total MSPS	28.220.099	31.923.040	36.625.595	40.336.981	50.598.224
Variación porcentual apropiación total		13,1%	14,7%	10,1%	25,4%

Fuente: SIIF. Vigencia 2023 incluye adición Ley 1234 de 2023



Fuentes de financiación del Sistema de salud



Fuentes	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones	29.947	30.782	31.886	33.039	34.096	35.187	36.313	37.475	38.675	39.912	41.189
SGP	12.822	16.583	19.282	22.820	24.140	24.813	25.633	26.277	26.844	27.677	28.546
Aporte Nación	33.236	32.827	34.003	35.233	36.361	37.524	38.725	39.964	41.243	42.563	43.925
Otras fuentes	7.875	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Total	83.880	87.908	93.072	99.186	102.875	105.993	109.334	112.581	115.834	119.436	123.161

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP. (\$ mm constantes de 2023)

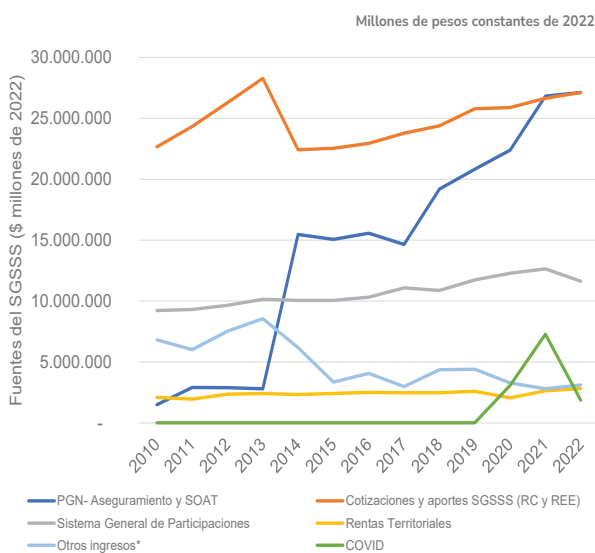
www.minsalud.gov.co



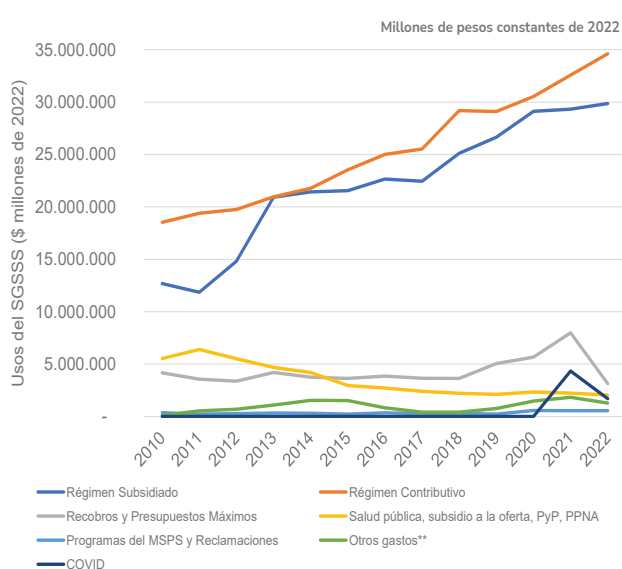
Fuentes y Usos del Sistema



Fuentes del SGSSS



Usos del SGSSS



* Incluye rendimientos financieros, reintegros, multas, sanciones e intereses de mora, aportes CCF, USPEC, recuperación de cartera, financiamiento del SNRM, recursos de sanciones, recursos de terceros.

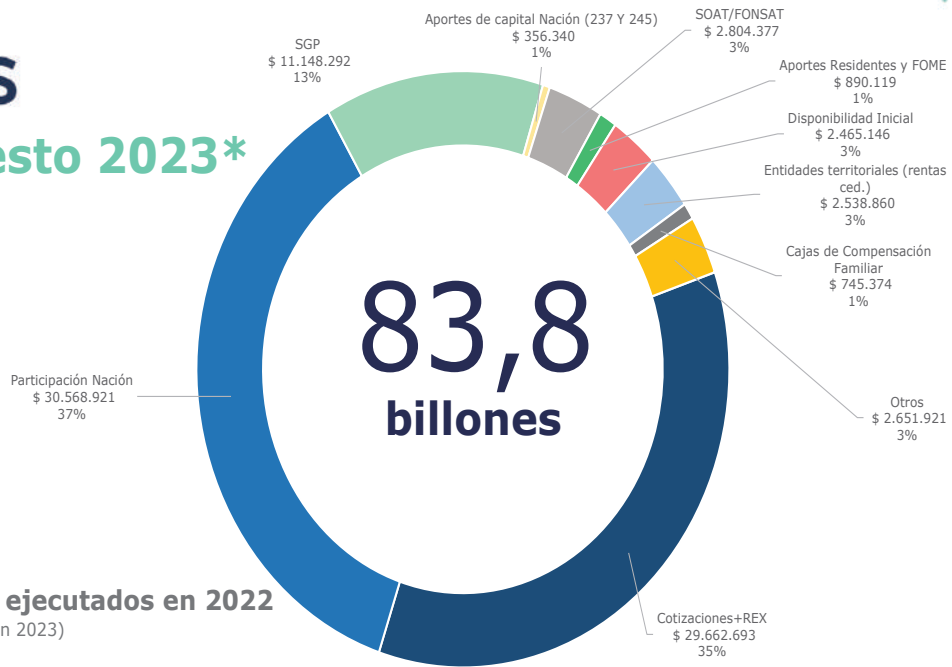
** Incluye sentencias y conciliaciones, compra centralizada, ADRES, contribuciones de vigilancia SNS, programa SNRM, rendimientos financieros pagados a EPS, compra centralizada, disminución de pasivos, pago de deuda reconocida a las ET para población migrante, gastos de funcionamiento Fondo Local de Salud.

www.minsalud.gov.co



ADRES

Presupuesto 2023*



71,6 billones ejecutados en 2022
(Incremento del 17,03% en 2023)

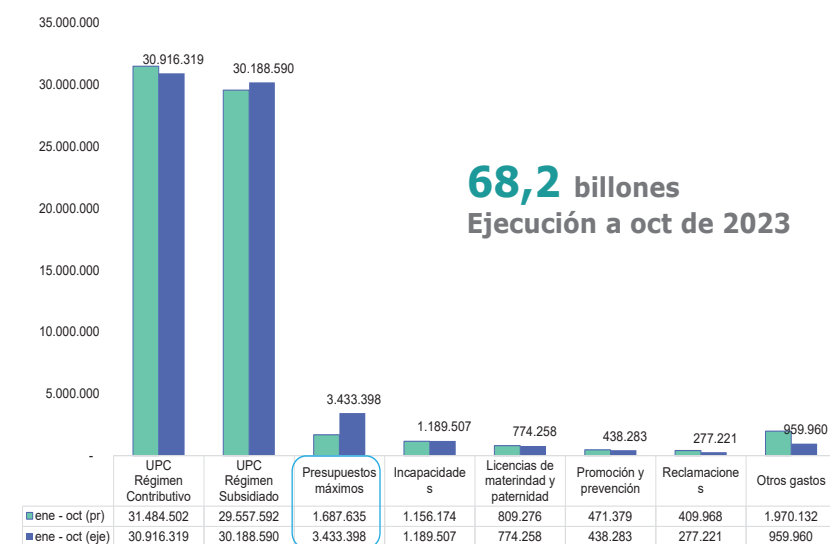
*Corresponde a la aforo de los recursos del presupuesto de la ADRES para el 2023 a corte de 30 de septiembre. Precios corrientes.

www.minsalud.gov.co

Ejecución presupuestal: comparativos gastos

Ejecución de gastos acumulados enero a octubre de 2023

Millones de \$



68,2 billones
Ejecución a oct de 2023

Otros gastos: Sentencias y conciliaciones, gastos de administración ADRES, prestaciones excepcionales (diferentes a techos), programas del Ministerio de Salud, atención de medidas sectoriales (Covid), devolución de recursos, destinación específica programas Minsalud.

www.minsalud.gov.co

ADRES

- La ejecución global con respecto a lo proyectado es de un 101%.
- Los presupuestos máximos se ejecutan en un 203% respecto a lo proyectado.
- Los gastos están, a la fecha al día y de acuerdo con la programación.

Ejecución Presupuestal ADRES- URA 2023



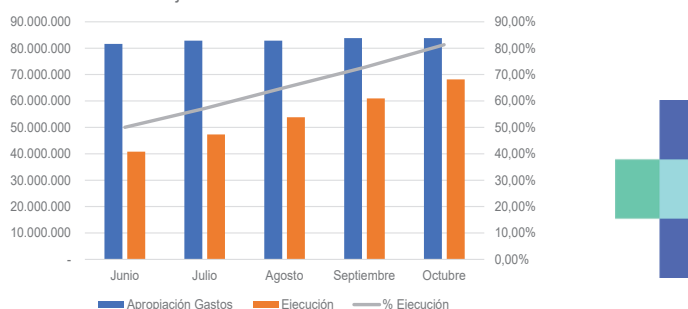
Millones de \$

Mes	Apropiación Gastos	Ejecución	Proyección	% Ejecución Proyectada	% Ejecución
Junio	81.601.186	40.808.040	41.186.480	99,08%	50,01%
Julio	82.832.043	47.356.851	47.791.493	99,09%	57,17%
Agosto	82.832.043	53.878.318	54.279.945	99,26%	65,05%
Septiembre	83.832.043	60.954.850	60.924.487	100%	72,71%
Octubre	83.832.043	68.177.536	67.546.658	100%	81,33%

Fuente: Sistema Financiero ERP- Microsoft Dynamics - URA

Ejecución Gastos ADRES

En promedio de la ejecución del gasto en relación a la proyección de junio a octubre es del 99,68%, con un porcentaje de ejecución a octubre respecto de lo apropiado de 2023 del 81,33%.



www.minsalud.gov.co



VALORES RECONOCIDOS DE ENERO A OCTUBRE DE 2023

SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO FINANCIADOS CON LA UPC – TODAS LAS EPS



Mes pago	Paquete	Concepto	Vigencia	Art. 237 Ley 1955 de 2019 (APF)	Art. 240 Ley 1955 de 2019 (PRESUPUESTOS MÁXIMOS)	Art. 245 Ley 1955 de 2019	Recursos Corrientes	Total general
enero	APF_1121			775.627.143	0	0	0	775.627.143
	Total enero			775.627.143	0	0	0	775.627.143
febrero	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	67.343.219.607	0	0	67.343.219.607
		Corriente	2023	0	494.902.349.277	0	0	494.902.349.277
	Total febrero			0	562.245.568.884	0	0	562.245.568.884
marzo	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	533.227.898.939	0	0	533.227.898.939
		Corriente	2023	0	247.451.174.639	0	0	247.451.174.639
	Total marzo			0	780.679.073.577	0	0	780.679.073.577
abril	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	176.337.943.791	0	0	176.337.943.791
		Corriente	2023	0	247.451.174.639	0	0	247.451.174.639
	Total abril			0	423.789.118.430	0	0	423.789.118.430
	CAPVI_0123_0223			0	0	1.589.760.865	1.938.474.137	3.528.235.001
	CAPVI_0922_SP2015-2019			0	0	45.857.645	0	45.857.645
	CAPVI_1122			0	0	13.386.866.226	10.365.276.480	23.752.142.706
	CAPVI_1222			0	0	1.992.944.387	3.035.576.266	5.028.520.653
	CAPVI_RNG_SP2015-2019			0	0	6.965.388.492	201.946.304	7.167.334.796
mayo	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	2.046.545.543	0	0	2.046.545.543
		Corriente	2023	0	248.538.591.602	0	0	248.538.591.602
	Desistimientos			0	0	0	4.996.510.915	4.996.510.915
	Total mayo			0	250.585.137.145	23.980.817.615	20.537.784.101	295.103.738.861
	PM_REE_1122-0123			0	0	0	48.494.194.725	48.494.194.725
junio	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	14.463.071.292	0	0	14.463.071.292
		Corriente	2023	0	284.529.966.397	0	0	284.529.966.397
	Total junio			0	298.993.037.689	0	48.494.194.725	347.487.232.414
julio	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	149.832.067.643	0	0	149.832.067.643
	Total julio			0	149.832.067.643	0	0	149.832.067.643
agosto	PM_REE_0323			0	0	0	7.640.279.820	7.640.279.820
	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	14.854.041.874	0	0	14.854.041.874
	Total agosto			0	14.854.041.874	0	7.640.279.820	22.494.321.694
septiembre	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	194.637.105.159	0	0	194.637.105.159
	Total septiembre			0	194.637.105.159	0	0	194.637.105.159
	CAPVI_RNG_0423			0	0	0	877.693.894	877.693.894
	CAPVI_RNG_SP2019_2020			0	0	0	126.645.944	126.645.944
octubre	PM_REE_0523			0	0	0	11.115.554.757	11.115.554.757
	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	757.782.454.644	0	0	757.782.454.644
	Total octubre			0	757.782.454.644	0	12.119.894.595	769.902.349.238
	Total general			775.627.143	3.433.397.605.045	23.980.817.615	88.792.153.240	3.546.946.203.044

Fuente: ADRES - Dirección de Otras Prestaciones
Corte: 31 de octubre de 2023

Cifras en pesos

www.minsalud.gov.co



**RESULTADOS DE AUDITORÍA ABRIL 2018 – 07 DE NOVIEMBRE DE 2023
SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC
TODAS LAS EPS**



Cifras en pesos

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC				
CONCEPTO	APF (ART.237 LEY 1955 DE 2019) Prestaciones anteriores al 25 de mayo de 2019	CORRIENTE (Prestaciones de enero de 2020 en adelante)	REZAGO (ART. 245 Ley 1955 de 2019) Prestaciones entre el 25 de mayo y el 31 de diciembre de 2019	TOTAL
1. RADICADO	3.774.117.795.944	2.338.734.832.924	12.048.878.241.826	18.161.730.870.694
1.1. AUDITADO	3.774.117.795.944	2.188.096.353.717	11.993.568.684.615	17.955.782.834.275
-APROBADO	1.144.688.232.525	981.503.486.728	8.279.132.398.702	10.405.324.117.955
-GLOSADO	2.270.785.990.355	1.064.364.370.823	2.885.921.251.512	6.221.071.612.690
-ANULADO	358.643.573.063	142.228.496.166	828.515.034.400	1.329.387.103.630
1.2. EN TRÁMITE DE AUDITORIA	0	150.638.479.207	55.309.557.212	205.948.036.419
ago-23		10.489.756.993	13.270.444.657	23.760.201.650
sep-23		20.448.189.893	42.039.112.555	62.487.302.448
oct-23		119.700.532.321		119.700.532.321

Fuente: ADRES - Dirección de Otras Prestaciones
Corte de información: Abril de 2018 a 7 de noviembre de 2023

www.minsalud.gov.co

Revisión
Unidad de Pago por Capitación
UPC



MESA TÉCNICAS EPS



ACEMI, Gestar Salud y otras EPS plantean la **insuficiencia de la UPC** en diferentes reuniones, por lo cual el Ministerio de Salud inicia una revisión y análisis con datos del último semestre de 2022 y primer semestre de 2023. Las EPS Sura, Compensar y Sanitas solicitan la revisión de la UPC y presupuestos máximos.

Desde el 23 de agosto se establecieron mesas técnicas con las EPS con el objetivo de conocer, de primera mano, la situación de cada una, sus inquietudes y particularidades, y sobre todo, las propuestas de mejora metodológicas al cálculo de la UPC.

A la fecha, se ha desarrollado **5 mesas técnicas** en las instalaciones de este Ministerio, contando con la participación de **18 EPS**, que representa el **61%** del total de EPS, así como también de los 3 gremios (Gestarsalud, Asocajas y Acemi).

Las EPS participantes en su orden fueron: Sura, Sanitas, Compensar, Coosalud, Anás wayúu, Capresoca, Mutualser, Capital salud, EPS Familiar de Colombia, Comfachocó, Comfaorienté, Comfenalco Valle, Aliansalud, Famisanar, Nueva EPS, Salud Total, S.O.S., Salud Bolívar.

Así mismo desde el despacho del Ministro de Salud se desarrollan las siguientes sesiones

REUNIONES MSPS – DESPACHO MINISTRO	
EPS Sura, Sanitas y Compensar	Fecha: 23/08/2023 - Hora: 9:30 am
Sura	Fecha: 29/08/2023 - Hora: 6:30 am
ACEMI	Fecha: 14/08/2023 - Hora: 2:30 pm
	Fecha: 03/11/2023 - Hora: 5:30 pm
Gestar salud	Fecha: 18/09/2023 - Hora: 1:30 pm
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	Fecha: 30/10/2023 - Hora: 2:30 pm
ACESI	Fecha: 01/11/2023 - Hora: 9:30 am

www.minsalud.gov.co



Revisión de frecuencias estudio UPC

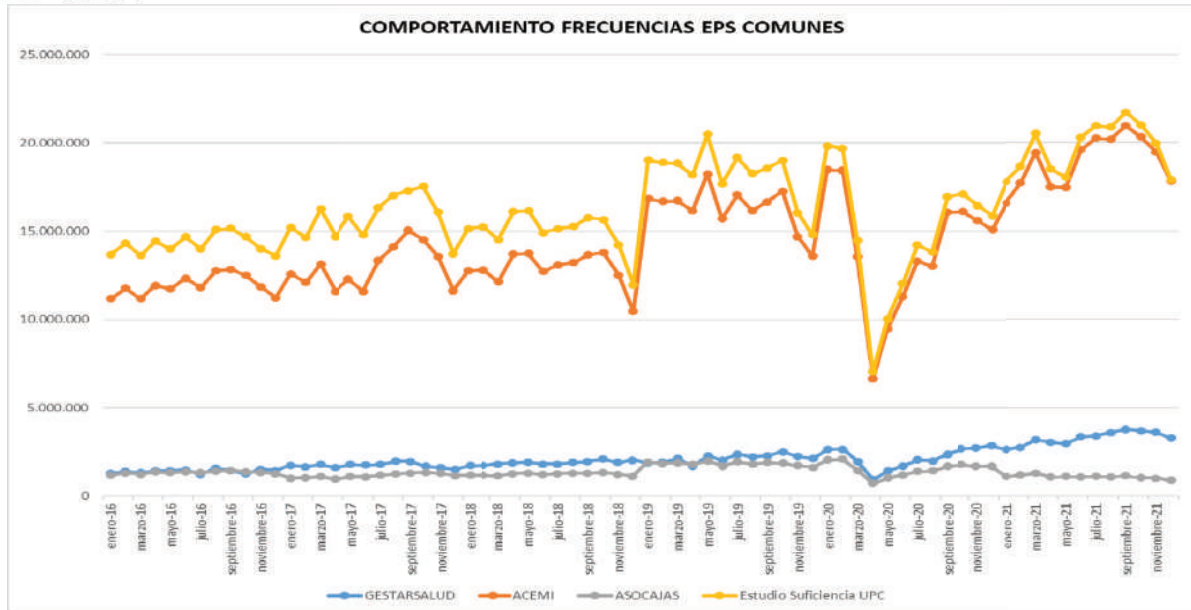


- Comportamiento de las frecuencias de las EPS por agremiaciones son mayores a las del estudio de suficiencia.
- En las mesas técnicas manifiestan la existencia de una posible subestimación del ajustador de frecuencia para la vigencia 2022.
- Manifiestan que el estudio de suficiencia no reconoce una mayor frecuencia en la vigencia 2021 y se soporta en los gráficos de los estudios.

www.minsalud.gov.co



Comportamiento frecuencias estudio UPC

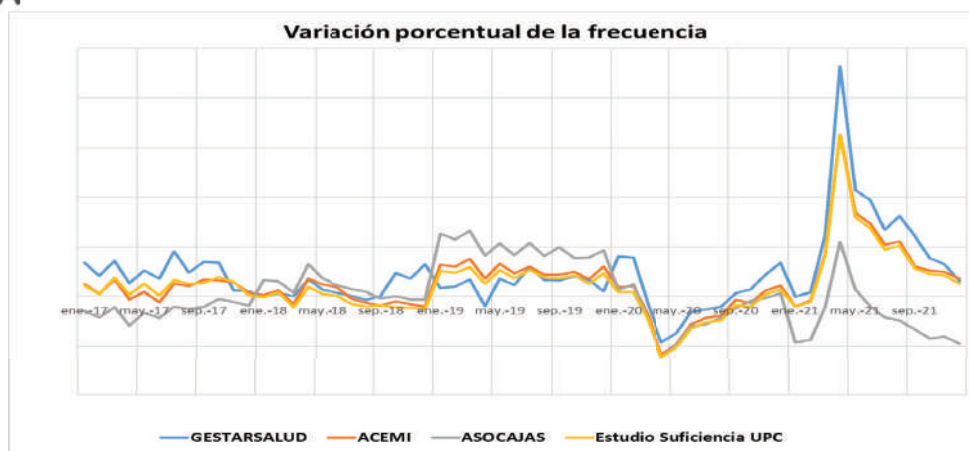


El comportamiento de las frecuencias de las agremiaciones de ACEMI, ASOCAJAS Y GESTARSALUD presentan un comportamiento histórico similar al comportamiento de todo el régimen contributivo, el cual se utiliza para el calculo del ajustador de frecuencia de la UPC

www.minsalud.gov.co



Comportamiento frecuencias estudio UPC



Correlaciones		
VARIABLES	Concepto	Variación % frecuencia Estudio Suficiencia UPC
Variación % frecuencia GESTARSALUD	Correlación de Pearson	,915**
Variación % frecuencia ACEMI	Correlación de Pearson	,994**
Variación % frecuencia ASOCAJAS	Correlación de Pearson	,415**
Variación % frecuencia Estudio Suficiencia UPC	Correlación de Pearson	1,000

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El comportamiento de las frecuencias de las EPS que hacen parte de las agremiaciones, es similar al comportamiento de las EPS seleccionadas para el calculo del ajustador de frecuencias del estudio de suficiencia de la UPC.

www.minsalud.gov.co



Comportamiento frecuencias estudio UPC



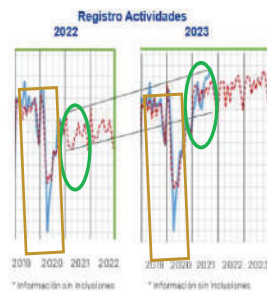
2.1. Frecuencia

En el gráfico 3, se presentan las gráficas de frecuencias medidas como el total de actividades tomadas de los estudios de suficiencia de 2022 y 2023. En azul continuo se tiene el valor de las frecuencias reales y en rojo punteado las frecuencias estimadas. Como se visualiza, las frecuencias estimadas para el año 2021 tuvieron una corrección muy importante al conocer las frecuencias reales de este año en el estudio del 2023, esto demuestra una clara subestimación en las frecuencias en el estudio de la UPC 2022.

EPS



Gráfico 3. Frecuencias de consumo usadas para los estudios de suficiencia de la UPC 2022 y 2023⁷



Las correcciones evidencian que, bajo un entorno tan cambiante con relación a las frecuencias, la metodología no presenta un buen ajuste y es posible que se presenten subestimaciones asociadas con las frecuencias.

- El análisis que presentan, desconoce el comportamiento negativo de las frecuencias del año 2020.

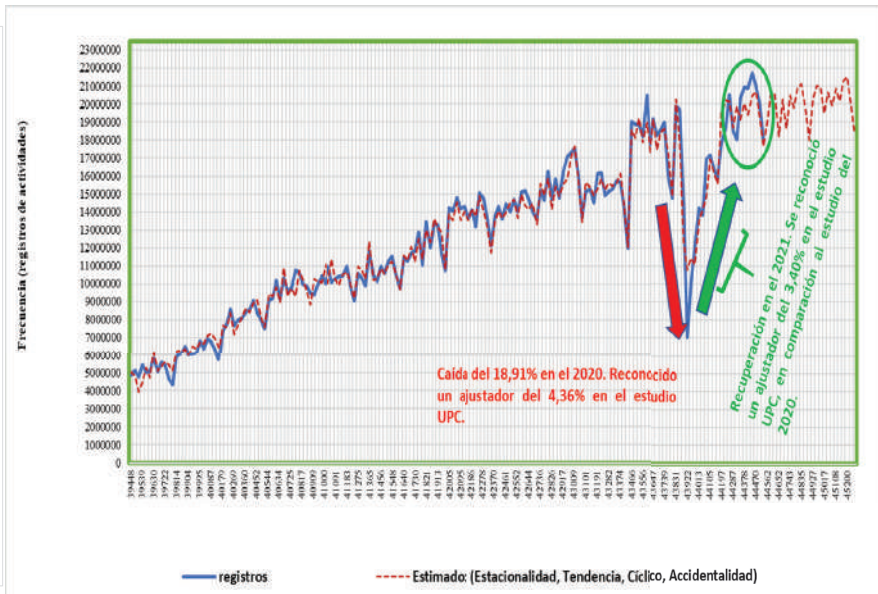
Estudio	2020	2021	2022
Ajustador de Frecuencia estudio UPC	4,36%	3,40%	3,45%



Comportamiento frecuencias estudio UPC

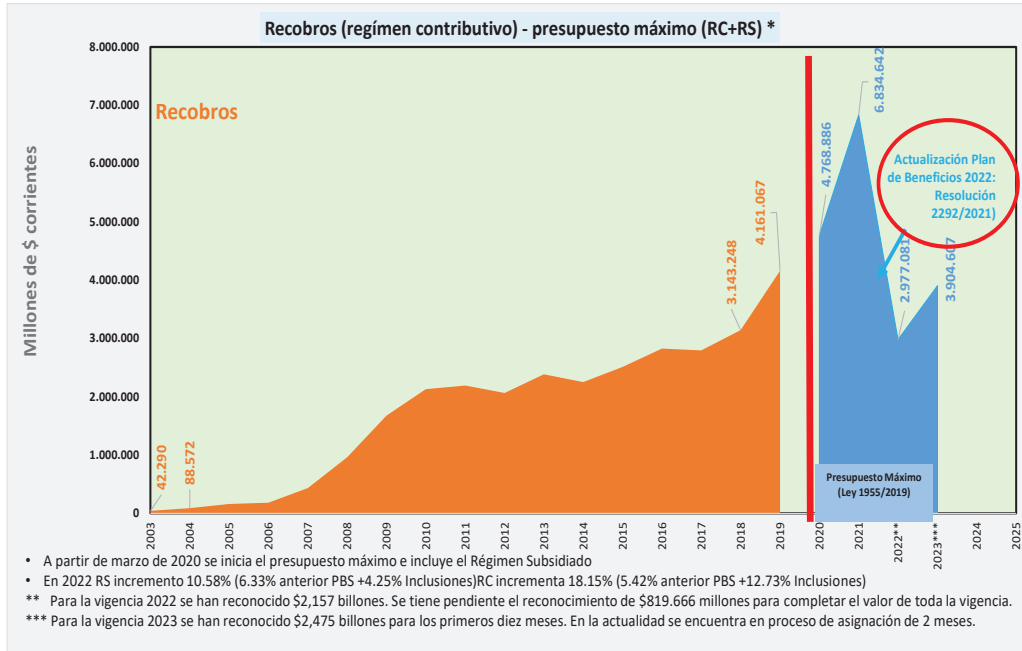


- En la vigencia 2020 se reconoció un ajustador de frecuencias del **4,36%**, superior a la caída que efectivamente sucedió (del 18,91%).
- A pesar de este resultado, **no se realizó ningún ajuste negativo** en la UPC del 2020.
- La recuperación observada en la vigencia 2021 después de la caída del año 2020, se encuentra reconocida en el ajustador de frecuencia del estudio de la UPC del 2021 del 3,40%.
- Se demuestra que la afirmación realizada en las mesas técnicas en relación a una posible subestimación de las frecuencias, **no corresponde con la evidencia**.





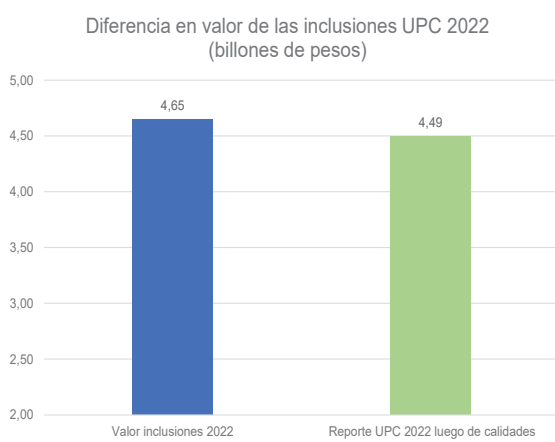
Recobros: Pasa de 42.290 millones en 2003 a \$4,16 billones en el 2019 para el régimen contributivo, lo cual permite identificar una variación promedio anual del 39%.



www.minsalud.gov.co



INCLUSIONES UPC 2022

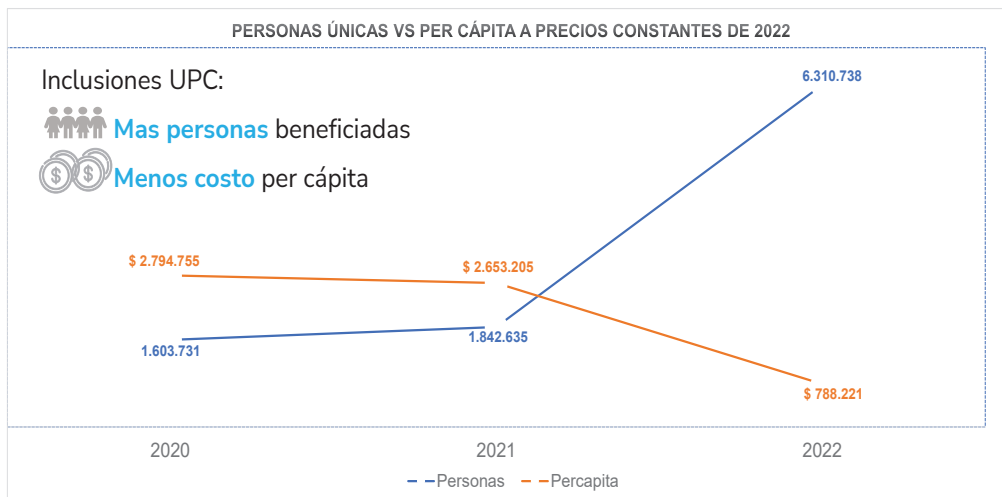


- El valor tomado para inclusión a UPC con el efecto de ajustadores (zona, grupo etareo, IBNR e inflación de dos periodos) es de **\$ 4,6 billones**.
- A nivel SGSSS, **la diferencia** entre lo que se estimó en el modelo de cálculo de UPC 2022 versus lo reportado en el estudio de suficiencia luego de calidades para 2022, es de **\$ 155 mil millones** de pesos, **siendo mayor la estimación del modelo**.
- Esta diferencia equivale al 0,25% de toda la UPC girada por la ADRES en 2022.

Fuente: Cálculo UPC 2022. Reporte en el estudio de suficiencia hecho en junio 2023.

www.minsalud.gov.co

INCLUSIONES UPC 2022



- Se **triplicaron las personas únicas** que se beneficiaron de estas tecnologías en salud.
- Se redujo en **tres veces** el valor per cápita a precios de 2022.

CONCLUSIONES



- **No hay evidencia** sobre la insuficiencia de la UPC.
- Las **frecuencias de uso** están volviendo a lo que había antes de 2020. (Año de la pandemia)
- Las inclusiones realizadas al PBS en el 2022, **se financiaron debidamente** con el incremento de la UPC.
- **Se evidencia** que las EPS gestionan de forma más eficiente los recursos de la UPC que los asignados por Presupuestos Máximos.

EPS Sanitas

Ministerio de Salud y Protección Social



**Afiliados
EPS Sanitas**

5.888.965

correspondiente a corte a 30 de octubre de 2023

Departamento	R Contributivo	R Subsidiado (movilidad)	Total afiliados septiembre 2023
Bogotá, D.C.	1.538.402	122.442	1.660.844
Valle del Cauca	396.022	50.449	446.471
Huila	143.149	290.213	433.362
Cundinamarca	293.200	90.248	383.448
Santander	242.227	139.157	381.384
Norte de Santander	141.233	142.887	284.120
Nariño	118.209	103.573	221.782
Atlántico	186.397	29.428	215.825
Meta	161.381	27.028	188.409
Boyacá	131.599	52.050	183.649
Tolima	124.315	44.903	169.218
Antioquia	136.060	14.902	150.962
Cauca	90.584	27.872	118.456
Bolívar	92.411	13.993	106.404
Magdalena	86.965	16.511	103.476
Casanare	77.569	23.048	100.617
La Guajira	55.722	39.402	95.124
Cesar	62.236	24.844	87.080
Quindío	64.630	17.838	82.468
Risaralda	53.886	14.535	68.421
Córdoba	47.274	16.527	63.801
Caldas	45.834	13.458	59.292
Arauca	12.693	38.734	51.427
Chocó	15.156	33.832	48.988
Caquetá	29.545	10.246	39.791
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	23.767	3.053	26.820
Sucre	17.181	6.649	23.830
Amazonas	7.649	1.447	9.096
Putumayo	18	11	29





Apropiación Anual Promedio 2023 UPC + PyP + Presupuestos Máximos Reales EPS SANITAS



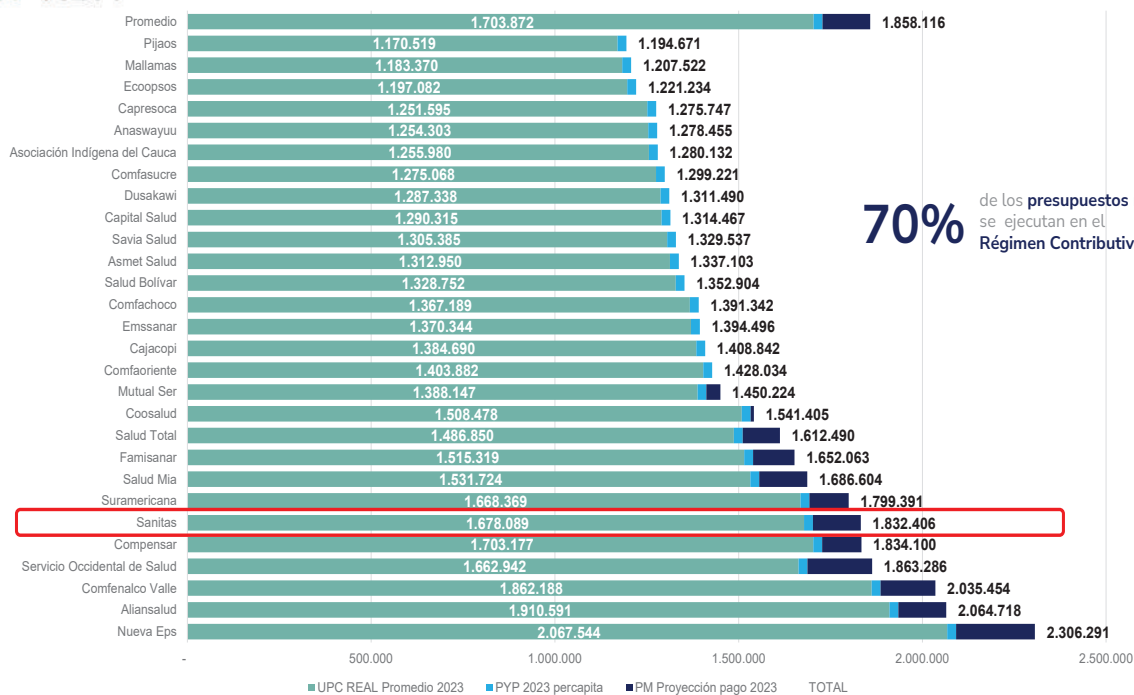
	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
UPC Real Promedio 2023	\$1.678.089	\$1.295.637
PYP 2023 Per cápita	\$24.152	\$0
PM Proyección pago 2023	\$130.165	\$0
	\$1.832.406	\$1.295.637

* Cifras en pesos
Fuente: ADRES. Corte a octubre de 2023

www.minsalud.gov.co



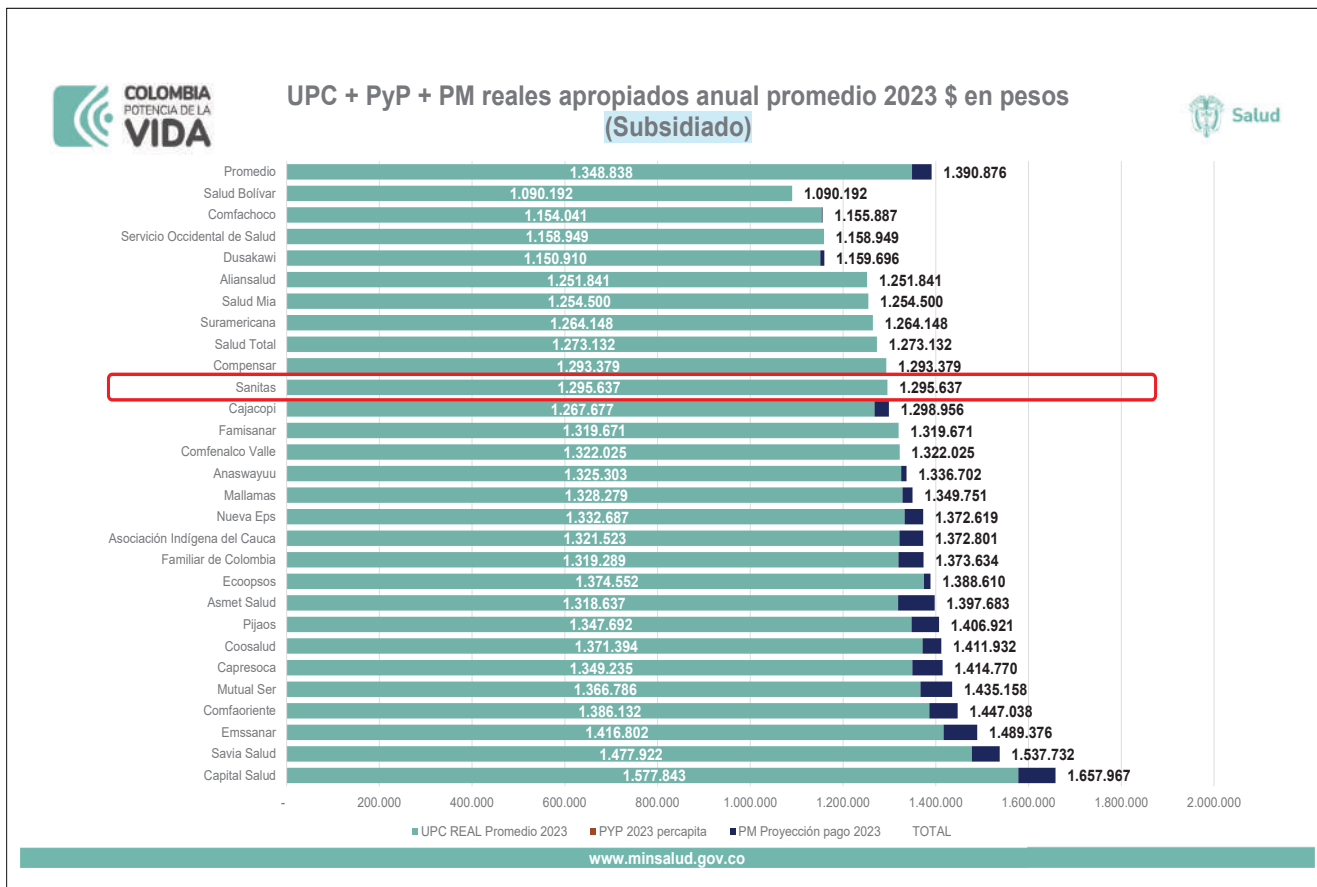
UPC+ PyP + PM reales apropiados anual promedio 2023 \$ en pesos (Contributivo)



70%

de los presupuestos máximos se ejecutan en el Régimen Contributivo

www.minsalud.gov.co



Pagos a la EPS Sanitas 2019 a 2023*

\$ 31,03 Billones
*Corte a 8 de Noviembre de 2023

- \$ 24,24** bill Régimen Contributivo
- \$ 3,46** bill Régimen Subsidiado
- \$ 27,70** billones RC+RS
- \$ 2,09** bill Presupuestos máximos
- \$ 1,24** bill Recobros
- \$ 3,33** billones UPC + No UPC

www.minsalud.gov.co



Reconocimiento de recursos ADRES hacia la EPS Sanitas, vigencia 2019 a 31 de octubre de 2023



Cifras en pesos

CONCEPTO	2019	2020	2021	2022	2023 (a octubre)	TOTAL
Régimen Contributivo	3.081.557.440.472	3.820.555.085.549	4.755.396.801.323	6.325.776.981.767	6.256.449.096.559	24.239.735.405.670
UPC	2.715.246.704	3.392.886.430.229	4.239.040.353.233	5.724.308.791.727	5.685.698.552.999	21.757.180.832.326
Programas de promoción y prevención	63.391.188.312	74.197.530.065	83.535.033.950	94.478.076.677	82.047.140.704	397.648.969.715
Incapacidades	147.742.961.502	190.362.543.278	234.237.794.065	291.342.284.781	278.566.823.001	1.142.252.406.627
Licencias de maternidad y paternidad	155.176.586.520	163.108.581.977	198.583.620.068	215.647.828.582	210.136.579.855	942.653.197.002
Régimen Subsidiado	41.539.853.788	184.185.416.027	441.015.255.545	1.193.856.018.301	1.601.316.540.856	3.461.913.084.518
Presupuestos máximos (corrientes y ajustes)	-	538.263.194.780	800.858.281.993	291.607.682.330	462.050.091.026	2.092.779.250.130
Recobros	681.413.918.242	275.301.318.746	188.415.847.640	68.200.497.952	30.740.256.310	1.244.071.838.891
Afiliados	3.353.647	3.923.514	4.741.271	5.751.861	5.888.965	5.888.965*
TOTAL	3.804.511.212.502	4.818.305.015.102	6.185.686.186.501	7.879.441.180.351	8.350.555.984.751	31.038.499.579.209

Fuente: ADRES - Dirección de Otras Prestaciones
Corte de información: 8 de noviembre de 2023

* Fuente: Supersalud. Afiliados a 16 de noviembre de 2023



Pagos a la EPS Sanitas 2023



**Pagos a
EPS Sanitas**

\$ 6,2 Billones UPC Contributivo

\$ 1,6 Billones UPC Subsidiado

\$ 0,5 Billones No UPC

\$ 8,3 Billones UPC + No UPC

* Corte a 8 de Noviembre de 2023



**VALORES RECONOCIDOS DE ENERO A OCTUBRE DE 2023
SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON LA UPC – EPS SANITAS**



Cifras en pesos

Mes pago	Paquete	Concepto	Vigencia	Art. 237 Ley 1955 de 2019 (APF)	Art. 240 Ley 1955 de 2019 (PRESUPUESTOS MÁXIMOS)	Art. 245 Ley 1955 de 2019	Recursos Corrientes	Total general
enero	APF_1121			775.627.143	0	0	0	775.627.143
	Total enero			775.627.143	0	0	0	775.627.143
febrero	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	63.530.644.379	0	0	63.530.644.379
	Total febrero			0	63.530.644.379	0	0	63.530.644.379
marzo	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	31.765.322.189	0	0	31.765.322.189
	Total marzo			0	31.765.322.189	0	0	31.765.322.189
abril	Presupuestos máximos	Ajuste	2021	0	144.396.869.133	0	0	144.396.869.133
		Corriente	2023	0	31.765.322.189	0	0	31.765.322.189
	Total abril			0	176.162.191.323	0	0	176.162.191.323
mayo	CAPVI_0123_0223			0	0	63.681.418	5.998.051	69.679.469
	CAPVI_0922_SP2015-2019			0	0	37.166.944	0	37.166.944
	CAPVI_1122			0	0	7.316.157.460	3.633.718.203	10.949.875.663
	CAPVI_1222			0	0	94.249.064	21.091.015	115.340.079
	CAPVI_RNG_SP2015-2019			0	0	8.542.116	11.647.725	20.189.841
	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	31.765.322.189	0	0	31.765.322.189
	Total mayo			0	31.765.322.189	7.519.797.003	3.672.454.994	42.957.574.186
junio	PM_REE_1122-0123			0	0	0	16.573.482.810	16.573.482.810
	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	31.765.322.189	0	0	31.765.322.189
	Total junio			0	31.765.322.189	0	16.573.482.810	48.338.804.999
agosto	PM_REE_0323			0	0	0	1.382.205.848	1.382.205.848
	Total agosto			0	0	0	1.382.205.848	1.382.205.848
octubre	CAPVI_RNG_0423			0	0	0	741.074	741.074
	PM_REE_0523			0	0	0	815.947.439	815.947.439
	Presupuestos máximos	Corriente	2023	0	127.061.288.757	0	0	127.061.288.757
	Total octubre			0	127.061.288.757	0	816.688.513	127.877.977.270
	Total general			775.627.143	462.050.091.026	7.519.797.003	22.444.832.164	492.790.347.337

Fuente: ADRES - Dirección de Otras Prestaciones
Corte: 31 de octubre de 2023

www.minsalud.gov.co



**RESULTADOS DE AUDITORÍA ABRIL 2018 – 07 DE NOVIEMBRE DE 2023
SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC
EPS SANITAS**



Cifras en pesos

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC				
CONCEPTO	APF (ART.237 LEY 1955 DE 2019) Prestaciones anteriores al 25 de mayo de 2019	CORRIENTE (Prestaciones de enero de 2020 en adelante)	REZAGO (ART. 245 Ley 1955 de 2019) Prestaciones entre el 25 de mayo y el 31 de diciembre de 2019	TOTAL
1. RADICADO	420.228.900.341	585.475.836.863	1.845.668.636.484	2.851.373.373.688
1.1. AUDITADO	420.228.900.341	486.708.634.525	1.831.053.133.403	2.737.990.668.269
-APROBADO	119.588.496.946	135.657.726.819	1.214.933.439.560	1.470.179.663.326
-GLOSADO	254.434.756.708	328.568.884.326	432.585.867.674	1.015.589.508.708
-ANULADO	46.205.646.686	22.482.023.380	183.533.826.168	252.221.496.235
1.2. EN TRÁMITE DE AUDITORIA	0	37.355.812.172	14.615.503.081	51.971.315.253
sep-23		4.166.559.867	14.615.503.081	18.782.062.948
Oct-23		33.189.252.305		33.189.252.305

Fuente: ADRES - Dirección de Otras Prestaciones
Corte de información: Abril de 2018 a 7 de noviembre de 2023

www.minsalud.gov.co



VALORES ENTRAMITE DE RECONOCIMIENTO DE ENERO A 7 DE NOVIEMBRE DE 2023 – NO UPC



En trámite de reconocimiento

\$90.141 Millones Pendiente de giro 2022 por servicio a la deuda art 153 PND

Paquete	Valor aprobado
CAPVI_RNG_0423	17.593.817
CAPVI_RNG_0623	4.667.400
PM_REE_0523_02	3.005.252.910
PM_REE_0723_01	1.099.787.823
Total general	4.127.301.951

- Cifras en pesos
- Corte a Octubre de 2023

www.minsalud.gov.co



Cartera de la EPS Sanitas a IPS



- Fuente: ACHC
- Corte a 30 de Junio de 2023

www.minsalud.gov.co



CARTERA EPS SANITAS, SURA, COMPENSAR CON CRUZ VERDE



EPS	Cartera Total*	Valores pendientes por facturar	Cartera No Vencida*	Cartera Vencida*	Cartera Vencida*					
					1-30 Días	31-60 Días	61-90 Días	91-180 Días	181-360 Días	361+ Días
EPS SANITAS	\$ 691.128	\$ 115.582	\$ 270.488	\$ 305.058	\$ 51.673	\$ 39.100	\$ 39.196	\$ 170.036	\$ 0	\$ 5.052
EPS SURAMERICANA	\$ 19.062	\$ 1.633	\$ 2.462	\$ 14.967	\$ 8.128	\$ 2.154	\$ 800	\$ 1.976	\$ 1.909	\$ 0
EPS COMPENSAR	\$ 15.849	\$ 2.703	\$ 3.305	\$ 9.841	\$ 2.085	\$ 2.108	\$ 2.060	\$ 1.687	\$ 1.621	\$ 280

* Cifras al corte del 31 de Octubre de 2023/ expresadas en miles de millones de pesos / (Incluye todos los conceptos PBS/NO PBS/ otros)

www.minsalud.gov.co



INDICADORES DE SALUD SANITAS

www.minsalud.gov.co



Indicador Materno Perinatal e Infantil



Indicador	Meta	Factor	PAIS				Sanitas			
			2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Tasa incidencia sífilis congénita	≤ 0.5 casos x 1.000	1.000	2,37	2,74	3,55	3,00	● 0,44	● 0,48	● 1,01	● 1,02
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	≥ 80%	100	54,25	44,09			● 78,03	● 61,15		
Mortalidad materna	≤ 51 por cada 100.000 nacidos vivos	100.000	50,73	65,78	83,16	45,49	● 18,91	● 42,78	● 76,92	● 22,07
Proporción de gestantes tamizadas para VIH	≥ 94%	100	91,93	95,91	95,26	93,95	● 95,40	● 96,00	● 96,47	● 95,02

- Para las vigencias 2021 y 2022 la entidad no cumple con la meta de tasa de incidencia de sífilis congénita.
 - * Año 2022 dato preliminar (calculado a partir de la información compartida por el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-INS por periodo epidemiológico y está sujeta a modificaciones propias de los procesos de depuración posteriores)
- Sanitas EPS, incumple con la captación temprana a controles prenatales a gestantes para las vigencias 2019 y 2020.
- Sanitas EPS, incumple con la meta de mortalidad materna para el año 2021, en el año 2021 presentó 31 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos y 11 para el año 2022).
- La proporción de gestantes tamizadas para VIH cumplió con la meta para los 3 años evaluados .
- Sanitas EPS, NO garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos realizados a partir de: Cubos RUAF, Estadísticas Vitales-EEVV y SIVIGILA de SISPRO; Reporte de indicadores de Protección específica y Detección Temprana. Ministerio de Salud y Protección Social; Cuenta de Alto Costo. Fecha de corte: Diciembre 2022, según disponibilidad en la fuente; incluye movilidad.



Detección cáncer cérvico uterino



Indicador	Meta	Factor	PAIS				Sanitas EPS			
			2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	≥ 80%	100	52,97	51,13	SD	SD	● 55,48	● 56,12	SD	SD
Proporción de mujeres con citología cérvico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	≥ 80%	100	10,88	12,37	SD	SD	● 6,97	● 17,79	SD	SD
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	≤ 6.4 x 100.000 mujeres	100000	6,86	8,66	6,32	SD	● 6,82	● 7,58	● 6,33	SD

- NO cumple con la meta de proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina y de mujeres con citología cérvico uterina anormal.
- La tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix se evidencia que es superior a 6.4 casos por cada 100.000 mujeres, para los años 2019 y 2020, pero para el año 2021 obtuvo una tasa de 6.33 casos por 100.000 mujeres .
- NO garantiza las intervenciones individuales de la ruta de atención integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, debido a las bajas coberturas para la toma de citología cervicouterina y de colposcopia.
- *SD: No se cuenta con información oficial

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos realizados a partir de: Reporte de indicadores de Protección específica y Detección Temprana. MSPS y Resolución 256 de 2016; incluye movilidad. Fecha de corte: Diciembre 2022, según disponibilidad en la fuente.





Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones – I Semestre 2023



Departamento y/o distrito	BCG Recién Nacido	3ra dosis de pentavalente	Triple Viral 1 Año	Triple Viral 18 meses	Vacuna antipolio (Primer refuerzo)	DPT (Segundo refuerzo)	da dosis de VPH en niñas de 9 años
Amazonas	10,8%	21,5%	14,8%	3,4%	12,5%	5,3%	0,0%
Antioquia	15,7%	29,4%	23,3%	20,3%	29,9%	26,9%	1,6%
Arauca	19,4%	50,4%	33,1%	21,8%	37,6%	38,4%	8,8%
San Andrés	13,8%	43,9%	29,2%	20,1%	30,6%	20,4%	1,5%
Atlántico	18,5%	47,6%	43,6%	27,9%	46,4%	36,5%	0,6%
Bogotá	53,5%	50,9%	46,8%	37,2%	39,8%	39,9%	3,8%
Bolívar	16,6%	52%	43,5%	24,8%	41,8%	42,1%	0,5%
Boyacá	18,1%	55,2%	49%	38,9%	53,2%	46,7%	5,9%
Caldas	25,8%	60,4%	53,3%	43,8%	54,6%	46,2%	3,8%
Caquetá	24,9%	46%	43,6%	26,5%	45,3%	41,9%	2,7%
Casanare	23,3%	54,8%	52,6%	34,6%	47,7%	41,7%	1,9%
Cauca	18,8%	46,9%	43,9%	38,9%	50,4%	45,3%	0,6%
Cesar	13,4%	44,3%	38,2%	29,5%	41,1%	37,6%	0,0%
Chocó	8,5%	34,9%	25,9%	24,7%	33,4%	30,5%	12,1%
Córdoba	22,2%	59,8%	56,2%	40,1%	59,4%	43,0%	2,5%
Cundinamarca	15%	34%	29,4%	15,5%	27,1%	17,7%	0,6%
La Guajira	12,8%	36,9%	29,5%	27,8%	34,3%	26,1%	1,0%
Huila	14,3%	40,7%	35,1%	23,7%	37,1%	31,9%	1,5%
Magdalena	15,5%	63,1%	55,6%	44,7%	57,9%	51,0%	6,9%
Meta	22,5%	60,3%	55,9%	39,8%	56,6%	48,7%	1,8%
Nariño	21,7%	48,2%	43,6%	33,7%	40,8%	36,7%	4,7%
N. Santander	12%	36,4%	29,2%	27%	39,0%	30,9%	1,3%
Quindío	12,4%	23,4%	14,3%	18,4%	30,3	27,7	0,6
Risaralda	17,4%	52,3%	40,9%	29,7%	47,6	38,0	1,2
Santander	10,3%	28,9%	22,1%	14,6%	22,0	20,9	1,1
Sucre	19,4%	61,7%	57%	39,4%	51,8	46,7	12,1
Tolima	20,2%	42,6%	42,1	27%	41,6	33,2	0,8
Valle del Cauca	21,7%	53,7%	48,9%	32,7%	50,1	39,4	2,4

Meta Anual: 95%
 Avance esperado para el I Semestre 2023: **47,5%**

Los departamentos de Amazonas, Santander y Cundinamarca presentan el menor avance en las coberturas de vacunación.

A nivel global la EPS presenta un avance inferior al esperado en las coberturas de vacunación a primer semestre para la totalidad de los biológicos. No obstante, el trazador con mayor avance es tercera dosis de pentavalente.

- Acciones**
- Traslado a Procuraduría General de la Nación.

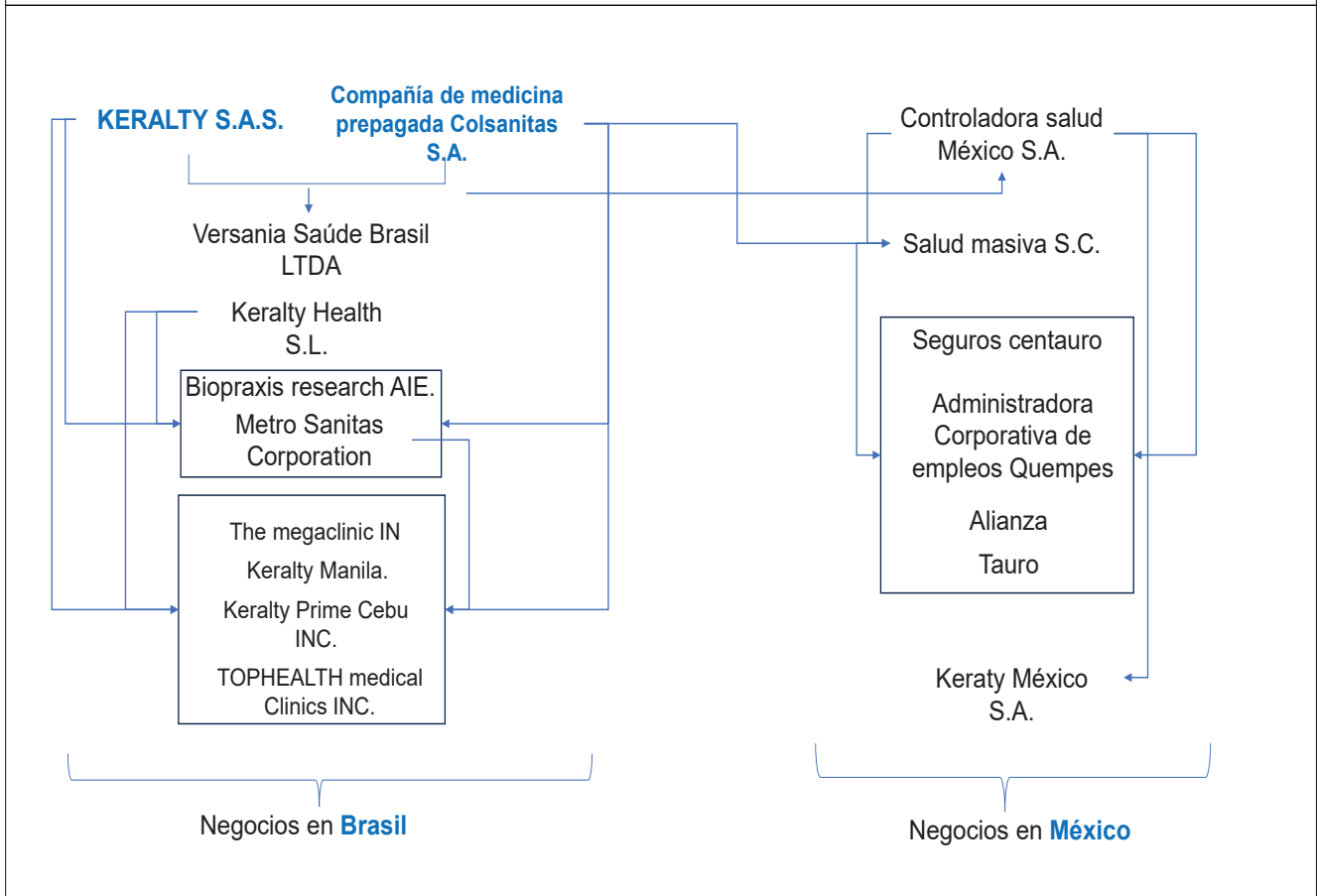
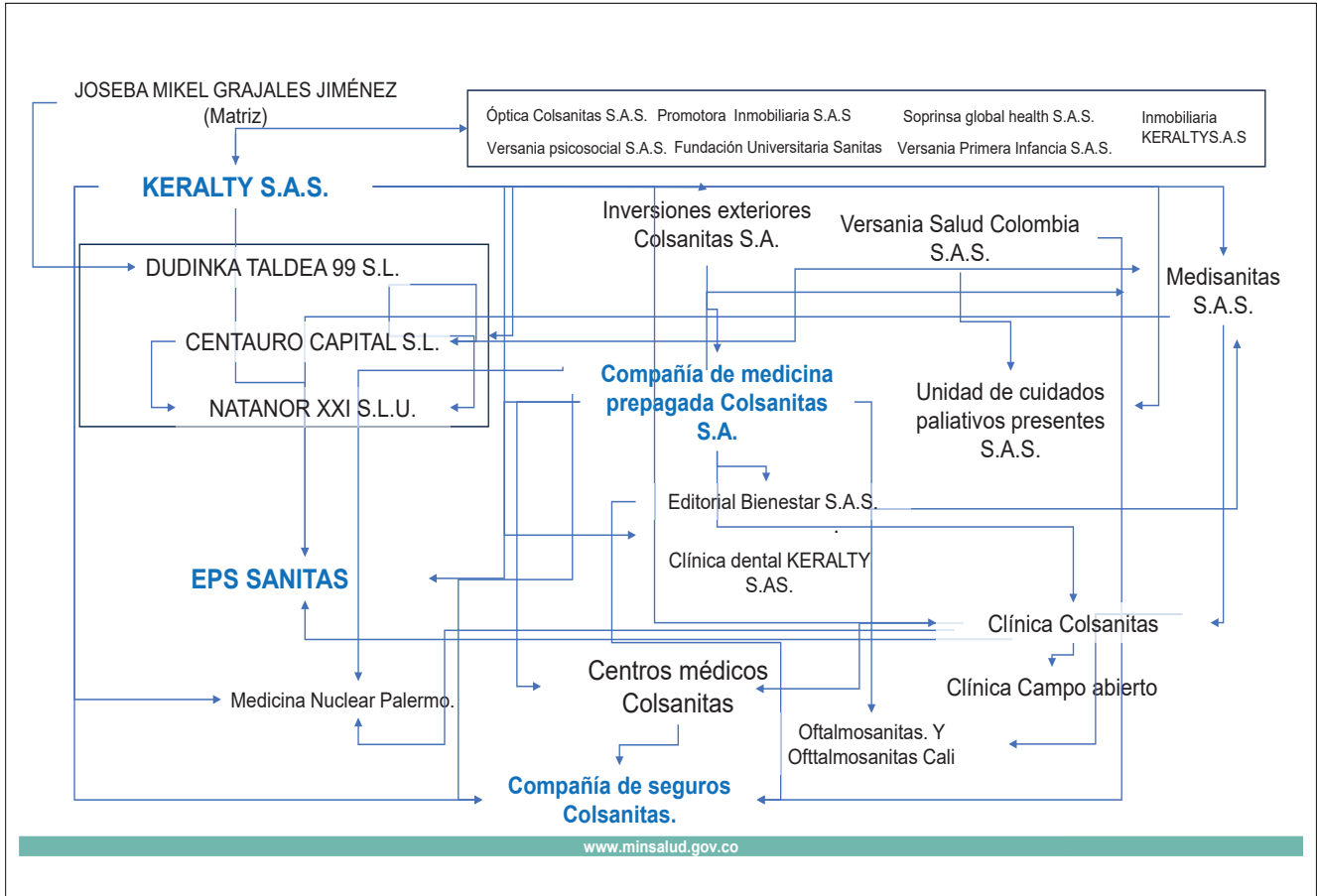
Fuente: Matriz de seguimiento a coberturas PAI – SNS I Semestre 2023 a partir del autoreporte de EPS Sanitas

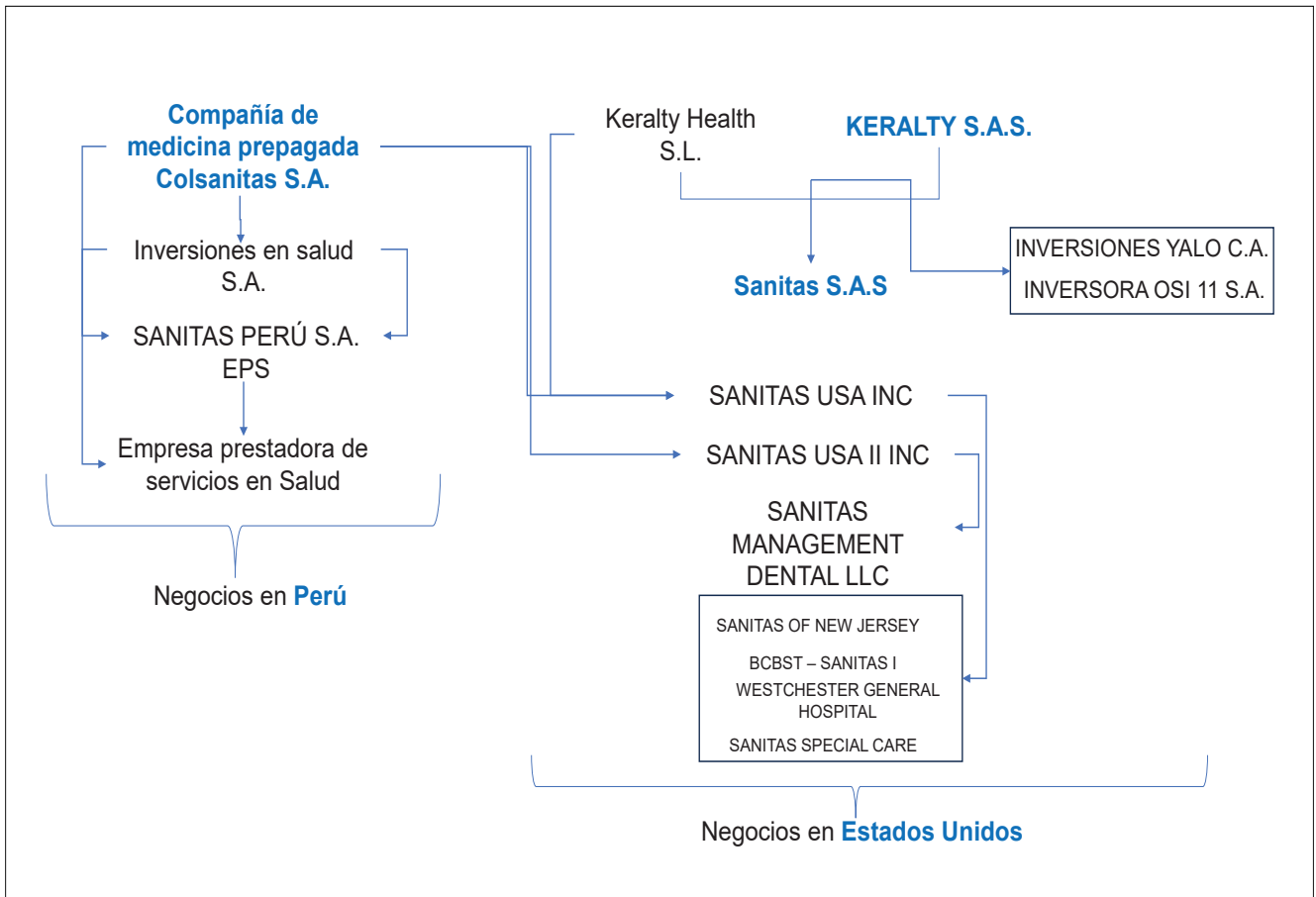
www.minsalud.gov.co



GRUPO EMPRESARIAL SANITAS

www.minsalud.gov.co





GRUPO EMPRESARIAL SANITAS



Clínica Keralty - **Ibagué**



Clínica Keralty - **Barranquilla**



Clínica Colsánitas - **Cúcuta**

- Clínicas
- Clínica Reina Sofía
 - Clínica Reina Sofía Medicina Avanzada 125
 - Clínica Reina Sofía Pediatría y Mujer

- Clínicas
- Clínica Universitaria Colombia
 - Clínica Colsanitas 103
 - Clínica Sebastián de Belalcázar

- Clínicas
- Clínica Campo Abierto
 - Clínica El Carmen
 - Clínica Infantil Santa María del Lago



ESTADOS FINANCIEROS GRUPO EMPRESARIAL SANITAS 2020



AÑO 2020 a 31 de Diciembre / Resumen EEFF / Números en millones de pesos	COMPañIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S A	CLINICA COLSANITAS SA	OFTALMOSANITAS SAS	OPTICA COLSANITAS SAS	CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.S	OFTALMOSANITAS CALI SAS	MEDICINA NUCLEAR PALERMO ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL SAS	CLINICA CAMPO ABIERTO ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL LTDA	Unidad de Cuidados Paliativos Presentes S.A.S	TOTAL
1 ACTIVOS	1.396.430	1.087.588	21.744	7.005	8.400	6.214	3.820	650	2.945	2.534.798
2 PASIVOS	806.285	669.520	15.085	6.401	5.929	2.747	955	460	2.990	1.510.373
3 PATRIMONIO	590.145	418.068	6.660	604	2.472	3.467	2.866	190	- 45	1.024.425
4 INGRESOS	1.850.314	1.130.844	19.375	12.398	7.258	7.246	3.986	3.159	2.846	3.037.426
41 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SGSSS	1.661.338	1.102.334	18.983	11.956	7.253	7.048	3.889	3.155	2.830	2.818.786
42 OTROS INGRESOS DE OPERACIÓN	188.976	28.510	392	443	4	198	97	4	16	218.640
EBITDA	355.500	- 15.402	2.332	257	22	1.888	1.320	211	- 1.417	344.710
UTILIDAD NETA	293.766	- 59.414	547	- 1.432	- 78	823	906	2	- 1.190	233.929
Efectivo y equivalentes al efectivo	148.070	8.289	3.735	423	1.474	2.395	2.267	198	281	167.133
Margen Ebitda	19,2%	-1,4%	12,0%	2,1%	0,3%	26,1%	33,1%	6,7%	-49,8%	11,3%

www.minsalud.gov.co



ESTADOS FINANCIEROS GRUPO EMPRESARIAL SANITAS 2021



AÑO 2021 a 31 de Diciembre / Resumen EEFF / Números en millones de pesos	COMPañIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S A	CLINICA COLSANITAS SA	CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.S	OFTALMOSANITAS SAS	OPTICA COLSANITAS SAS	SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS	OFTALMOSANITAS CALI SAS	CLINICA DENTAL KERALTY SAS	MEDICINA NUCLEAR PALERMO ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL SAS	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PRESENTES S.A.S	CLINICA CAMPO ABIERTO ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL LTDA	TOTAL
1 ACTIVOS	1.771.720	1.181.215	28.834	21.143	10.792	7.006	6.053	20.917	4.008	4.044	654	3.056.385
2 PASIVOS	872.423	696.080	26.124	16.114	8.766	5.013	3.085	13.361	1.248	3.176	461	1.645.851
3 PATRIMONIO	899.297	485.135	2.710	5.029	2.026	1.993	2.968	7.556	2.760	868	193	1.410.535
4 INGRESOS	2.659.274	1.615.797	69.228	27.937	22.997	18.090	9.710	7.761	5.520	4.327	3.086	4.443.726
41 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SGSSS	1.809.703	1.577.754	69.065	27.645	22.680	17.521	9.647	7.760	5.467	4.317	3.079	3.554.640
42 OTROS INGRESOS DE OPERACIÓN	849.571	38.043	163	292	316	568	62	1	53	10	7	889.087
EBITDA	350.462	187.309	6.189	3.295	4.970	1.323	3.059	- 1.972	2.266	- 1.485	145	555.562
UTILIDAD NETA	494.410	69.061	190	471	1.409	492	1.499	- 2.454	1.393	- 1.228	- 4	565.240
Efectivo y equivalentes al efectivo	646.165	64.000	2.682	1.894	1.606	795	1.599	4.033	1.378	44	158	724.354
Margen Ebitda	13,2%	11,6%	8,9%	11,8%	21,6%	7,3%	31,5%	-25,4%	41,0%	-34,3%	4,7%	12,5%

www.minsalud.gov.co



ESTADOS FINANCIEROS GRUPO EMPRESARIAL SANITAS 2022

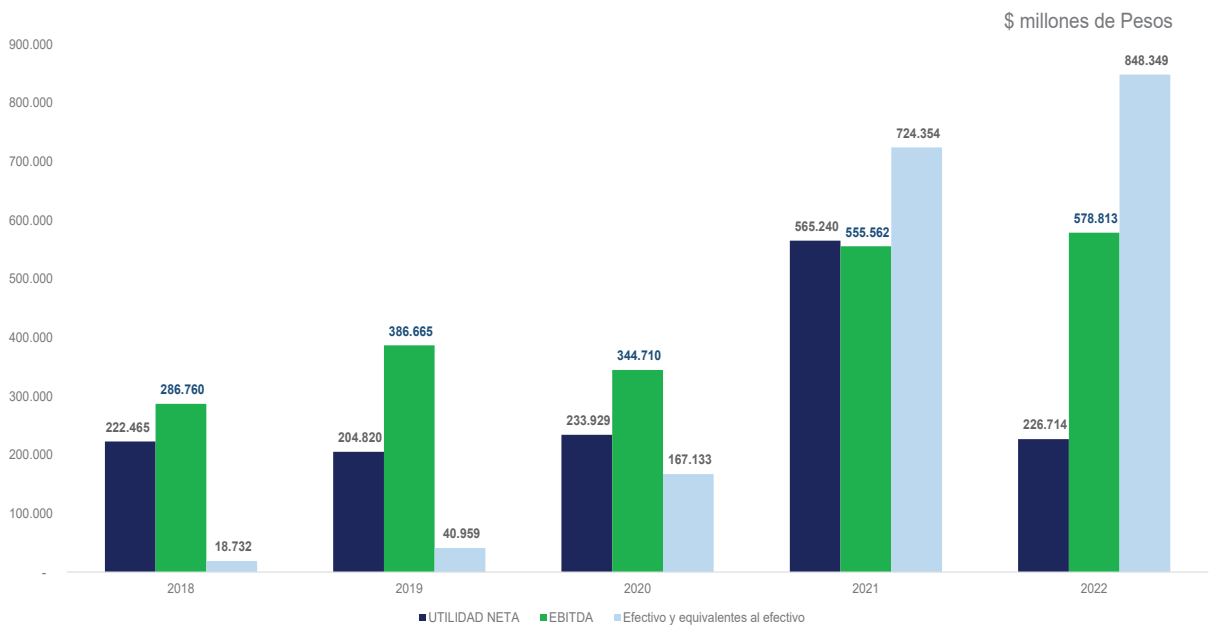


AÑO 2022 a 31 de Diciembre / Resumen EFFF / Números en millones de pesos	COMPañIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S A	CLINICA COLSANITAS SA	CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.S	CLINICA DENTAL KERALTY SAS	OFTALMOSA NITAS SAS	OPTICA COLSANITAS SAS	SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS	OFTALMOSA NITAS CALI SAS	MEDICINA NUCLEAR PALERMO ORG SANITAS INTERNACIONAL SAS	CLINICA CAMPO ABIERTO ORG SANITAS INTERNACIONAL LTDA	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PRESENTES S.A.S	VERSANIA PRIMERA INFANCIA SAS	VERSANIA PSICOSOCIAL ITA SAS	TOTAL
1 ACTIVOS	2.062.503	1.287.217	82.283	41.210	23.507	13.581	7.106	6.102	4.912	1.177	5.130	1.131	2.490	3.538.350
2 PASIVOS	1.073.497	731.186	50.819	34.026	16.084	9.932	4.429	2.990	2.069	997	4.528	1.116	2.660	1.934.332
3 PATRIMONIO	989.006	556.031	31.464	7.184	7.423	3.650	2.676	3.112	2.843	181	602	15	170	1.604.018
4 INGRESOS	2.551.538	1.766.229	122.768	46.286	41.106	31.302	18.236	12.147	7.670	5.029	4.734	495	133	4.607.674
41 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SGSSS	1.986.252	1.726.005	121.464	46.083	40.664	30.974	18.066	12.003	7.300	5.011	4.698	494	132	3.999.146
42 OTROS INGRESOS DE OPERACIÓN	565.287	40.223	1.304	203	442	328	171	144	370	18	37	1	1	608.528
EBITDA	298.317	213.095	48.545	1.655	6.440	6.634	1.945	3.406	2.741	159	- 2.638	- 446	- 1.041	578.813
UTILIDAD NETA	128.938	71.207	28.754	- 4.396	2.389	1.624	687	1.641	1.472	- 18	- 3.530	- 709	- 1.345	226.714
Efectivo y equivalentes al efectivo	757.267	76.144	4.261	146	4.073	1.112	1.585	1.501	1.358	484	308	40	70	848.349
Margen Ebitda	11,7%	12,1%	39,5%	3,6%	15,7%	21,2%	10,7%	28,0%	35,7%	3,2%	-55,7%	-90,0%	-784,8%	12,6%

www.minsalud.gov.co



Utilidad neta, EBITDA y Efectivo y equivalentes IPS de Sanitas

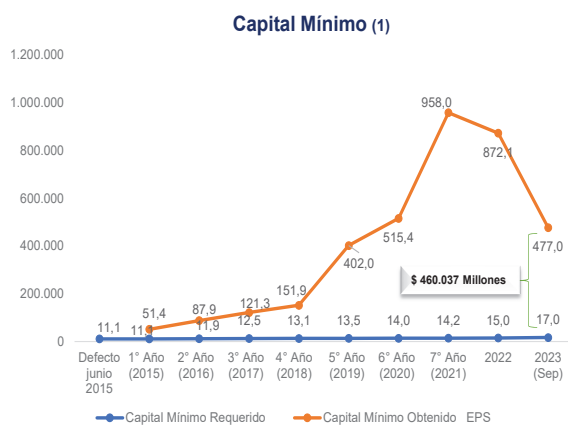


www.minsalud.gov.co

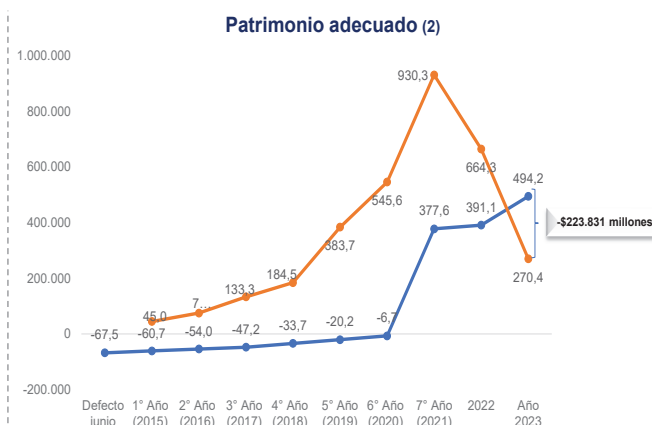


Componente financiero

Condiciones financieras y de solvencia



Superávit \$ 460.037 millones



Déficit -\$ 223.831 millones

Fuente: Archivos Tipo FT011 reportados por Sanitas EPS. Cálculos realizados mediante la metodología de condiciones financieras de la Superintendencia Nacional de Salud (Cifras en millones de \$)

- Sanitas EPS ha presentado cumplimiento en los porcentajes exigidos para el indicador de Capital Mínimo del cierre de la vigencia 2015 a septiembre de 2023.
- Para el indicador de Patrimonio Adecuado, presentó cumplimiento en los periodos de transición del Decreto 2702 de 2014; sin embargo, a partir de la vigencia 2023 incumple este indicador ocasionado principalmente por la pérdida del ejercicio acumulada de 2022 y la pérdida del ejercicio en curso.

www.minsalud.gov.co



Componente financiero

Condiciones financieras y de solvencia



Régimen de Inversiones Septiembre 2023

(Cifras en millones de \$)

Reserva Técnica UPC de agosto 2023	1.281.421	(+)
Reserva Técnica de Presupuestos Máximos de agosto 2023	386.270	(+)
Pagos FT017	0	(-)
Inversión Requerida	1.667.691	(=)
Exceso de Costo del Presupuesto Máximo	532.408	(+)
Cartera colectiva computable AT - FT006	1.666	(+)
Cómputo reporte AT- FT024	0	(+)
Cuentas de Ahorros y Corrientes AT - FT006	256.694	(+)
Pagos PT013	7.594	(+)
Inversiones en Títulos - FT007 Computables	451.223	(+)
Total Inversiones	1.249.585	(=)
Diferencia	-418.106	
Porcentaje Cumplimiento	-25,1%	
Cumplimiento	No Cumple	

Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Sep 2023
SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO

La EPS **no ha constituido las inversiones necesarias** que respalden la totalidad de las obligaciones de reservas técnicas al corte de septiembre de 2023 con una brecha de cumplimiento del -25,1%.

Fuente: Información reportada por la entidad mediante los archivos tipo establecidos por la circular 016 de 2016. Cálculos realizados mediante la metodología de condiciones financieras



www.minsalud.gov.co



SITUACION FINANCIERA SANITAS



A pesar de la ganancias en las clínicas de integración vertical y demás organizaciones del grupo empresarial:

- **Solicitan Plan de Reorganización Institucional – PRI** (mecanismo a través del cual se flexibilizan los indicadores financieros y de solvencia requeridos para la habilitación)
- **No cuentan con patrimonio adecuado**, con lo cual se debería certificar y ordenar el giro directo a través de la ADRES.
- En su estado de cuenta registran y certifican una supuesta deuda de la ADRES por \$753.000 millones, que no corresponde a los valores registrados, ni fue conciliada con el pagador
- No cumple con la constitución de la reserva técnica, ni el régimen de inversiones.
- Incluyen en los gastos de administración financiados con la UPC los servicios asociados a la prestación de servicios para unidades de negocio como la medicina prepagada (el gasto de administración reportado no está discriminado).

www.minsalud.gov.co



COMUNICADO DE CRUZ VERDE



Cruz Verde
No suministro de
medicamentos No
PBS a EPS Sanitas
 (30 de octubre de 2023)

COMUNICADO DE PRENSA

Dogotá, 30 de octubre de 2023. Droguerías y Farmacias Cruz Verde, en su calidad de dispensador de medicamentos, tecnologías e insumos de Sanitas EPS, se permite informar que:

- Desde la entrada en vigencia de la metodología de Presupuesto Máximo en Colombia, EPS Sanitas ha venido acumulando mensualmente una cartera por concepto de medicamentos e insumos No PBS del orden de los 400 mil millones de pesos. Tras más de tres años de negociaciones y de diversas solicitudes planteadas a la EPS Sanitas para generar un pago de la cartera o dación de la facta, no ha sido posible su saneamiento. Cruz Verde no ha recibido por parte de dicha EPS un plan de pago, y, a la vez, la negociación ha desatendido los acuerdos a los que se había comprometido, situación que hace insostenible el suministro desde las perspectivas financiera, legal y técnica.
- La cadena de droguerías y farmacias ha venido asumiendo la totalidad de la carga financiera del faltante, lo cual ha implicado enormes esfuerzos para sostener la continuidad de los servicios esperando siempre la construcción conjunta de una solución que garantice los tratamientos de los usuarios.
- Al no poder asumir la totalidad de los costos para el pago a laboratorios fabricantes e importadores, se han generado litigios en el abastecimiento de productos por parte de algunos de ellos. Como consecuencia, en la actualidad Cruz Verde no cuenta con disponibilidad para la disposición de algunos productos como es el caso de pañales, suplementos nutricionales, medicamentos vitales no disponibles, entre otros insumos No PBS a los afiliados de EPS Sanitas.
- Así las cosas, después de agotar múltiples y extensos espacios de acercamiento para el pago de la cartera adeudada por Sanitas, Cruz Verde se ve imposibilitado para continuar realizando el suministro de medicamentos, insumos y tecnologías No PBS de carácter ambulatorio a los afiliados de dicha EPS a partir del 15 de noviembre, medida que ha sido comunicada a la EPS, quien determinará las acciones que estime pertinentes para dar continuidad al acceso efectivo a los medicamentos de sus afiliados a través de otros actores.
- Cruz Verde entendió el impacto social de esta difícil decisión, la cual ha sido tomada después de un riguroso y responsable análisis por ella, tal como le ha comunicado a dicha entidad, aparte de ello, pone a disposición de la EPS Sanitas su infraestructura de droguerías y centro de distribución para apoyar en la traslación de los productos No PBS, respecto de los cuales los laboratorios actualmente no están realizando el abastecimiento.
- La compañía se ha visto obligada a adoptar esta medida que tiene alcance únicamente en relación con Sanitas EPS, respecto a lo No PBS, con la finalidad de que la disposición a clínicas y a otras entidades miembros de Cruz Verde pueda continuar operando con normalidad.

Desde su caso íntimo, Cruz Verde refiere el compromiso con la salud y el bienestar de las comunidades en las que opera la compañía, declarando expresamente, tal como se lo hemos expuesto en varias ocasiones al Gobierno

“La cadena de droguerías y farmacias ha venido asumiendo la totalidad de la carga financiera del faltante, lo cual ha implicado enormes esfuerzos para sostener la continuidad de los servicios esperando siempre la construcción conjunta de una solución que garantice los tratamientos de los usuarios”

“Así las cosas, después de agotar múltiples y extensos espacios de acercamiento para el pago de la cartera adeudada por Sanitas, Cruz Verde se ve imposibilitado para continuar realizando el suministro de medicamentos, insumos y tecnologías No PBS de carácter ambulatorio a los afiliados de dicha EPS a partir del 15 de noviembre, medida que ha sido comunicada a la EPS, quien determinará las acciones que estime pertinentes para dar continuidad al acceso efectivo a los medicamentos de sus afiliados a través de otros actores.”

www.minsalud.gov.co



ACCIONES TOMADAS



- **25 de octubre de 2023:** Se solicita a la EPS Sanitas dar cabal cumplimiento a las inversiones de reservas técnicas
- **30 de octubre de 2023:** Se solicita a la EPS Sanitas garantizar el Suministro de Medicamento
- **30 de octubre de 2023:** Se solicita a la SNS realizar acciones de IVC a Sanitas
- **1ero de noviembre de 2023:** Se realiza sesión de trabajo con Cruz Verde. (Sesión anterior de L 14 de septiembre de 2023)
- **08 de noviembre de 2023:** Se solicita la gestión de importación y compra de medicamentos vitales no disponibles.
- **08 de noviembre de 2023:** Se interpone acción de tutela para proteger el derecho fundamental a la salud. El Juez otorga dos días para el pronunciamiento de EPS Sanitas respecto a las demandas.

www.minsalud.gov.co



TUTELA A EPS SANITAS



Al contestar por favor cite estos datos:
 Radicado No.: 20231102344121
 Fecha: 08-11-2023

Bogotá D.C.,

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)
 E. S. D.

REF: Acción de Tutela para proteger el derecho fundamental de la salud.
 Accionante: Ministerio de Salud y Protección Social.
 Accionado: EPS SANITAS.

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA, actuando en calidad de Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social y como agente oficioso de los usuarios de la EPS SANITAS, mediante el presente escrito, invocando el artículo 86 de la Constitución Política y de conformidad con el Decreto 2591 de 1991, en especial el artículo 10¹ y Decreto 306 de 1992, acudo ante su Despacho para instaurar ACCIÓN DE TUTELA contra la EPS SANITAS, con el objeto de que se proteja el derecho constitucional y fundamental de la Salud, de acuerdo a los siguientes fundamentos fácticos:

HECHOS

1. Que en el desarrollo del Estado Social de Derecho, Colombia cuenta con el sistema General de Seguridad social, ostentando el mismo con distintos componentes tal y como es la salud, siendo regido estructuralmente por la ley 100 de 1993 de la siguiente forma:

"ARTICULO 1º. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables

¹ Artículo 10. Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

Ministerio de Salud y Protección Social
 Calle 100 No. 7 - 39, piso 2º, Bogotá D.C., Colombia
 Tel: +57 (0)1 254 1100



JUZGADO 33 PENAL MUNICIPAL DE
 CONDUCIMIENTO DE BOGOTÁ
 Calle 38 No. 7 - 39, piso 2º, Teléfono: 2414201
 @j33penalconducimientobogota.gov.co

TUTELA: 2023-309

INFORME SECRETARIAL. - Bogotá D.C., 10 de noviembre de 2023.- Al Despacho de la señora Juez, la presente acción de tutela, instaurada por el Director Jurídico del **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** en contra de **SANITAS EPS**, invocando la presunta vulneración al derecho fundamental de **SAÚDE**, en la cual solicita se dicte como **MEDIDA PROVISIONAL** comandar a la entidad accionada a dar cumplimiento a los medios que orden este Despacho para garantizar la dispensación de medicamentos no incluidos en el PBS para sus afiliados. Se radica con el número **2023 - 0309**, sírvase proveer.

DANIELA PARDO PINILLA
 OFICIAL MAYOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
 RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
 JUZGADO TRENTA Y TRES PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE
 CONOCIMIENTO

Bogotá D.C., diez (10) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

Viso el informe secretarial que antecede, **AVÓQUESE** el conocimiento de la presente acción de tutela, instaurada por el Director Jurídico del **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, por encontrarse reunidas las exigencias del artículo 14 del Decreto 2591 de 1991.

Con el fin de garantizar los derechos de defensa y contradicción que le asiste a la entidad accionada, córtasele traslado del libelo demandatorio a los mismos, para que en el término **improrogable de DOS (2) DÍAS SIGUIENTES a la notificación**, se pronuncie en relación con los hechos de la demanda.

CÚMPLASE.

ALBA LUZ GARCÍA BENÍTEZ
 JUEZ

www.minsalud.gov.co



COMUNICADO DE SANITAS CAMBIANDO DE OPERADOR FARMACEUTICO



Estimado afiliado:

Teniendo a nuestros usuarios como máxima prioridad y para garantizar la continuidad inmediata de la dispensación de los medicamentos No PBS, hemos llegado a un acuerdo con un nuevo operador farmacéutico. Si usted es usuario de medicamentos No PBS, por favor permanezca atento a las instrucciones que le enviaremos próximamente a través de mensaje de texto.

Los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) seguirán siendo dispensados por Cruz Verde y los demás gestores que lo han venido haciendo hasta ahora.

Agradecemos a nuestros usuarios por la comprensión frente al proceso de transición en esta contingencia y les estaremos informando novedades a través de nuestros canales oficiales.

MINISTERIO DE SALUD

www.minsalud.gov.co



CAMBIO DE OPERADOR SANITAS



Nuevo operador farmacéutico para medicamentos No PBS

Si no puedes ver correctamente el correo, haz clic aquí

Estimado afiliado



Como es de conocimiento público, el pasado 27 de octubre fuimos notificados sobre la decisión de Cruz Verde de no continuar con la dispensación de medicamentos no financiados con la UPD. Medicamentos no PBS a usuarios afiliados a partir del 15 de noviembre por la situación de bloqueo financiera de sus proveedores. Desde ese momento estamos trabajando para garantizar la continuidad de la atención que ofrecemos a la cerca de 30 mil usuarios que requieren este tipo de medicamentos.

Siempre conscientes con la confianza que nos deposita un usuario más de 5.7 millones de afiliados, estamos realizando esfuerzos más allá de nuestra responsabilidad y capacidades, para buscar soluciones. Por eso hemos y seguiremos teniendo a nuestros usuarios como máxima prioridad. Desde EPS Sanitas vamos a asumir de forma transitoria la financiación que le corresponde al Gobierno. No es una decisión fácil porque nuestros recuerdos están en esta ciudad afiliada pero lo hacemos por el compromiso que nos caracteriza con los colombianos y con el sistema, al que hemos contribuido por más de 28 años.

Para garantizar la continuidad inmediata de la dispensación de los medicamentos No PBS hemos llegado a un acuerdo con Audifarma, empresa con más de 25 años de experiencia en gestión farmacéutica y con presencia a nivel nacional.

Siempre sobre el cuadro de medicamentos No PBS, le pedimos estar atento a las instrucciones que enviaremos próximamente a través de mensaje de texto.

Es importante aclarar que los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) seguirán siendo dispensados por Cruz Verde y los demás gestores que lo han venido haciendo hasta ahora.

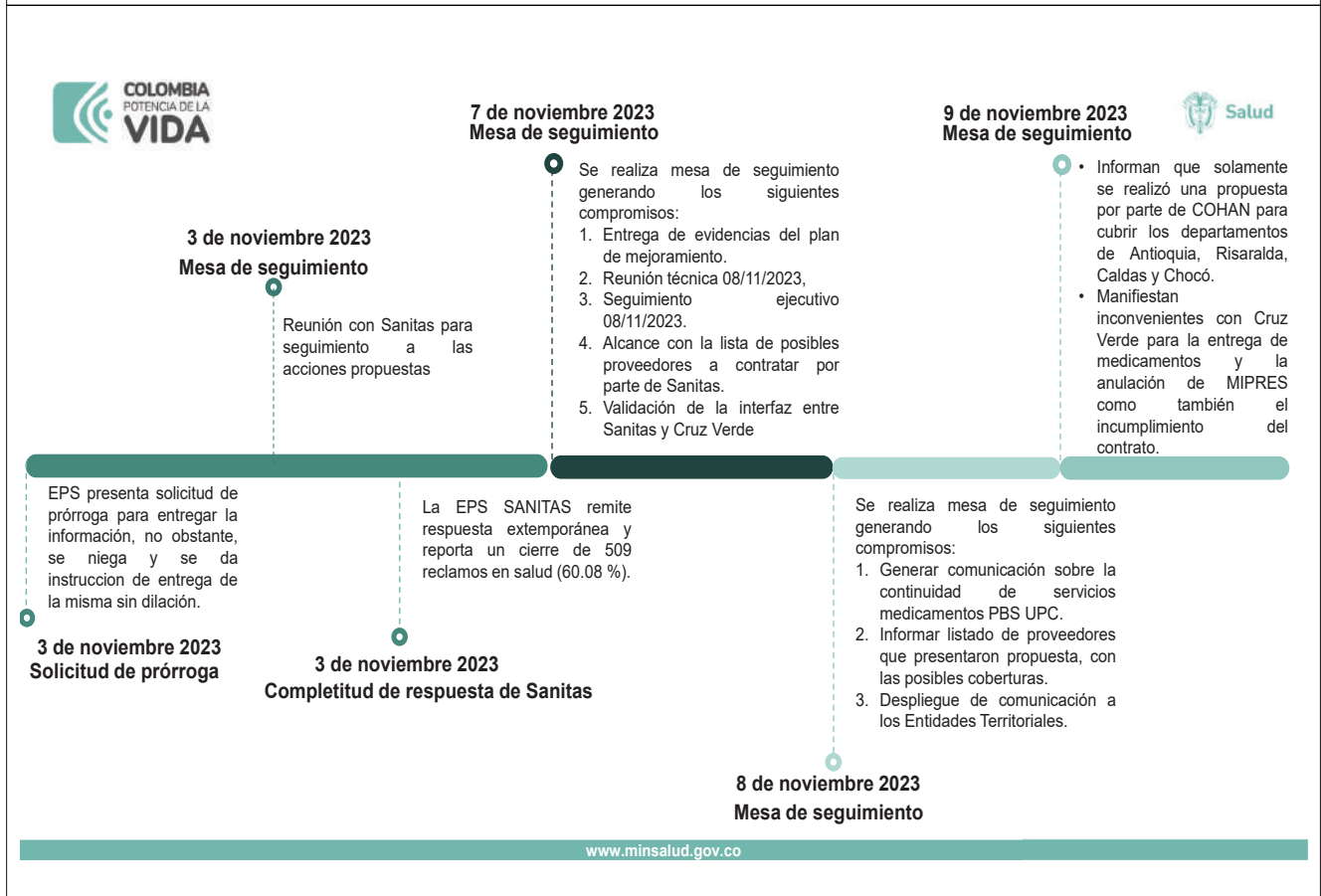
Continuamos trabajando incansablemente por su bienestar y lo mantendremos al tanto de las novedades al respecto.

“estamos realizando esfuerzo, **más allá de nuestra responsabilidad y capacidades, para buscar soluciones.** Por esta razón (...) **vamos a asumir de forma transitoria la financiación que le corresponde al Gobierno.**”

“para garantizar la continuidad inmediata de la dispensación de los medicamentos No PBS se ha llegado a un acuerdo con Audifarma, empresa con más de 25 años de experiencia en gestión farmacéutica y con presencia a nivel nacional.”

El presidente de EPS Sanitas también agradeció a los pacientes y afiliados a la EPS por su "comprensión" y recordó que los medicamentos que sí hacen parte del PBS se siguen entregando a través de Cruz Verde

www.minsalud.gov.co





ACCIONES TOMADAS SUPERSALUD



Mesa de seguimiento 10 de noviembre 2023

Se realiza reunión presencial con la finalidad de revisar el plan de acción y las evidencias respectivas. De forma virtual seguimiento a los avances.

Informa que los proveedores tienen preocupación por el tiempo de implementación y los presupuestos máximos.

Mesa de seguimiento 14 de noviembre 2023

Sanitas informa que se encuentra en negociación con CRUZ VERDE, realizó giro por valor de 12 mil millones, se encuentran a la espera de respuesta a las 5 pm de confirmación si continúan con la dispensación.

Se encuentra también Audifarma como una posible opción.

Mesa de seguimiento 15 de noviembre 2023

Sanitas informa que se encuentra garantizando el suministro al 90% de la población con Audifarma, se encuentra en proceso de negociación para garantizar el 10% restante. Que corresponde a los departamentos de

- Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Arauca
- La Guajira

De las acciones del plan de acción que presentan fecha de inicio anterior a 13/11/2023 la EPS presentó evidencias que demuestran el cumplimiento en un 72,21%.

14 de noviembre 2023 Evaluación de Plan de Acción

Sanitas anuncia que Audifarma se encargará de la dispensación de medicamentos PBS NO UPC

14 de noviembre 2023 05:00 pm

Se realiza reunión presencial con la finalidad de revisar el plan de acción y las evidencias respectivas. Así mismo de manera virtual seguimiento a los avances.

Informa que dispone de red para el cubrimiento de las tecnologías PBS no UPC a la totalidad de sus afiliados.

Mesa de seguimiento 16 de noviembre 2023

www.minsalud.gov.co



SOLICITUDES DE ACCIONES



- Levantar el **velo corporativo (art 65 de la Ley 2591 de 2022)**

ARTÍCULO 65 DESESTIMACION DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA PARA EL CONTROL FISCAL. (...) el Director de la actuación correspondiente **podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo** con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su vinculación como presuntos responsables al proceso.



- Realizar **auditoria** al pago de los recursos adeudados por las EPS a proveedores
- **Auditoria Forense** al flujo de los recursos
- Regular la **integración vertical de negocios** en el sector salud (transferencia de utilidades)
- Solicitar a la SNS la certificación para **realizar giro directo** por parte de la ADRES por no cumplimiento de patrimonio adecuado

www.minsalud.gov.co





100% de Ejecución

ESE Centro de Salud de Ventaquemada

Ventaquemada | RES 2386 de 2021

Construcción nueva sede Empresa Social del Estado centro de salud Ventaquemada

\$7.751
Millones

Inversión MSPS

\$8.158
Millones

Inversión Total



80,86% de Ejecución

ESE Centro de Salud Fe y Esperanza de Sorocá

Sorocá | RES 2525 de 2020
RES 2539 de 2022

Construcción nueva sede ESE Centro de Salud Fe y Esperanza municipio de Sorocá

\$5.098
Millones

Inversión MSPS

\$5.098
Millones

Inversión Total





100% de Ejecución

E.S.E. Rafael Tovar Poveda.

Albania | RES 2772 de 2022

Mejoramiento y adecuación del puesto de salud El Dorado de la ESE Rafael Tovar Poveda, localizado en el municipio de Albania departamento de Caquetá



\$347
Millones

Inversión MSPS

\$347
Millones

Inversión Total

Nota: Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E. Rafael Tovar Poveda.

Curillo | RES 2772 de 2022

Mejoramiento y adecuación del puesto de salud Salamina de la ESE Rafael Tovar Poveda, localizado en el municipio de Curillo departamento de Caquetá



\$341
Millones

Inversión MSPS

\$341
Millones

Inversión Total

Nota:
Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E. Rafael Tovar Poveda.

San José del Fragua | RES 2772 de 2022

Mejoramiento y adecuación del centro de salud Yurayaco de la ESE Rafael Tovar Poveda, localizado en el municipio de San José del Fragua departamento de Caquetá



\$44
Millones

Inversión MSPS

\$44
Millones

Inversión Total

Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E. Rafael Tovar Poveda.

San José del Fragua | RES 2772 de 2022

Mejoramiento y adecuación del puesto de salud Fraguita de la ESE Rafael Tovar Poveda localizado en el municipio de San José del Fragua departamento de Caquetá



\$346
Millones

Inversión MSPS

\$346
Millones

Inversión Total

Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E Hospital San Rafael

San Vicente del Caguán | RES 2772 de 2022

Adecuación y mejoramiento de puesto de salud rural del Centro Poblado Guacamayas de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán en el departamento del Caquetá San Vicente del Caguán



\$150
Millones

\$150
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E Hospital San Rafael

San Vicente del Caguán | RES 2772 de 2022

Adecuación y mejoramiento del puesto de salud rural del Centro Poblado Balsillas de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán en el departamento del Caquetá san Vicente del Caguán



\$341
Millones

\$341
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E Hospital San Rafael

San Vicente del Caguán | RES 2772 de 2022

Adecuación y mejoramiento del puesto de salud rural del Centro Poblado Los Pozos de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán en el departamento del Caquetá San Vicente del Caguán

\$88

Millones

Inversión MSPS

\$88

Millones

Inversión Total



Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E. NORTE 3 - Hospital Nivel I de Villa Rica

Villa Rica | RES 2339 de 2018

Reposición (reubicación) Hospital Nivel I de Villa Rica

\$2.739

Millones

Inversión MSPS

\$10.381

Millones

Inversión Total



Nota:

Pendiente visita por parte del MSPS, para validar el estado final del proyecto.



100% de Ejecución

E.S.E. Hospital El Socorro

San Diego Cesar | RES 2539 de 2022

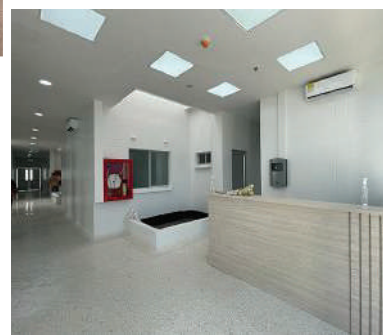
Construcción nuevo centro de salud del corregimiento Media Luna en el municipio de San Diego Cesar

\$ 3.837
Millones

\$ 3.837
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora

Iquira | RES 2772 DE 2022

Adecuación del puesto de salud del Centro Poblado de Rio Negro del municipio de Iquira- Huila para el fortalecimiento de la prestación de servicios a la comunidad Indígena Nasa Páez

\$295
Millones

\$295
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total





100% de Ejecución

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua

La Plata | RES 2296 de 2020

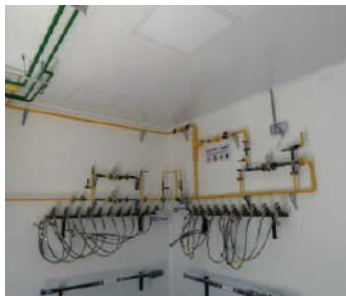
Adecuación, dotación y puesta en marcha de una central de aire medicinal y vacío en la Empresa Social del Estado Hospital departamental San Antonio de Padua

\$565
Millones

\$565
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua

La Plata | RES 2296 de 2020

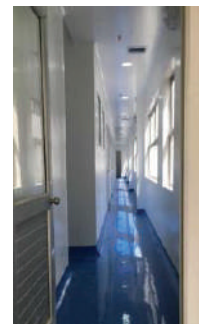
Construcción de la unidad de cuidados intensivos de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua Huila. Covid-19

\$2.269
Millones

\$2.269
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total





100% de Ejecución



E.S.E. Carmen Emilia Ospina

Neiva | RES 2772 de 2022

Adecuación infraestructura física centro de salud el Caguán Neiva, Huila Neiva

\$ 253 Millones	\$ 253 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



100% de Ejecución

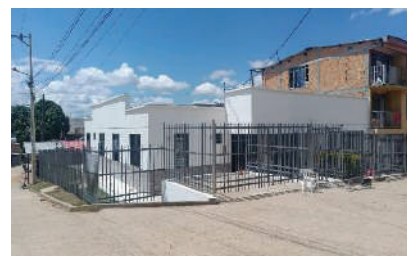


E.S.E Hospital San Antonio de Tarqui

Tarqui | RES 2772 de 2022

Adecuación mejoramiento ESE San Antonio de Tarqui sede Centro Poblado Quituro

\$ 97.8 Millones	\$ 97.8 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total





100% de Ejecución

ESE Hospital Municipal San Antonio

Timaná | RES 2772 de 2022

Adecuación de infraestructura hospitalaria puesto de salud Centro Poblado Naranjal Carlos Cuellar Sánchez de la E.S.E municipal San Antonio del municipio de Timaná, Huila



\$ 103
Millones

Inversión MSPS

\$ 103
Millones

Inversión Total

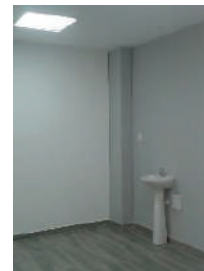
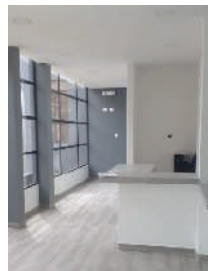


100% de Ejecución

ESE Centro de Salud Virgen de Lourdes

Buesaco | RES 1584 de 2021

Reposición puesto de salud Santa María



\$528
Millones

Inversión MSPS

\$ 528
Millones

Inversión Total

Nota:

Se encuentra pendiente la Dotación. La ESE adelanta proyecto en conjunto con el IDSN. No se ha hecho solicitud de dotación al MSPS.



100% de Ejecución

Centro Hospital Divino Niño ESE

Tumaco | RES 2539 de 2022

Construcción de cerramiento sede principal ESE Centro Hospital Divino Niño de Tumaco, departamento de Nariño



\$1.270
Millones

Inversión MSPS

\$1.270
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución

Hospital el Buen Samaritano E.S.E.

La Cruz | RES 2772 de 2022

Adecuación del centro de salud del corregimiento de Tajumbina en el municipio de La Cruz Nariño



\$169
Millones

Inversión MSPS

\$169
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución



Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes ESE

Olaya Herrera | RES 2772 de 2022

Adecuación del puesto de salud Merizalde Porvenir Olaya Herrera

\$175 Millones	\$175 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



100% de Ejecución



Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes ESE

Olaya Herrera | RES 2772 de 2022

Adecuación del puesto de salud de la vereda San José Calabazal del municipio de Olaya Herrera

\$191 Millones	\$191 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total





100% de Ejecución

Centro de Salud Guachaves E.S.E.

Santa Cruz | RES 2772 de 2022

Adecuación ese centro de salud Guachaves Santacruz

\$379 Millones	\$379 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Hospital Juan Luis Londoño

El Zulia | RES 2295 de 2019
RES 2539 de 2022

Construcción Hospital Juan Luis Londoño Del Municipio De El Zulia, Departamento Norte De Santander

\$14.450 Millones	\$15.950 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total




15
SEPT 2023
 Finalización

Proyecto de dotación aprobado en Comité de asignación del 25 de octubre de 2023, pendiente resolución.



ESE Hospital Regional del Norte

Sardinata | RES 2295 de 2019

Reposición Operación del Modelo Integral de Atención en Salud en los Puntos de Atención Extramural de Tibú - IPS de Sardinata

\$6.742
Millones

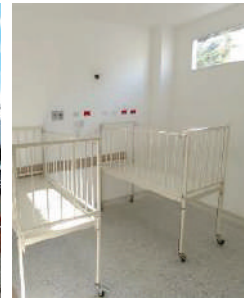
Inversión MSPS

\$8.966
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución



Proyecto de dotación en evaluación de subsanaciones por parte del MSPS.



ESE Hospital Juan Luis Londoño

El Zulia | RES 2295 de 2019
RES 2539 de 2022

Construcción Hospital Juan Luis Londoño Del Municipio De El Zulia, Departamento Norte De Santander

\$14.450
Millones

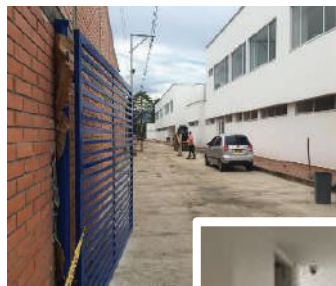
Inversión MSPS

\$15.950
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución



Proyecto de dotación aprobado en Comité de asignación del 25 de octubre de 2023, pendiente resolución.



95,0% de Ejecución

ESE Hospital Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario | RES 1833 de 2021
RES 1832 de 2023

Construcción del Nuevo Hospital
Local de la ESE Jorge Cristo Sahium
de Villa del Rosario

\$ 23.402
Millones

\$ 25.402
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



Proyecto de dotación en estructuración por parte del Ente Territorial.



100% de Ejecución

ESE Hospital Local Municipio de Los Patios

Los Patios | RES 2539 de 2022

Reposición de la Infraestructura
Física del Centro de Salud Once de
Noviembre del Municipio de Los
Patios

\$1.717
Millones

\$1.717
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total





100% de Ejecución

ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona

Pamplonita | RES 2772 de 2022

Adecuación del Centro de Salud de Pamplonita Norte de Santander

\$357
Millones
Inversión MSPS

\$357
Millones
Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Hospital Regional Noroccidental

Convención | RES 2772 de 2022

Adecuación del Puesto de Salud Trinidad Norte de Santander

\$156
Millones
Inversión MSPS

\$156
Millones
Inversión Total





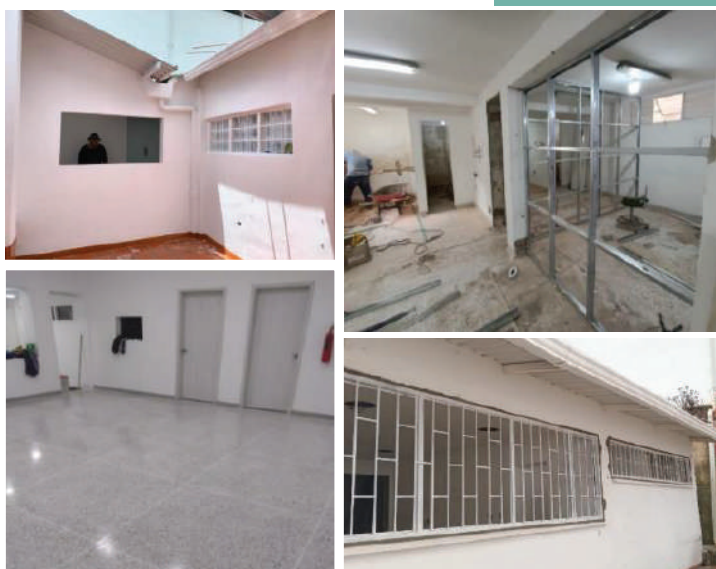
100% de Ejecución

ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona

Mutíscua | RES 2772 de 2022

Adecuación del Centro de Salud de Mutíscua Norte de Santander

\$250 Millones	\$250 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Hospital Regional Centro

Arboledas | RES 2772 de 2022

Fortalecimiento Regional de la Infraestructura Publica en Salud, Puesto de Salud del Corregimiento de Castro

\$299 Millones	\$299 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total





100% de Ejecución

ESE Insalud

Cúcuta | RES 2772 de 2022

1. Adecuación de la IPS Buena Esperanza

\$280 Millones	\$280 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Insalud

Cúcuta | RES 2772 de 2022

2. Adecuación de la IPS Los Olivos

\$290 Millones	\$290 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total





100% de Ejecución

ESE Imsalud

Cúcuta | RES 2772 de 2022

3. Adecuación de la IPS El Pórtico

\$307
Millones

\$307
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Imsalud

Cúcuta | RES 2772 de 2022

4. Adecuación de la IPS Boconó

\$308
Millones

\$308
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total





ESE Insalud

Cúcuta | RES 2772 de 2022

5. Adecuación de la IPS Cundinamarca

\$321
Millones

Inversión MSPS

\$321
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución



E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís

Puerto Asís | RES 2295 de 2019

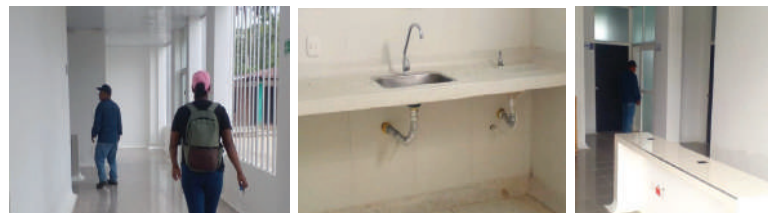
Ampliación y remodelación de la sede centro de salud Carmelita

\$2.500
Millones

Inversión MSPS

\$2.500
Millones

Inversión Total



100% de Ejecución



Nota:

Se encuentra pendiente las conexiones definitivas de energía, y revisión de humedades y carpintería.

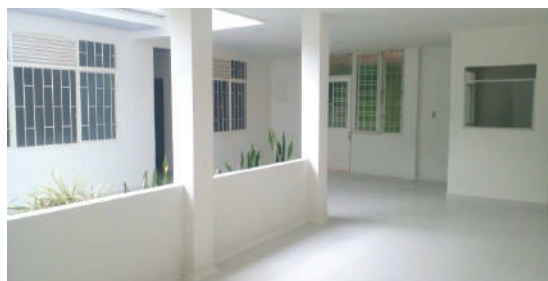


100% de Ejecución

E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís

Puerto Asís | RES 2772 de 2022

Adecuación de infraestructura del puesto de salud 20 de Julio de la ESE Hospital Local de Puerto Asís Putumayo



\$268
Millones

\$268
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

Nota:

Se encuentra pendiente la Dotación. La ESE adelanta proyecto en conjunto con el Departamento. No se ha hecho solicitud de dotación al MSPS.



100 % de Ejecución

E.S.E Centro De Salud Hermana Gertrudis

Aguada | RES 2772 de 2022

Mejoramiento y reparaciones locativas de la infraestructura hospitalaria de la ESE Centro de Salud Hermana Gertrudis



\$ 341
Millones

\$ 341
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100 % de Ejecución

ESE Hospital Luis Carlos Galán Sarmiento de Charalá

Charalá | RES 2772 de 2022

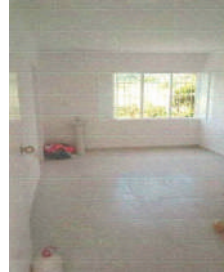
Adecuación de las instalaciones físicas donde funciona el puesto de salud del corregimiento de Virolín en el municipio de Charalá

\$ 214
Millones

\$ 214
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

ESE Hospital El Carmen

El Carmen de Chucurí | RES 2772 de 2022

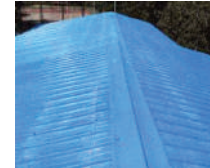
Adecuación del puesto de salud La Y del municipio del Carmen de Chucurí

\$ 305
Millones

\$ 305
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total





100 % de Ejecución

ESE Hospital Santo Domingo Savio

El Playón | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física de la ESE Santo Domingo Savio puesto de salud El Pino del municipio del Playón



\$ 69 Millones	\$ 69 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total



78 % de Ejecución

E.S.E. Centro DE Salud San Miguel

San Miguel | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física de la ESE Centro de Salud del municipio de San Miguel, Santander



\$ 366 Millones	\$ 366 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total

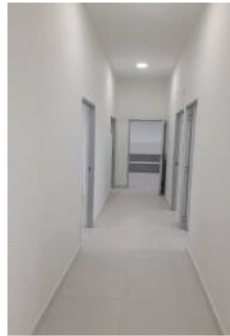


100% de Ejecución

E.S.E. Centro de Salud De Sucre

Sucre | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del centro de salud Sabanagrande



\$ 268
Millones
Inversión MSPS

\$ 268
Millones
Inversión Total



83.8 % de Ejecución

Clínica Girón E.S.E.

Girón | RES 2772 de 2022

Reposición a la infraestructura física de la Clínica Girón, y sus unidades de negocio



\$ 56.830
Millones
Inversión MSPS

\$ 71.082
Millones
Inversión Total



100% de Ejecución

E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta

Ibagué | RES 1940 de 2020

Ampliación de la capacidad instalada de cuidado intensivo y hospitalización para la atención de COVID 19 en la sede El Limonar del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué, Tolima



**\$ 3.467
Millones**

**\$ 3.467
Millones**

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

Hospital Centro E.S.E. de Planadas

Planadas | RES 2772 de 2022

Remodelación planta física del puesto de salud Centro Poblado de Bilbao del municipio de Planadas Tolima



**\$ 117
Millones**

**\$ 117
Millones**

Inversión MSPS

Inversión Total

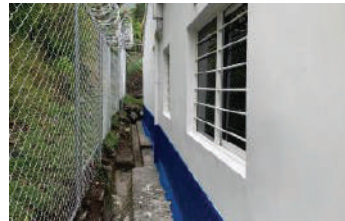


100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud IPS Pance para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 137
Millones

\$ 137
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

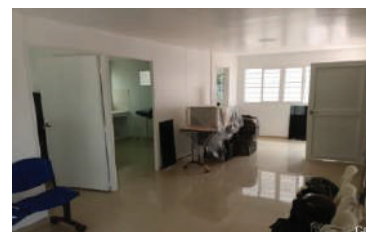


100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Los Andes para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la Red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 171
Millones

\$ 171
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud La Leonera para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la Red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 206
Millones

\$ 206
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

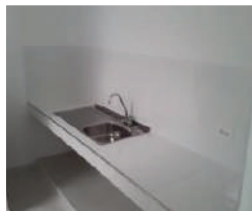


100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Ips Belén para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la Red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 137
Millones

\$ 137
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

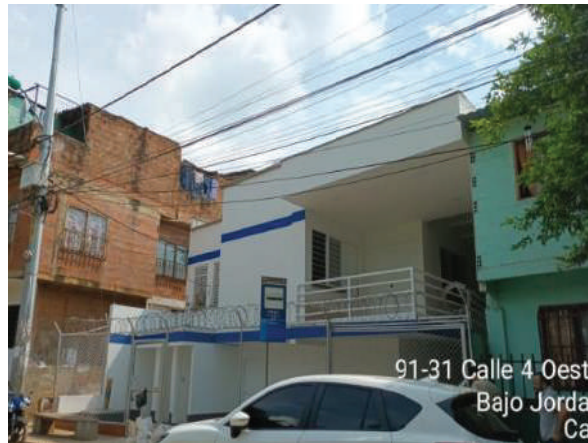


100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Alto Polvorines para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la Red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 276
Millones

\$ 276
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total



100% de Ejecución

Red de Salud Ladera E.S.E

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Peñas Blancas para fortalecer la prestación de los servicios de salud de la Red de Salud Ladera E.S.E. en la ciudad de Santiago de Cali



\$ 141
Millones

\$ 141
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

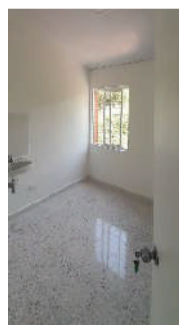
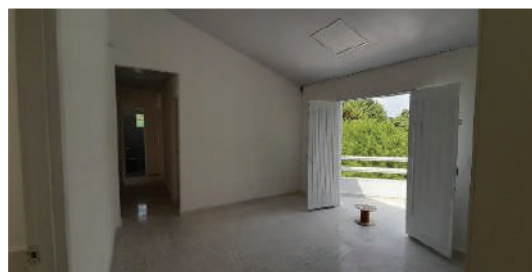


100% de Ejecución

Red Salud del Norte ESE

Cali | RES 2772 de 2022}

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Siete de Agosto perteneciente a la Red de Salud del Norte ESE. Cali



\$206 Millones	\$ 206 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total

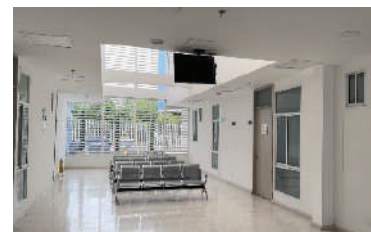
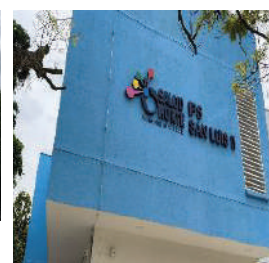


100% de Ejecución

Red Salud del Norte ESE

Cali | RES 1293 de 2022

Dotación equipamiento fijo e infraestructura física para la terminación de la obra centro de salud San Luis II perteneciente a la Red de Salud del Norte ESE departamento del Valle del Cauca municipio de Cali.



\$2.138 Millones	\$ 2.138 Millones
Inversión MSPS	Inversión Total

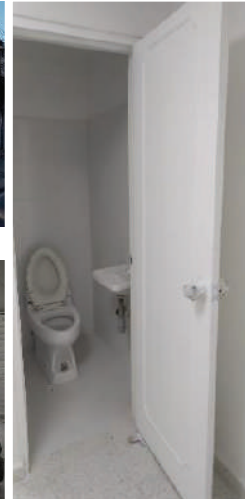


100% de Ejecución

Red Salud del Norte ESE

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud Isla perteneciente a la Red de Salud del Norte ESE. Cali



\$136
Millones

\$ 136
Millones

Inversión MSPS

Inversión Total

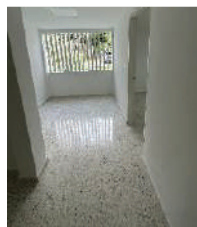


100% de Ejecución

Red Salud del Norte ESE

Cali | RES 2772 de 2022

Adecuación de la infraestructura física del puesto de salud campaña perteneciente a la Red de Salud del Norte ESE. Cali

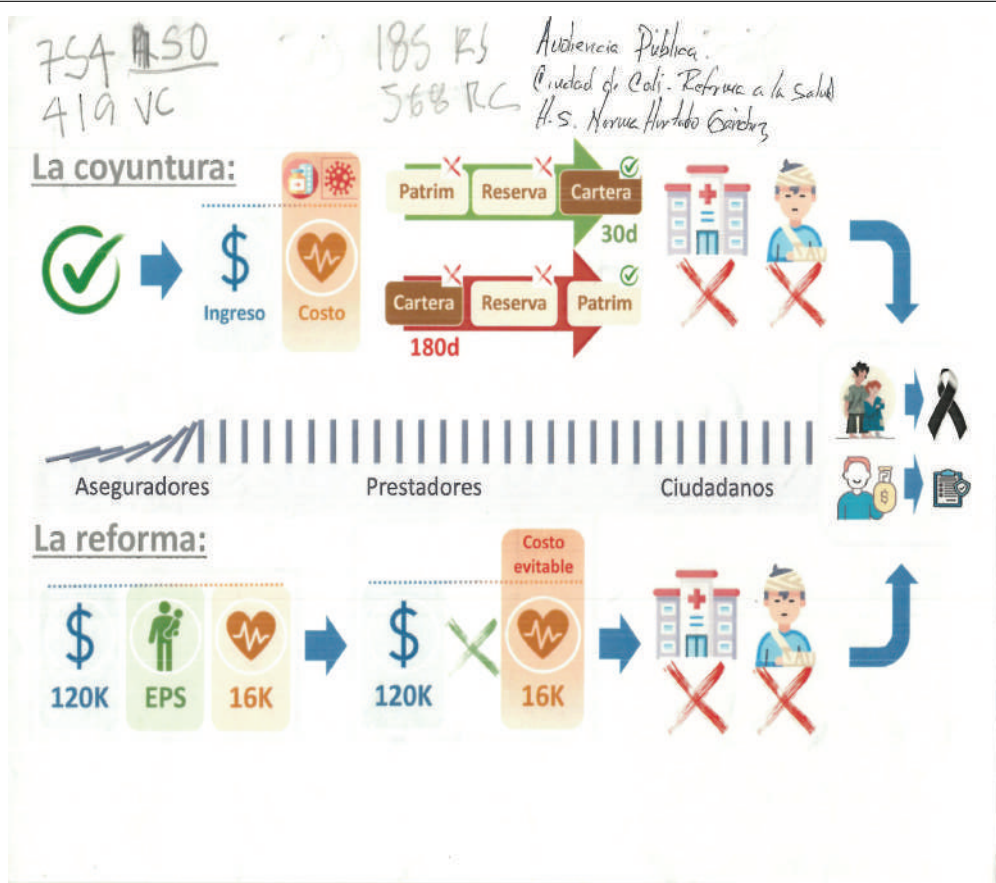


\$178
Millones

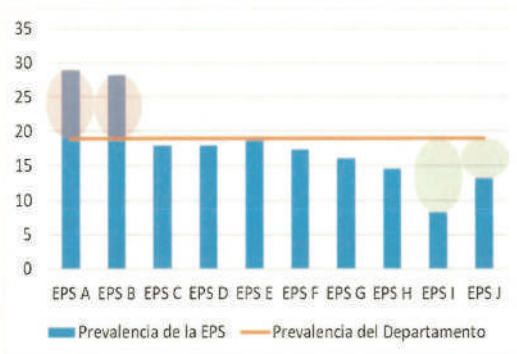
\$ 178
Millones

Inversión MSPS

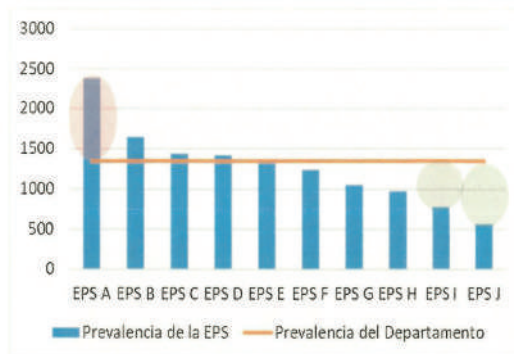
Inversión Total



Enfermedades de Alto Costo en personas de 60 a 70 años



Enfermedades Crónicas en personas de 60 a 70 años



Elaboración con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2022

Las personas con enfermedades de Alto Costo y Crónicas no se distribuyen uniformemente entre todas las EPS que operan en el Valle del Cauca. Incluso para un mismo grupo de edad, algunas **exceden hasta en un 60%** la prevalencia ponderada, y otras tienen hasta un **60% menos**.

Impacto económico de la asimetría en la concentración de pacientes con Enfermedades Crónicas y de Alto Costo en el Valle del Cauca

EPS	Impacto asimetría	Pacientes	Per Cápita
EPS A	330.779.762.695	172.626	40.956
EPS B	56.377.558.003	68.548	14.343
EPS C	23.119.417.125	86.335	3.761
EPS D	43.379.783.511	187.390	3.269
EPS E	-20.028.466.578	89.287	2.611
EPS F	-12.841.346.098	32.548	4.174
EPS G	-15.431.935.824	18.790	6.669
EPS H	-239.971.566.793	150.854	21.443
EPS I	-165.798.891.601	53.883	24.189
EPS J	-14.735.718.382	2.225	24.637
Total	0	875.065	0

Elaboración con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2022

Más de **514 mil personas (60%)** con mayores necesidades en salud están afiliados a EPS que tienen una mayor carga económica. Estos pacientes, y los prestadores que los atienden, tienen mayor riesgo de experimentar problemas en la atención.

Objetivos

- Resultado en salud
- Satisfacción
- Sostenibilidad
- Bienestar del trabajador
- Equidad entre actores

Propuestas a la Reforma

- Un responsable del cuidado
- Conformación de redes
- Integralidad de la atención
- Libre elección
- Giro directo a los actores
- Remuneración correcta
- Atención Primaria en Salud
- Transición adecuada

Quíntuple Meta

- Resultado en salud
- Satisfacción
- Sostenibilidad
- Bienestar del trabajador
- Equidad entre actores

6

Propuestas

- Responsable
- Redes
- Integralidad
- Libre elección
- Giro directo
- Remuneración
- Atención Primaria
- Transición

Reflexiones sobre la reforma a la salud

Comisión séptima del Senado de la República
 Audiencia Pública
 Cali, marzo 1 de 2024

Eduardo Alvarado Santander

Conflictos de interés

- Soy médico, soy contribuyente y soy paciente
- No soy, ni he sido propietario, ni accionista de EPS, IPS, Proveedores o productores de medicamentos.
- Como experto o como funcionario, he sido miembro de juntas directivas de EPS e IPS.
- Como consultor, he asesorado Entidades del Estado, Universidades, EPS, IPS privadas, Gremios del sector y Laboratorios Farmacéuticos.
- Participé en la concepción, redacción, reglamentación e implementación de la ley 100 de 1993.
- No hablo a nombre de ninguna entidad de salud, gremio o sindicato, ni partido político, ni institución académica.

Las bases de la reforma a la salud

- Los recursos públicos no pueden manejarse por privados
- Las EPS son unas intermediarias innecesarias
- Tenemos un mal sistema de salud
- Hay que fortalecer atención primaria y corregir inequidades territoriales
- Hay que mejorar la disponibilidad, las competencias y las condiciones laborales del Talento Humano en Salud.

Recursos públicos no se manejan por privados

- Viejo y eterno debate. Izquierda y Derecha
- Sector público vs. sector privado
- Función social
- Eficiencia
- Corrupción

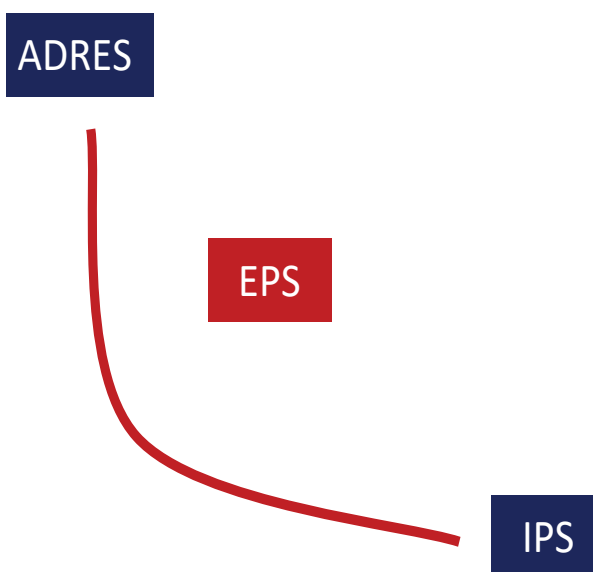
- Deng Xiao Ping:
"Que importa de qué color es el gato, con tal que cace ratones"

- El mismo debate en la reforma de 1993
EPS públicas nacionales, EPS públicas Departamentales, EPS públicas Municipales, EPS mixtas, EPS privadas con ánimo de lucro, EPS privadas sin ánimo de lucro, Empresas Solidarias de salud, ESS, y Programas de las CCF.

EPS: Intermediarios innecesarios

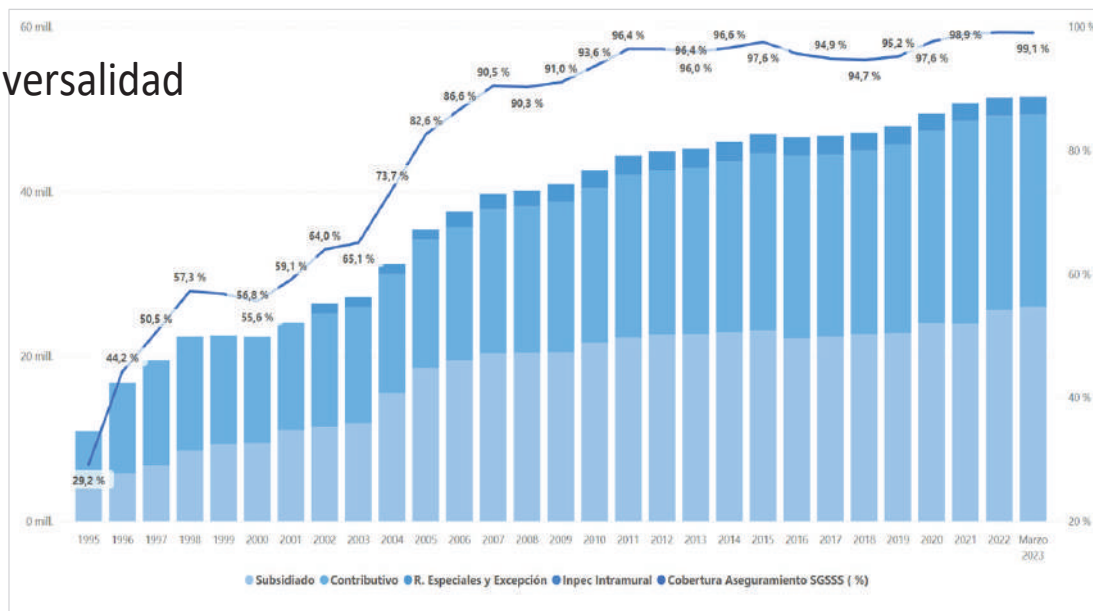
- Exministra: En ningun pais del mundo hay EPS.
- Crearon más de 150 EPS

- Afiliar
- Recaudar
- Garantizar POS(PBS)
- Gestión del riesgo en salud
- Gestión del riesgo financiero
- Compra inteligente
- Contratación
- Organizar la red de servicios
- Articular la operación de la red
- Gestión de medicamentos e insumos
- Gestión de transporte y albergue
- Gestión de prestaciones económicas
- Garantía de la Calidad
- Pagos
- Atención al usuario
- Representación del usuario



Tenemos un mal sistema de salud?

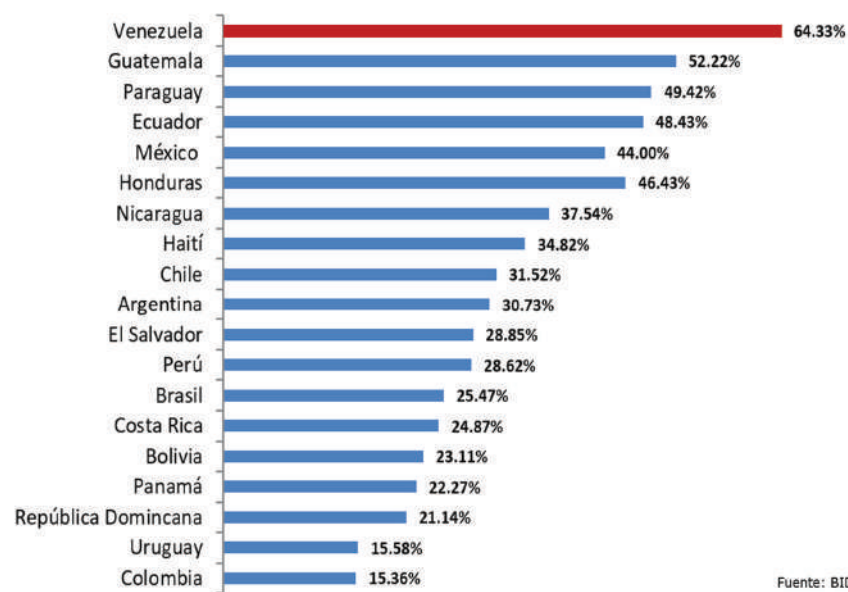
Universalidad



Fuente: Datos Sispro, corte 03/23

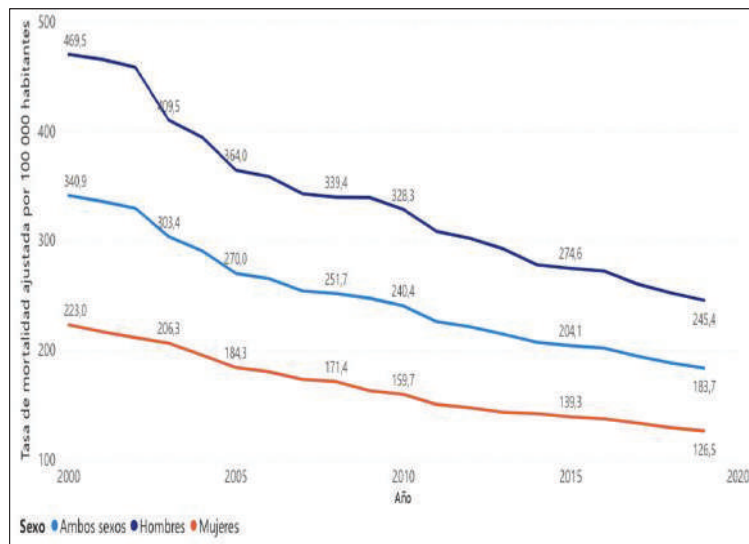
Cobertura no es acceso?

Protección Financiera



Fuente: BID

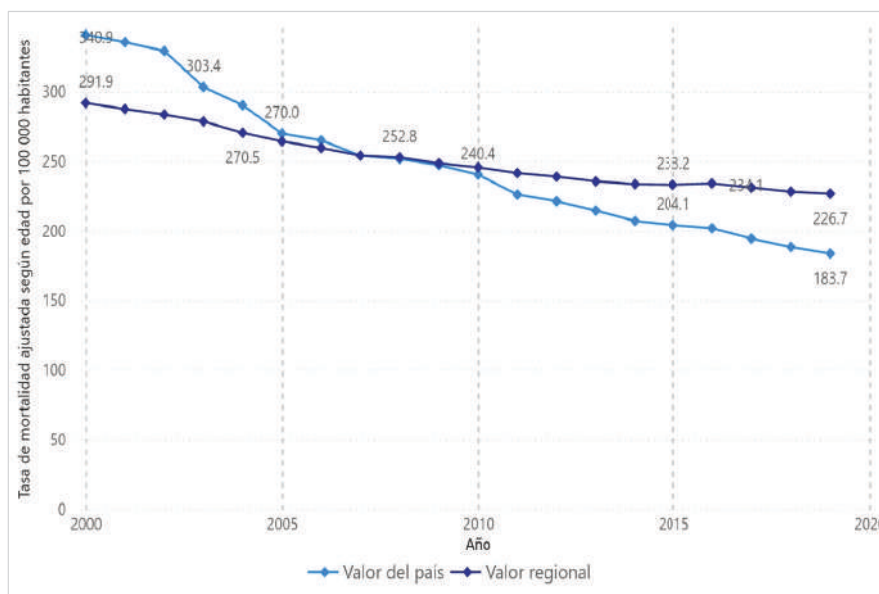
Evolución real de mortalidad evitable



Contrario a lo que se afirma en el proyecto de ley, de acuerdo con OPS-OMS, la tasa de mortalidad evitable ha disminuido en Colombia, pasando de 340,9 en el año 2000 a 183,7 en el año 2020.

Fuente: OPS-OMS

Colombia en América (Mortalidad evitable)

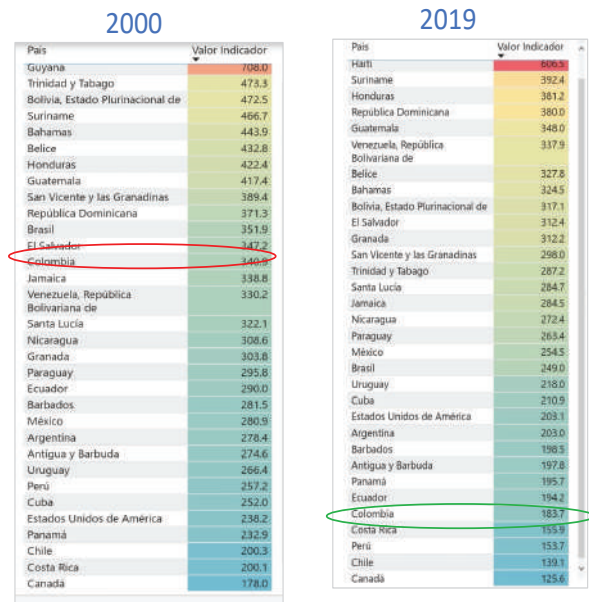


La disminución de la tasa de mortalidad evitable en Colombia, en este siglo, es del 46%, la mayor del continente, que en promedio la ha disminuido en 22%.

Un desempeño formidable

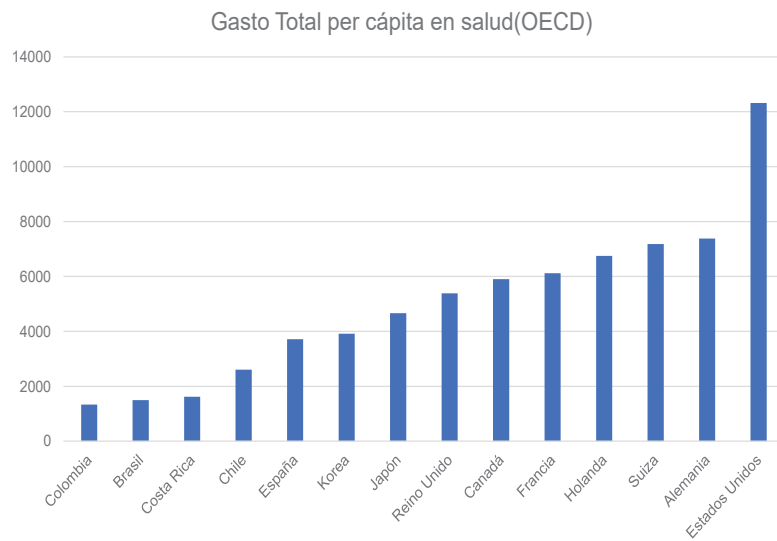
Por este notable desempeño **Colombia** pasó del puesto veinte (20) en el año 2000 **al quinto (5) mejor puesto de América en el año 2019.**

Ningún sistema y ningún país ha tenido semejante cambio en el mejoramiento del estado de salud de su población (Imagen 2).

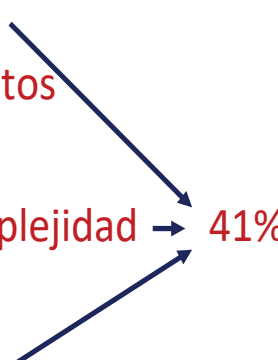


Eficiencia

- Bajo gasto per cápita



Satisfacción de usuarios

- Quejas o tutelas deben ser atendidas (1.247.137)
 - 82% Restricción del acceso
 - 29% Falta de oportunidad consulta especializada
 - 11% Falta de oportunidad entrega de medicamentos
 - 7% Insatisfacción proceso administrativo
 - 7% Falta de oportunidad imagenología m/a complejidad → 41%
 - 5% Deficiencia en la efectividad de la atención
 - 5% Falta de oportunidad programación cirugía
- 

El futuro de la reforma a la salud

- La crónica de una quiebra anunciada
- UPC insuficiente
- Reforma sin recursos
- Riesgo financiero en la ADRES?

- La eliminación de la seguridad social
- Artículo 48 CP
- Convenios con la OIT.
- Gestoras sin funciones de aseguramiento.
- Usuarios sin seguro.

El futuro de la reforma a la salud

- Es una reforma caótica, será muy difícil de aplicar.
- Debe ser claro, quién hace qué.
- La transición puede ser el desastre si no se garantiza sostenibilidad financiera.

- El riesgo de una victoria Pírrica
- Pirro, Rey de Epiro.
- Nos sacrificaremos todos?

Gracias

Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud PL 216/2023 – Senado

Guillermo Alfonso Jaramillo
Ministro de Salud y Protección Social



Contenido

1. Antecedentes y estado actual del sistema y el derecho a la salud
2. Proyecto de Ley 216/Senado – Reforma al Sistema de Salud
3. Acciones para el cumplimiento de la normatividad y la constitución en materia de salud

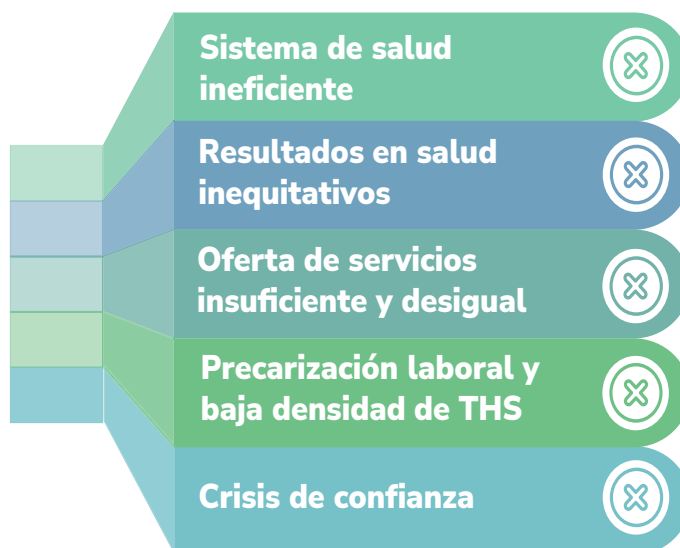


Contenido

1. Antecedentes y estado actual del sistema y el derecho a la salud
2. Proyecto de Ley 216/Senado – Reforma al Sistema de Salud
3. Acciones para el cumplimiento de la normatividad y la constitución en materia de salud

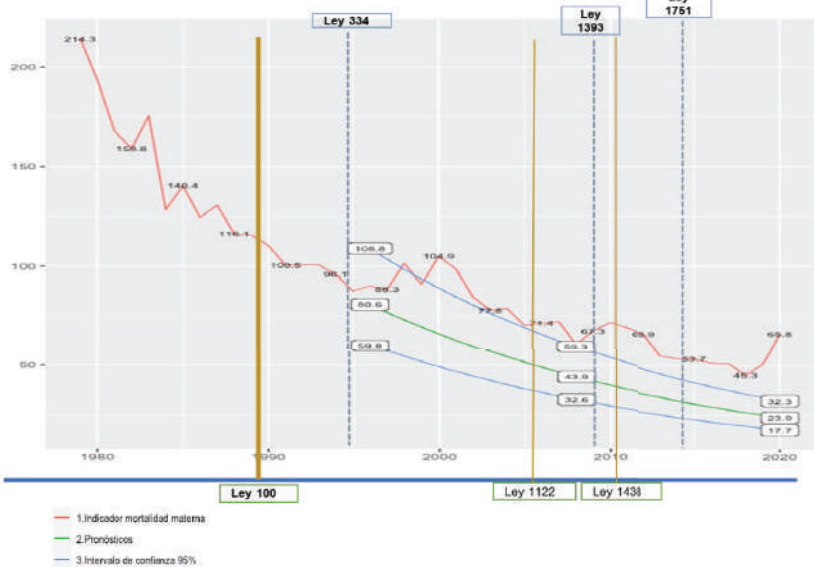


Crisis estructural de la garantía del derecho fundamental a la salud





Razón de Mortalidad Materna* Serie registrada vs serie pronosticada



Si el efecto de la intervención de la Ley 100/1993 hubiese sido positivo:

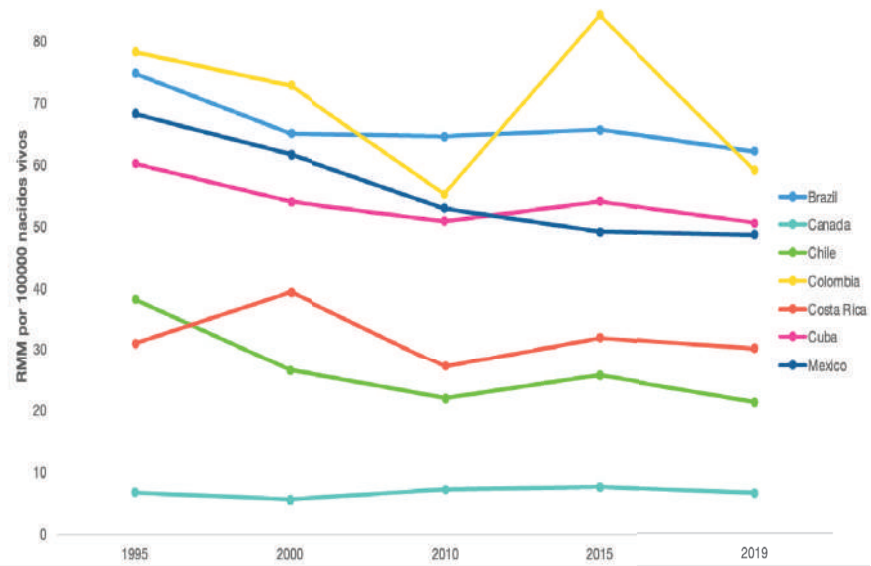
- 2020 con 24 muertes por 100.000 NV se habría logrado la meta ODS (32 muertes).

Fuente: Estadísticas Vitales

*La RMM fue retroproyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador.



Razón de Mortalidad Materna Comparación con otros países de la región



De otro lado y de acuerdo con los resultados del estudio de GBD 2019, si bien la razón de mortalidad materna para los países de América Latina y el Caribe en general muestra un descenso promedio regional en los últimos años, de 88 por 100.000 nacidos vivos en 2005 a 67 en 2021, este indicador ha tenido altibajos durante la última década.

Colombia ha mantenido la mortalidad materna por encima de la meta de los ODS, presentando por ejemplo valores más altos que Canadá, Brasil, Cuba, México, Chile y Costa Rica.

Fuente : Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)

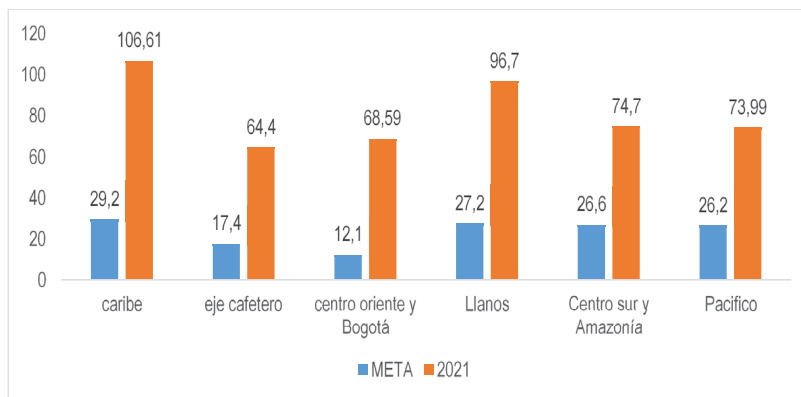


Razón de Mortalidad Materna

Comparación con otros países de la región



Cumplimiento de las metas de ODS por Regiones de Colombia.
Mortalidad Materna 2021 (preliminar)



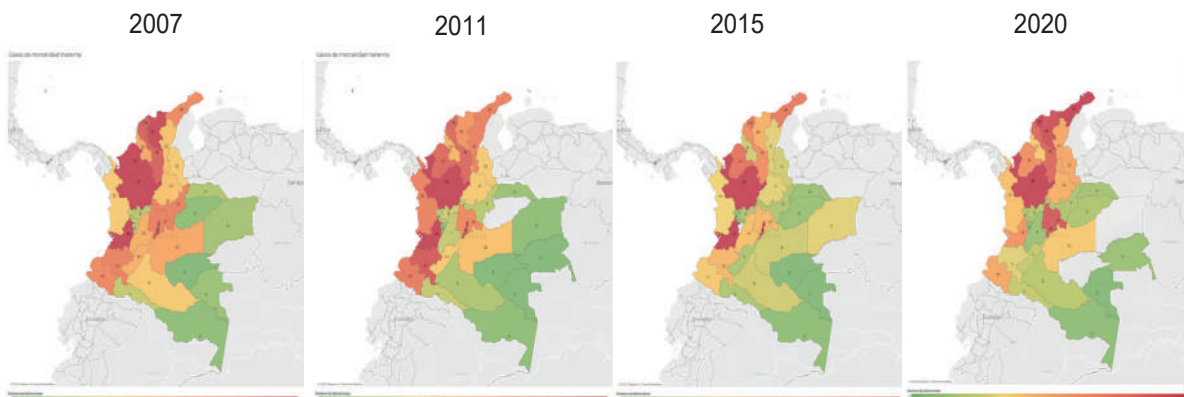
Fuente: Cálculos a partir de datos DANE.

www.minsalud.gov.co



Casos de Mortalidad Materna*

Cambios a nivel departamental



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023

Al analizar la evolución de la MM por número casos, se observa en los departamentos de la región caribe, Antioquia, Bogotá y Cundinamarca se han presentado la mayor incidencia de muertes maternas.

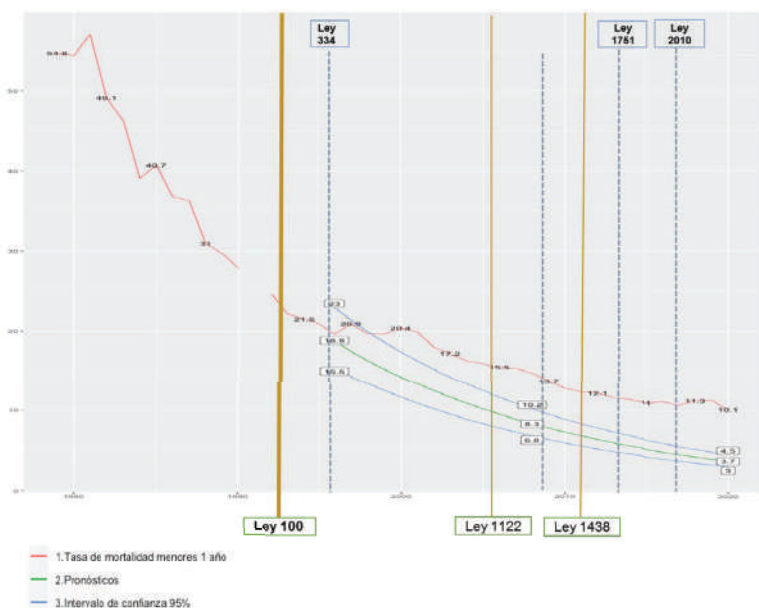
Ver gráfico dinámico en https://public.tableau.com/views/mapas_16745294142970/RMMdef?:language=es-ES&publish=yes&display_count=n&origin=viz_share_link

www.minsalud.gov.co



Tasa de mortalidad en menores de 1 año

Serie registrada vs serie pronosticada



A partir de 1998 la evolución de la serie real (línea roja) se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100/1993.

- La mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 3,7 por cada 1000 NV en 2020

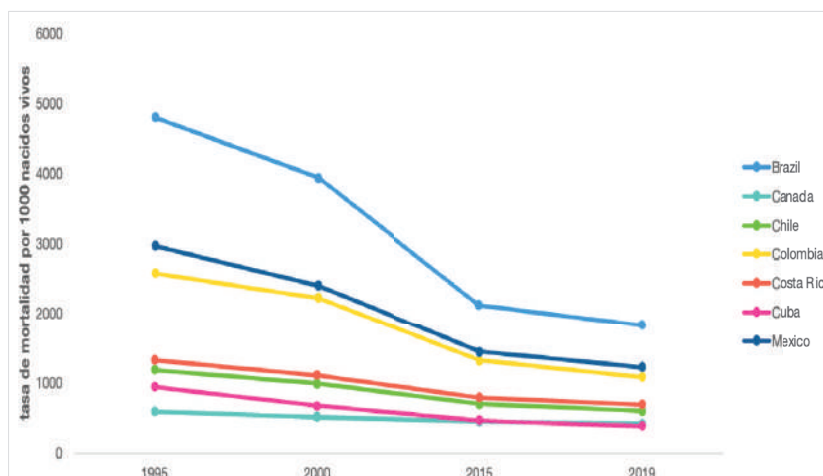
Fuente: Estadísticas Vitales

www.minsalud.gov.co



Tasa de mortalidad en menores de 1 año por todas las causas

Comparación con otros países de la región



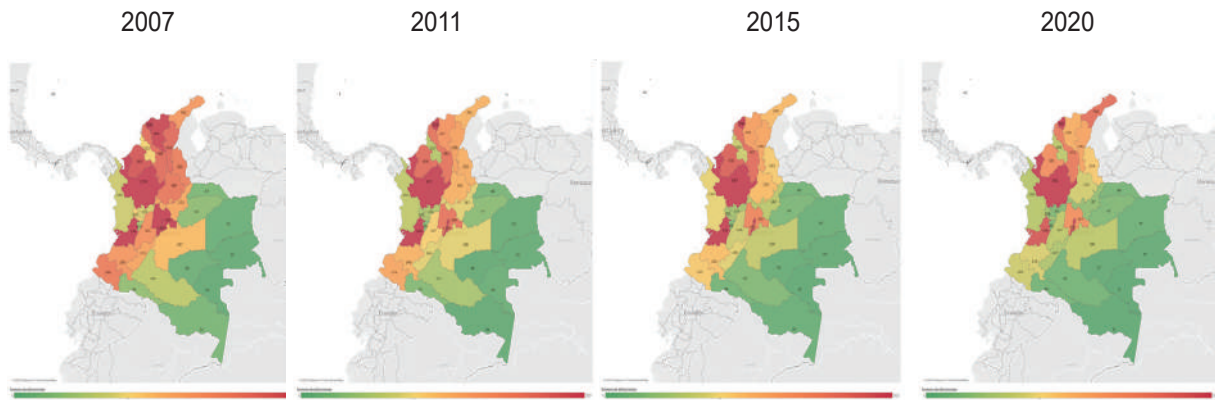
A nivel regional, la mortalidad de menores de un año ha sido más alta en Brasil y en México. Colombia se ha mantenido dentro del objetivo 4 de los ODS de Reducir a 16.68 la tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos), sin embargo, es más alta que otros países como Chile, Costa Rica, Cuba y Canadá.

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)

www.minsalud.gov.co



Casos de mortalidad en menores de un año Cambios a nivel departamental



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023

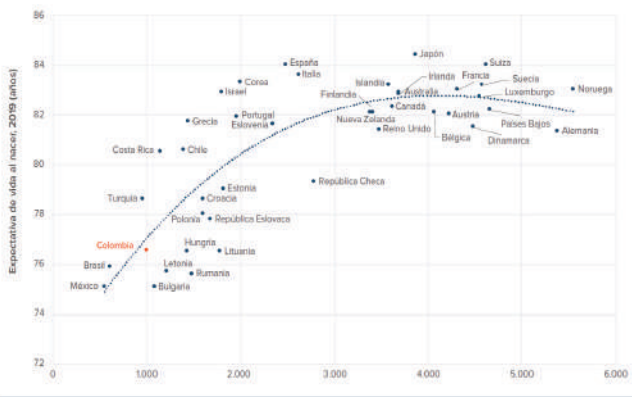
Al analizar la evolución de la Mortalidad en menores de un año por número casos, se observa que en los departamentos de la región caribe, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca, se presenta la mayor incidencia de muerte en el grupo de edad de menores de un año.

Ver gráfico dinámico en https://public.tableau.com/views/mapas_16745294142970/Muertesmenoresde1ao?:language=es-ES&publish=yes&display_count=n&origin=viz_share_link

www.minsalud.gov.co



Ineficiencias del sistema de salud



Fuente: cálculos de los autores sobre la base de las Health Statistics de la OCDE.

Colombia compra un poco **menos salud** por cada peso gastado por persona

17% del gasto en hospitalizaciones se generó por condiciones sensibles a la atención primaria.

1,7 billones de pesos al año

Los mecanismos de pago y enfoque curativo actuales incentivan el **uso innecesario de urgencias**

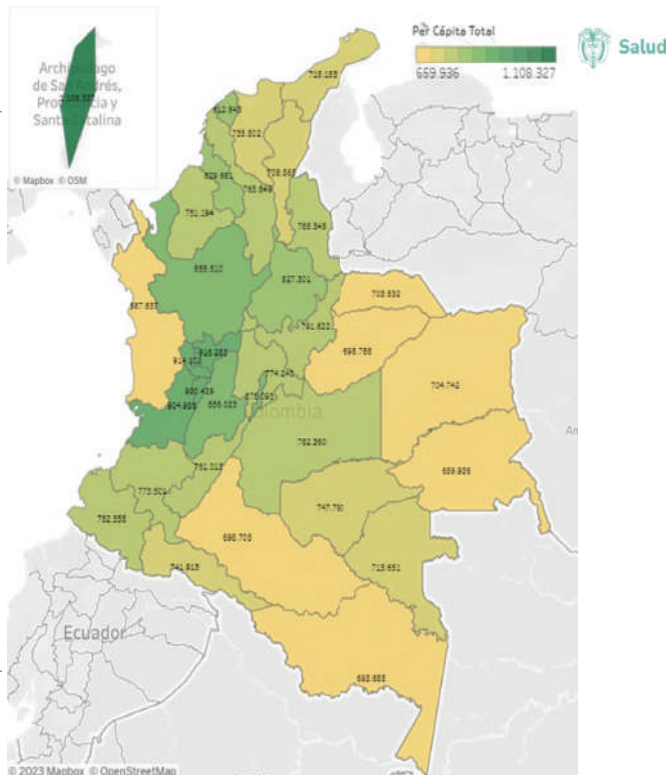
Fuente: ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Septiembre 2023

www.minsalud.gov.co



Ingreso per cápita por UPC ambos regímenes por departamentos (enero – mayo 2023)

DEPARTAMENTO	PER CÁPITA
TOTAL	855.510
ANTIOQUIA	812.843
ATLÁNTICO	875.093
BOGOTÁ D.C.	763.849
BOLÍVAR	791.622
BOYACÁ	916.283
CALDAS	698.705
CAQUETA	773.501
CEESAR	708.565
CORDOBA	751.194
CUNDINAMARCA	774.240
CHOCO	687.837
HUILA	761.013
LA GUAJIRA	715.153
MAGDALENA	735.502
META	782.360
NARIÑO	782.558
NORTE DE SANTANDER	785.345
QUINDÍO	920.429
RISARALDA	914.102
SANTANDER	827.301
SUCRE	829.661
TOLIMA	856.023
VALLE DEL CAUCA	904.956
ARAUCA	703.532
CASANARE	698.788
PUTUMAYO	741.913
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1.108.327
AMAZONAS	693.685
GUAINÍA	659.936
GUAVIARE	747.790
VAUPES	713.651
VICHADA	704.742



www.minsalud.gov.co



Deficientes coberturas individuales de promoción y prevención - 2021

Indicador	Porcentaje	Meta
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	38,2	100%
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	36,7	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para hepatitis B	37,3	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	40,2	100%
Proporción de recién nacidos con tamizaje para VIH	54,8	100%
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	17	100%
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	34,1	100% de población objeto
Proporción de mujeres con toma de mamografía	15,7	100% de población objeto
Proporción de personas con consulta del adulto	44,9	100%
Proporción de personas con consulta del joven	17,2	100%
Proporción de personas con control de placa bacteriana	8,7	100%
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	6,1	100%

Fuente: Seguimiento a las intervenciones individuales de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal. 2021

www.minsalud.gov.co



Resultados indicadores de gestión del riesgo en Cáncer - 2022



Tipo de cáncer	Indicador	Resultado
Cáncer de cuello uterino	Cobertura de tamizaje con citología cérvico uterina a población objetivo. (Meta 60%)	48,2%
	Oportunidad del diagnóstico (Meta 30 días)	42,7 días
	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta 80%)	43%
	Oportunidad de inicio del tratamiento (Meta 45 días)	67,8 días
Cáncer de mama	Cobertura del tamizaje con mamografía. (Meta 40%)	28,9%
	Oportunidad del diagnóstico (Meta 30 días)	44 días
	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta 60%)	45%
	Oportunidad de inicio del tratamiento. (Meta 45 días)	69,9 días

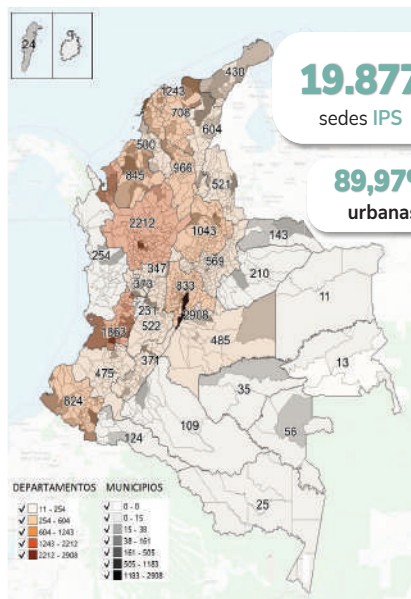
Fuente: Indicadores de cálculo y resultado de distribución de recursos para ajustes ex POST que evidencian no cumplimiento para las metas de gestión del riesgo establecidas.

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

www.minsalud.gov.co



Oferta de prestadores Públicos y Privados



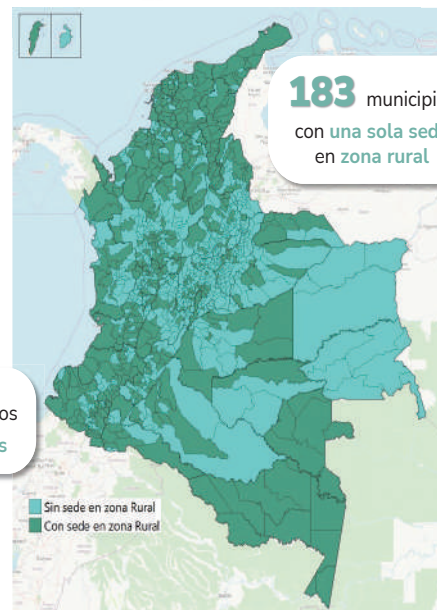
19.877
sedes IPS

89,97%
urbanas

0,33%
sin dato

9,69%
rurales

633 municipios
sin sedes rurales



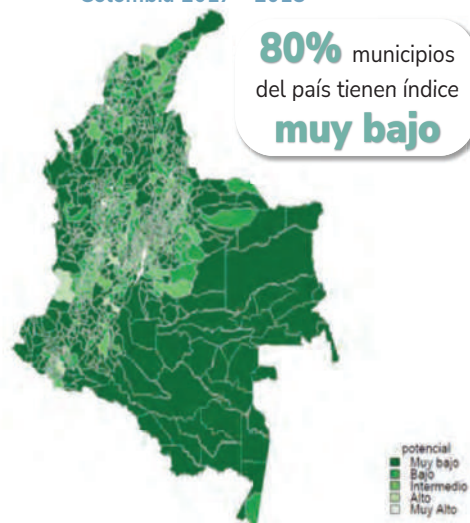
183 municipios
con una sola sede
en zona rural

Fuente: Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud - REPS. Corte 14 Nov 2023

www.minsalud.gov.co



Distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud. Colombia 2017 - 2018



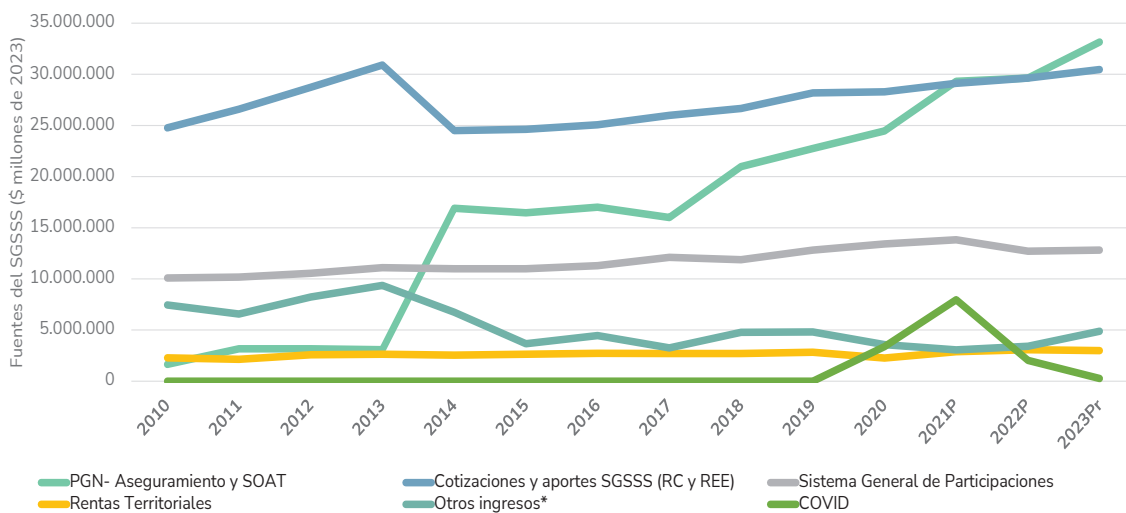
Índice de acceso a los servicios de salud

Tomado de: Acceso a Servicios de Salud en Colombia. Informe ONS

www.minsalud.gov.co



Fuentes del SGSSS



Fuente: ADRES, DNP, cálculos propios del MSPS

* Incluye rendimientos financieros, reintegros, multas, sanciones e intereses de mora, aportes CCF, USPEC, recuperación de cartera, financiamiento del SNRM, recursos de sanciones, recursos de terceros

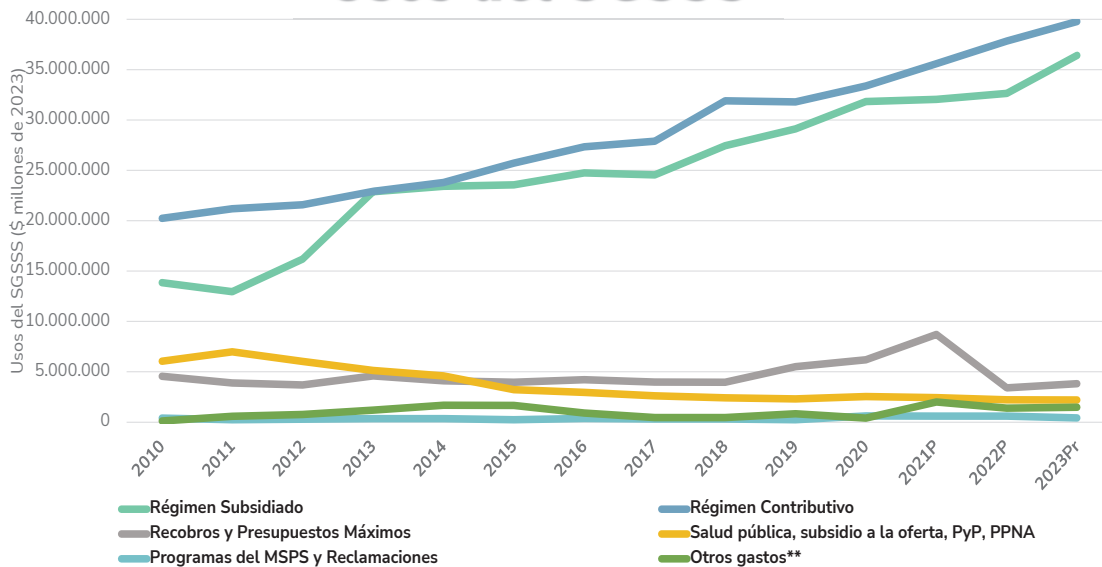
P: valores preliminares.

P: valores provisionales

www.minsalud.gov.co



Usos del SGSSS



Fuente: ADRES, DNP, MHCP, cálculos propios del MSPS

** Incluye sentencias y conciliaciones, compra centralizada, ADRES, contribuciones de vigilancia SNS, programa SNRM, rendimientos financieros pagados a EPS, compra centralizada, disminución de pasivos, pago de deuda reconocida a las ET para población migrante, gastos de funcionamiento Fondo Local de Salud.

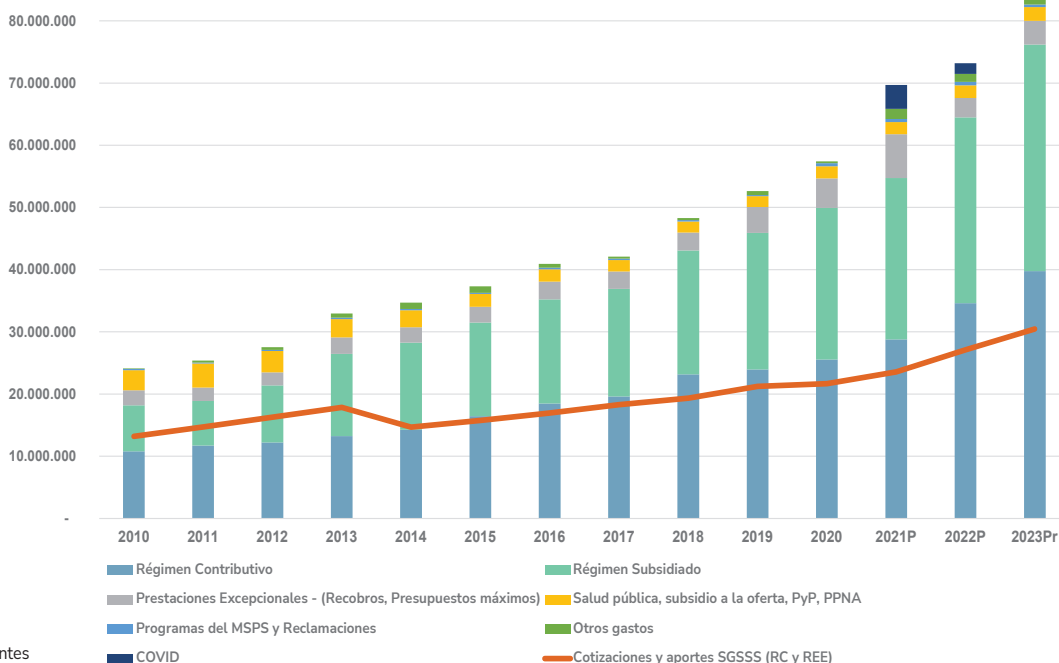
Pr: valores preliminares

P: valores provisionales

www.minsalud.gov.co



Usos del Sistema General de Seguridad Social versus Ingresos por cotizaciones, 2010 - 2023

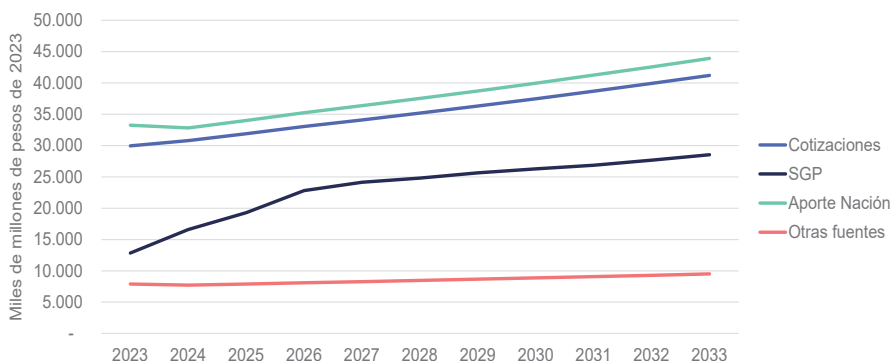


Pesos corrientes

www.minsalud.gov.co



Fuentes de financiación del Sistema de salud



Fuentes	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones	29.947	30.782	31.886	33.039	34.096	35.187	36.313	37.475	38.675	39.912	41.189
SGP	12.822	16.583	19.282	22.820	24.140	24.813	25.633	26.277	26.844	27.677	28.546
Aporte Nación	33.236	32.827	34.003	35.233	36.361	37.524	38.725	39.964	41.243	42.563	43.925
Otras fuentes	7.875	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Total	83.880	87.908	93.072	99.186	102.875	105.993	109.334	112.581	115.834	119.436	123.161

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP. (\$ mm constantes de 2023)

www.minsalud.gov.co



Contenido

1. Antecedentes y estado actual del sistema y el derecho a la salud
2. Proyecto de Ley 339/Cámara – Reforma al Sistema de Salud
3. Acciones para el cumplimiento de la normatividad y la constitución en materia de salud

www.minsalud.gov.co



CONTENIDO DEL PL

- I. Objeto y campo de acción
- II. Modelo de salud basado en la atención primaria en salud y determinantes sociales de la salud
- III. Organización del sistema de salud
 - 1. Gobernanza y gestión pública del sistema de salud
 - 2. Instituciones de Salud del Estado
 - 3. Gestoras de Salud y Vida
- IV. Fuentes usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud
- V. Sistema público, unificado e interoperable de información en salud
- VI. Participación ciudadana y social
- VII. Inspección, vigilancia y control
- VIII. Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud
- IX. Política de formación y educación superior en salud
- X. Régimen laboral de los trabajadores de la salud
- XI. Autonomía profesional y autorregulación
- XII. Disposiciones generales
- XIII. Disposiciones transitorias y varias

www.minsalud.gov.co



Aseguramiento Social el Salud

Protección pública, única, universal, eficiente y solidaria

para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población



Medios, fuentes de
financiamiento y
mancomunación de
recursos

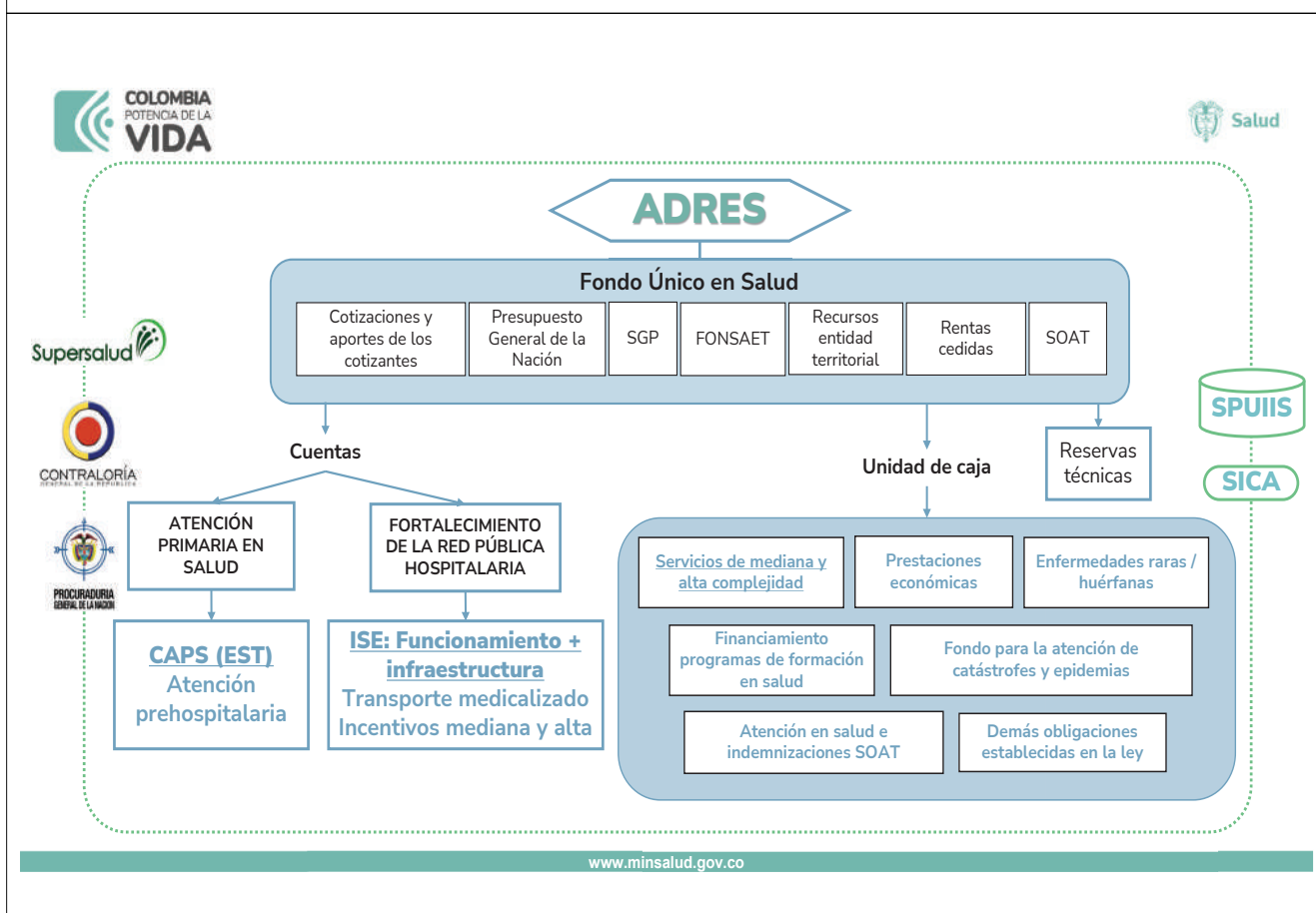
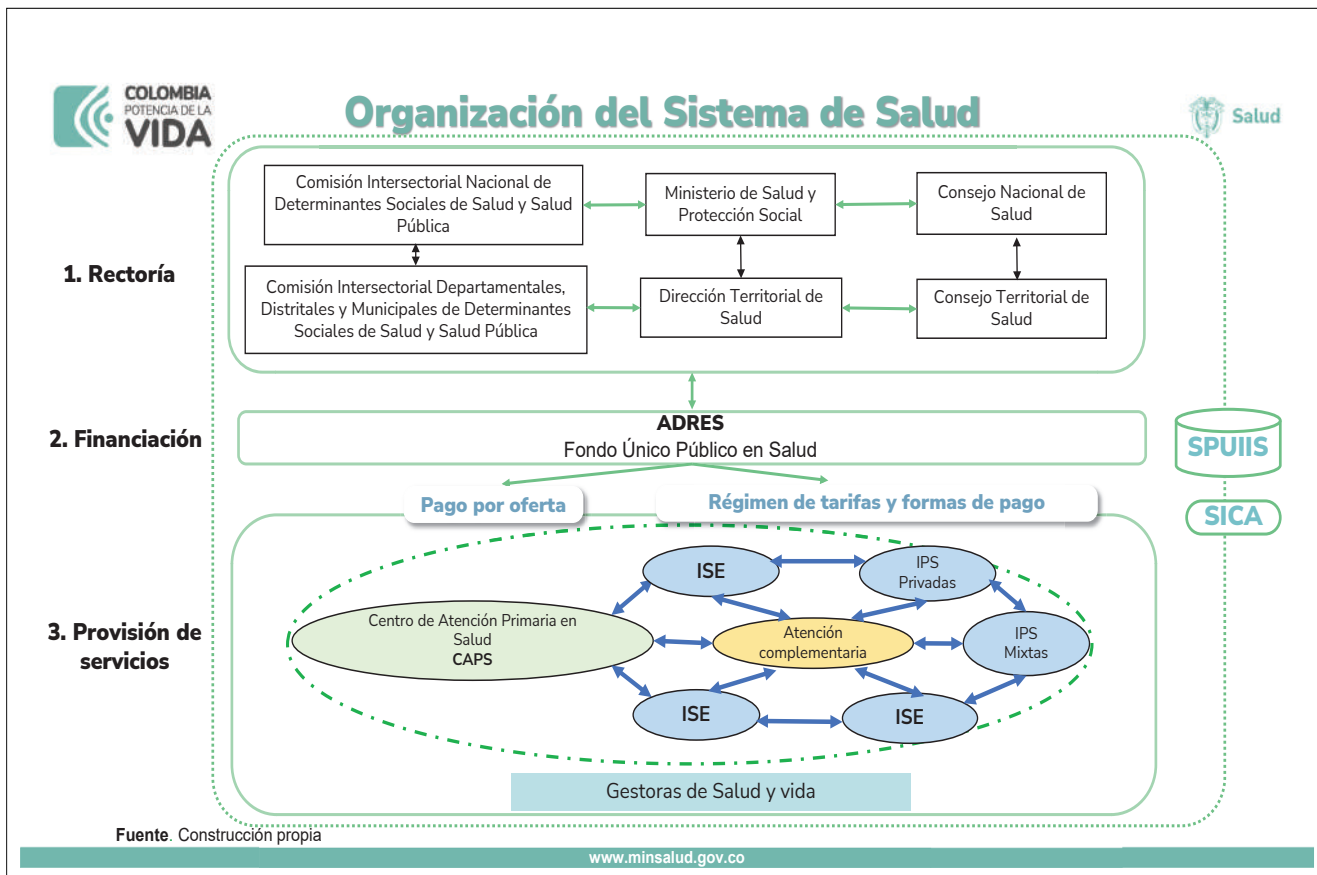


Sistema de gestión
de riesgos en salud
y operativo



Operación con
gestión pública y
privada

www.minsalud.gov.co





Fuentes

Usos

Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud

- Recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutive en salud
- Recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes
- **Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios**
- **Recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar**
- Recursos propios de los municipios deben girar a la ADRES

- Servicios de atención primaria
- Soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales
- 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.



Fuentes

Usos

Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria

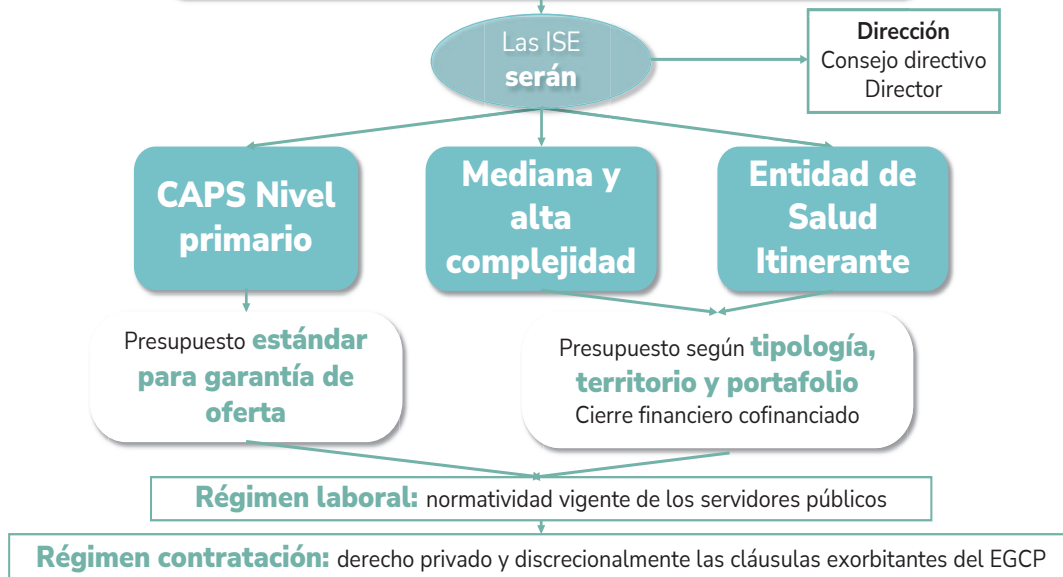
- Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la **oferta para los departamentos y distritos** que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos
- Recursos de **propiedad de las entidades territoriales** cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES
- Recursos provenientes de **la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos**
- Recursos correspondientes a las rentas cedidas
- Recursos **propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos**
- Los demás recursos que se le asignen

- **Funcionamiento** y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado,
- **Saneamiento** de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado
- **Fortalecimiento** de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento
- **Funcionamiento** de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos y el pago de sus servicios
- **Pago de incentivos** que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.



Institución de Salud del Estado – ISE

Objeto: Prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado



Fuente. Construcción propia

www.minsalud.gov.co



Régimen laboral de las ISE

- ✓ Servidores públicos seguirán siendo: de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales
- ✓ El Gobierno Nacional y la autoridad territorial definirán la planta de personal requerido para la prestación de servicios
- ✓ Formalización progresiva
- ✓ Respeto por los derechos de carrera administrativa

Plan Decenal de Equipamiento y Dotación en Salud

- Las Direcciones Territoriales de Salud deberán presentar los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con los planes de desarrollo y ordenamiento territorial.
- Podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste
- Financiado con recursos específicos de la ADRES, sin perjuicio de las demás fuentes de financiación con que cuenten los territorios.

www.minsalud.gov.co



Saneamiento de pasivos

Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente con dinero del Presupuesto Nacional

Créditos blandos

Ministerio de Salud, ADRES y Findeter definirán criterios para otorgar créditos blandos con tasas compensadas a las IPS públicas, privadas y mixtas

www.minsalud.gov.co



Sistema Público, Unificado e Interoperable de Información en Salud

Acceso en línea, transparente y en tiempo real para las transacciones en **salud y económicas** por parte de cada actor del sistema

Participación Ciudadana y Social

Ámbitos

- Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria en Salud
- Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud
- Participación en las políticas públicas en salud
- Consulta previa a las comunidades étnicas
- Participación en inspección, vigilancia y control

Inspección, Vigilancia y Control

- Nuevas regionales de la SNS
- Desestimación jurídica para la liquidación judicial
- Acceso expedito a los servicios de salud
- Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos

www.minsalud.gov.co



Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud

- Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud
- Gestión de tecnologías aplicables en salud
- Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud
- Vacunas producidas en Colombia
- Racionalización de trámites ante el Invima
- Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Invima

Política de Formación y Educación Superior en Salud

- Política de Formación
- Examen nacional habilitante de admisión a especialidades médicas
- Becas para la formación pregradual y posgradual de profesionales de la salud
- Prelación de IES públicas para docencia - servicio

Régimen laboral de los trabajadores

- Estabilidad
- Facilidades para incrementar sus conocimientos
- Incentivos
- Garantías para el suministro de los medios de labor
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

www.minsalud.gov.co



Autonomía profesional y autorregulación

- Comité de Autorregulación Profesional
- Resolución de conflictos en el ejercicio profesional

Disposiciones generales, transitorias y varias

- Regímenes exceptuados y especiales
- Plan Nacional de Salud Rural
- Créditos blandos a IPS
- Régimen de transición hacia ISE
- Atención de personas con patologías crónicas durante la transición
- Atención de peticiones, quejas o reclamos durante la transición

www.minsalud.gov.co



Escenario de factibilidad PL 339-C



Gastos Directos

	CON REFORMA	SIN REFORMA
Atención Primaria en Salud		
Mediana y alta complejidad		
Prestaciones económicas		
Fortalecimiento de Red Pública		
Otros*		
Infraestructura CAPS		
Sistema de información		
Becas		
Fortalecimiento institucional**		
Fondo desastres		
Migrantes irregulares		
SOAT - Rangos diferenciales		
Pasivos pendientes		
SGP - ET		

Gastos Indirectos

	CON REFORMA	SIN REFORMA
Infraestructura y equipamiento		
Capitalización de Nueva EPS		
Saneamiento de hospitales		

Gastos Trámite Legislativo

	CON REFORMA	SIN REFORMA
Licencias de maternidad		
Incentivos a la calidad		
Unidades Zonales de Planeación		

* Programas de inversión misionales y Sistema Nacional de Residencias Médicas
 **Invima - Supersalud - ADRES y MSPS



Gastos sector salud con reforma



	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en salud	15.660	17.512	19.946	23.119	24.836	25.486	26.265	26.890	27.450	28.243	29.070
Mediana y alta complejidad	62.740	65.341	67.906	69.996	72.135	74.320	76.561	78.870	81.245	83.677	86.165
Prestaciones económicas	2.400	2.461	2.560	2.669	2.782	2.900	3.023	3.151	3.285	3.424	3.569
Fortalecimiento de red Pública	385	465	1.928	2.542	3.126	3.710	3.788	3.863	3.938	4.020	4.104
Otros	1.026	1.040	1.055	1.072	1.087	1.103	1.120	1.136	1.153	1.171	1.188
Infraestructura - CAPS		500	500	500	750	900	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Sistema de información		121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Becas			120	120	120	120	120	120	120	120	120
Fortalecimiento Institucional		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres			50	50	50	50	50	50	50	50	50
Migrantes irregulares	300	303	305	307	309	311	313	314	316	317	319
SOAT - Rangos diferenciales	450	457	471	486	502	518	535	552	570	589	608
Pasivos pendientes		1.894	600								
SGP - ET	1.282	1.551	1.787	2.100	2.333	2.452	2.515	2.574	2.646	2.731	2.818
GASTOS DIRECTOS	84.243	91.745	97.476	103.243	108.203	112.043	115.463	118.693	121.946	125.515	129.184
Infraestructura y equipamiento		507	1.204	1.000							
Capitalización Nueva EPS			655	655							
Saneamiento de hospitales			1.200	1.200	1.200						
GASTOS INDIRECTOS		507	3.059	2.855	1.200						
Licencia de maternidad			781	790	803	816	829	841	854	867	880
Incentivos a la calidad			896	1.422	1.939	1.996	2.057	2.115	2.174	2.238	2.305
Unidades Zonales de Planeación			582	758	970	998	1.028	1.058	1.087	1.119	1.152
GASTOS TRÁMITE LEGISLATIVO			2.259	2.970	3.712	3.810	3.914	4.014	4.115	4.224	4.337
TOTAL GASTOS	84.243	92.252	102.794	109.068	113.115	115.853	119.377	122.707	126.061	129.739	133.521



Contenido

1. Antecedentes y estado actual del sistema y el derecho a la salud
2. Proyecto de Ley 339/Cámara – Reforma al Sistema de Salud
- 3. Acciones para el cumplimiento de la normatividad y la constitución en materia de salud**

www.minsalud.gov.co



LA SECRETARIA EJECUTIVA DEL CONSEJO SUPERIOR DE POLÍTICA FISCAL - CONFIS

HACE CONSTAR:

Que el Consejo Superior de Política Fiscal (CONFIS), en su sesión presencial del 22 de diciembre de 2023, en virtud de lo dispuesto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023 aprobó espacio en el Plan Financiero para:

- Atender el pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que al 31 de diciembre de 2023 presenten resultado de auditoría definitivo, en el marco del saneamiento de que tratan los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019, por valor de \$282.301.405.259
- El reconocimiento de pruebas COVID, realizadas en el marco de la emergencia sanitaria, por valor de \$407.487.457.500
- El pago de presupuestos máximos de la vigencia 2022, por valor de \$819.667.000.000

Lo anterior totaliza \$1.509.455.862.759 con cargo al servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2024.

Dada en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de diciembre de 2023.

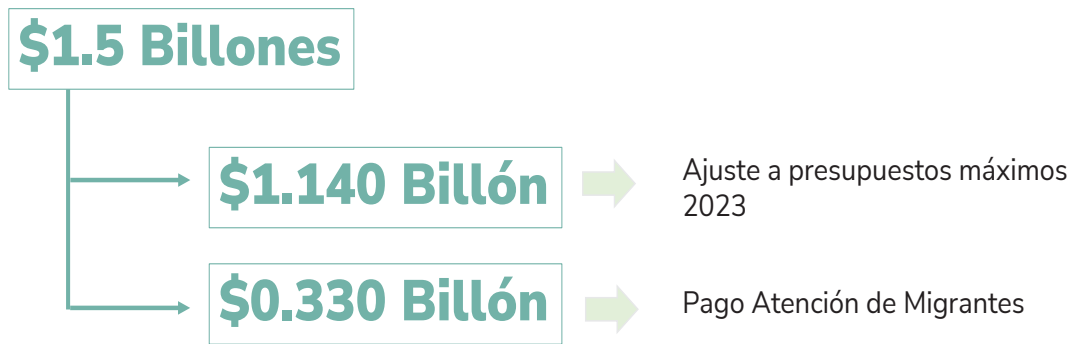
Firmado digitalmente
por CLAUDIA
MARCELA NUMA PAEZ

CLAUDIA MARCELA NUMA PÁEZ
Secretaria Ejecutiva del CONFIS

www.minsalud.gov.co



Adición Presupuestal 2023



www.minsalud.gov.co

Derecho de permanencia en el régimen subsidiado

Ministerio de Salud y Protección Social

Decretos de movilidad

Decreto 2353 de 2015:

- Art. 59: definió el **10%** como tope en la movilidad para que las EPS cumplieran con el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007
- Las EPS- S podrán administrar en el RC hasta el 10%, con la actual habilitación, sin requisitos del RC
- Las EPS –C podrán administrar hasta el 10%, y frente a este grupo de afiliados la EPS deberá cumplir condiciones financieras y de solvencia propias del RS.

Decreto 1424 de 2019

- Art. 2: modifica el porcentaje al 30%

Decreto 780 de 2016, compilatorio

- Compila norma. Artículo 2.1.7.11: porcentaje del 30% vigente

Propuesta normativa

- Proyecto de decreto modificatorio del artículo 2.1.7.11 del Decreto 780 de 2016:
Eliminación del porcentaje



Movilidad de Afiliados



EPS OBJETO DE MEDIDA	Reg. Cont.	Reg. Sub	Total general	Decreto
Cooameva 1	10.534	942	11.476	1424
Cruz Blanca	40.559	3.840	44.399	
Emdisalud	625	15.567	16.192	
Salud Vida	8.913	76.851	85.764	
Medimas 2	21.726	10.585	32.311	
Comfacundi	2.273	26.809	29.082	
Comfacartagena		7.053	7.053	
Medimas 3	47.520	34.332	81.852	
Ambuq	1.091	28.602	29.693	
Dec. 1424	133.241	204.581	337.822	
CCF Nariño	9.198	99.373	108.571	709
Comparta 2	14.018	286.933	300.951	
Cooameva 2	132.433	37.848	170.281	
Medimas 4	145.300	212.470	357.770	
ComFamiliar Huila	10.786	221.191	231.977	
Convida	4.151	55.825	59.976	
Comfaguajira	2.164	43.684	45.848	
SOS	248	98	346	
ECOOPSOS	1.775	46.530	48.305	
ASMETSALUD	915	21.137	22.052	
Dec. 709	320.988	1.025.089	1.346.077	
Total Asignaciones	454.229	1.229.670	1.683.899	
Total afil. Julio/2023	4.374.426	1.431.550	5.805.976	
	10%	86%	29%	



Estado del tramite del proyecto de decreto



1. Se elaboró proyecto de decreto por parte del área técnica – viceministro de Protección Social.
2. Surtió consulta pública para efectos de participación de la ciudadanía en general.
3. Se resolvieron las observaciones y propuestas presentadas por la ciudadanía en general.
4. Se remitió a la Superintendencia de Industria y Comercio.
5. Los primeros días de febrero de 2024 se va a expedir el acto administrativo.

\$1.65 Billones



Propósitos Principales del Decreto



1. El derecho a la permanencia en el régimen subsidiado de los afiliados que pierdan capacidad económica de pago.
2. Eliminar el 30% de movilidad permitido para EPS del régimen contributivo, estableciéndose como deber la habilitación en el régimen subsidiado si quieren recibir afiliados de ese régimen.



Giro Directo

Ministerio de Salud y Protección Social



Propósitos Principales del Decreto de Giro Directo



1. Reglamentar el artículo 150 del Plan Nacional de Desarrollo.

Establecer como causal de procedencia de la medida de giro directo de los recursos provenientes de la UPC en el régimen contributivo, el incumplimiento en la normatividad del flujo de los recursos, a saber: *“El incumplimiento de la normativa del flujo de recursos se configura cuando la Entidad Promotora de Salud presente una cartera vencida de más de sesenta (60) días superior al 10% de la composición de su cartera”* y desarrollar su respectiva reglamentación.

- 2.

- 3.

Reglamentar las causales de procedencia giro directo referentes a: (a) no giro oportuno de los recursos, (b) no cumplimiento del patrimonio adecuado y (c) Cuando se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

- 4.

Reglamentar los porcentajes de los valores reconocidos por concepto de las UPC objeto de la medida de giro directo.



FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social



Graves restricciones para el acceso a los servicios de salud en Colombia



Se estima que en promedio entre 2014 y 2021 cerca de

22.5 millones

De afiliados al SGSSS en el área rural y urbana percibieron regular, difícil o muy difícil acceso a los servicios de salud.

Año	Total de afiliados al SGSSS	Percepción de acceso: Regular, difícil o muy difícil	Estimación de población afiliada que percibe regular, difícil o muy difícil acceso a los servicios de salud
2014	45.492.407	46,1	20.972.000
2015	46.671.720	57,1	26.649.552
2016	46.398.245	51,1	23.709.503
2017	46.534.212	56,6	26.338.364
2018	47.062.265	57,9	27.249.051
2019	47.846.436	36,2	17.320.410
2020	49.495.515	38	18.808.296
2021	50.745.782	37,8	19.181.906

Fuente: Estudios de Evaluación de los Servicios de las EPS del régimen contributivo y subsidiado desde la vigencia 2015 a 2021.



Deficientes coberturas individuales de promoción y prevención - 2021



Indicador	Porcentaje	Meta
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	38,2	100%
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	36,7	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para hepatitis B	37,3	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	40,2	100%
Proporción de recién nacidos con tamizaje para VIH	54,8	100%
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	17	100%
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	34,1	100% de población objeto
Proporción de mujeres con toma de mamografía	15,7	100% de población objeto
Proporción de personas con consulta del adulto	44,9	100%
Proporción de personas con consulta del joven	17,2	100%
Proporción de personas con control de placa bacteriana	8,7	100%
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	6,1	100%

Ley 1438 de 2011
 Atención Primaria en Salud como estrategia para garantizar el acceso de la población a las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Fuente: Seguimiento a las intervenciones individuales de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal. 2021
www.minsalud.gov.co



Implementación de la Atención Primaria en Salud en el País



Ley 1438 de 2011

Artículo 13. Implementación de la Atención Primaria en Salud. Principios de Universalidad, interculturalidad, atención integral e integrada. Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Talento humano organizado en equipos multidisciplinares, motivado, suficiente y cualificado.

Artículo 14. Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad. Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.



Implementación de la Atención Primaria en Salud en el País



Ley 1438 de 2011

Artículo 15. Equipos Básicos de Salud. Concepto funcional y organizativo que permite facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Artículo 42. Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria y promoción y prevención.

42.2. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.

www.minsalud.gov.co



Recomendaciones del BID



Mejorando la Eficiencia del Gasto en Salud en América Latina y el Caribe

Estudios de Caso para Colombia

División de Protección Social y Salud
 Noviembre 24, 2023, Santafé de Bogotá

SPH - Red CRITERIA

<https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud-el-caso-de-colombia>



Conclusiones y recomendaciones del BID Estudio caso Colombia

“Colombia debe trabajar en mejorar la resolutiveidad y calidad de la atención primaria en salud (APS) y evitar prestar atenciones en instancias intensivas en recursos cuando no es necesario.

Concentrar esfuerzos y recursos humanos y financieros para fortalecer la atención primaria en salud.

- *17% del gasto en hospitalizaciones corresponde a hospitalizaciones evitables con una atención primaria oportuna y adecuada.*
- *La tasa de uso de urgencias es el doble de los países de referencia”.*



Colombia como un territorio saludable con Atención Primaria en Salud



11.523 equipos básicos de salud proyectados según base de datos única de afiliados - BDUA



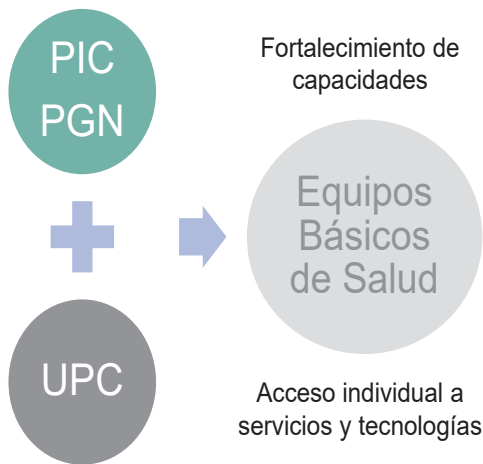
Medio para garantizar que lleguen los servicios y tecnologías financiados con la UPC a toda la población.



Conformación y operación



Concurrencia de recursos



Composición mínima

- 1 Profesional en Medicina
- 1 Profesional en Enfermería
- 4 Auxiliares de Enfermería
- 1 Profesional en Psicología
- 1 Profesional en Nutrición, Terapias u Odontología.
- 1 Promotor de salud

www.minsalud.gov.co



Avances



Equipos Territoriales de Salud (ETS) implementados en el marco del **Modelo de Salud Preventivo y Predictivo**

4.926

Equipos Territoriales de Salud 2.444 implementados 2023 y 2.482 para implementación en 2024.

\$1,140

Billones invertidos

TIPO DE FUENTE DE FINANCIACIÓN	TOTAL EST	VALOR
Número ETS contratados con SGP SP DEPTO + MPIO	1838	544.956.021.000,00
Número ETS contratados con recursos Resolución 2788/22	394	49.979.874.000,00
Número ETS contratados con recursos propios	125	8.250.000.000,00
Número de ETS contratados con otras fuentes de financiación	38	2.508.000.000,00
Número de ETS contratados con recursos de emergencia para la Guajira	49	49.979.000.000,00
Presupuesto general de la nación -PGN*	2.482	484.401.258.301,00
TOTAL GENERAL	4.926	1.140.074.153.301

www.minsalud.gov.co

* Valor proyectado a 60 millones por ETS



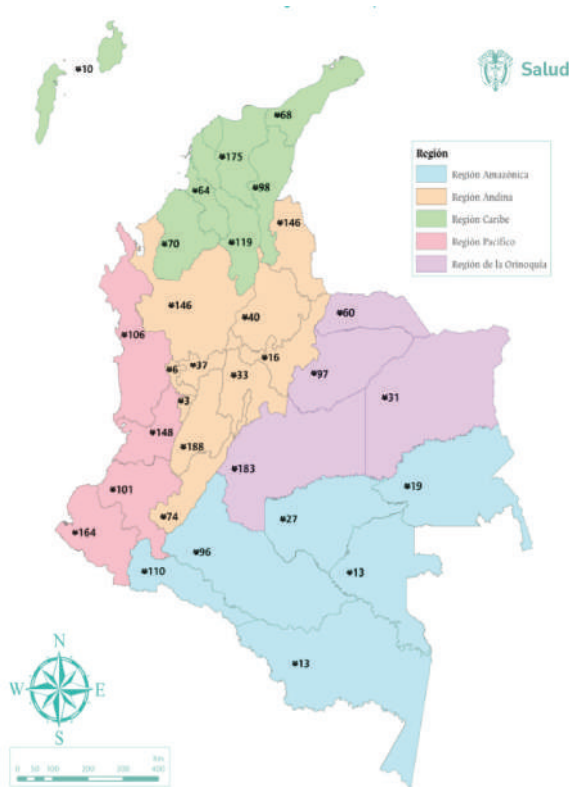
Avances

Equipos Territoriales de Salud implementados del Modelo Preventivo y Predictivo 2023 para 2024

Por recursos PGN

2.482
Equipos de salud territoriales

\$484.401
Millones invertidos



Avances

EQUIPOS TERRITORIALES DE SALUD EN PDET

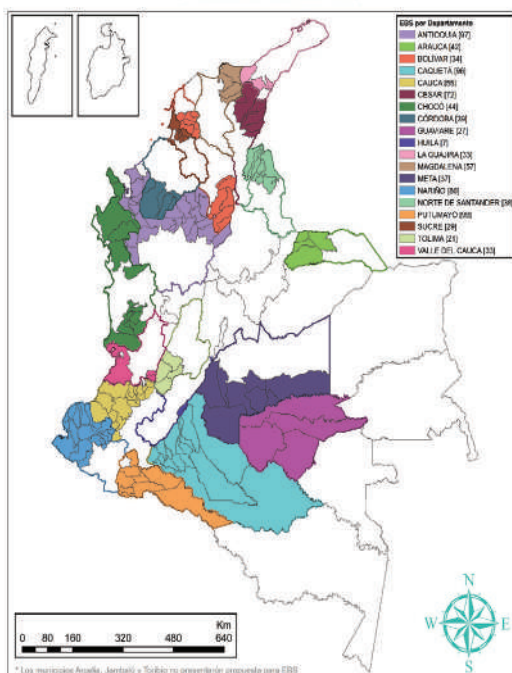
98% DE LOS MUNICIPIOS DE PROGRAMAS DE DESARROLLO CON ENFOQUE TERRITORIAL (PDET) CUENTAN CON RECURSOS ASIGNADOS POR PGN 2023

Tipo de municipio	Total de municipios	Total Equipos Básicos de Salud
PDET	167*	937
PNIS	130	685
ZOMAC	251	1.205

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención. MSPS. 2023.



Dirección de Promoción y Prevención
PDET CON EBS POR PGN
(a fecha 14 de diciembre 2023)



* (170/167)* MUNICIPIOS SIN ETS: ARGELIA, JAMBALÓ Y TORIBÍO (DEPARTAMENTO DE



Afiliados Nueva EPS.

Corte nov 2023

Nombre Entidad	Régimen		Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	
Nueva Eps	4.887.715 (100,0%)	5.994.686 (100,0%)	10.882.401 (100,0%)
Total Afiliad..	4.887.715 (100,0%)	5.994.686 (100,0%)	10.882.401 (100,0%)

Régimen subsidiado: 55.09%
 Régimen contributivo: 44.91%

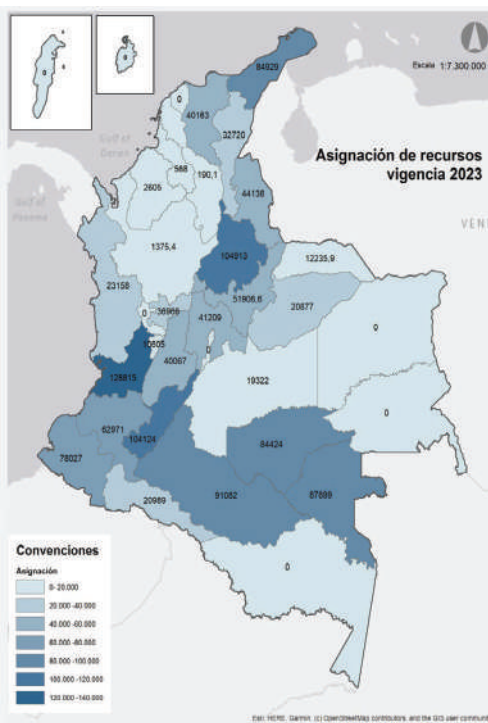
www.minsalud.gov.co

Inversión en Infraestructura Hospitalaria



Territorialización Inversión – Vigencia 2023

DEPARTAMENTO	VALOR ASIGNADO
ANTIOQUIA	\$ 1.375.463.866
ARAUCA	\$ 12.235.904.644
BOLÍVAR	\$ 190.147.909
BOYACÁ	\$ 51.906.645.930
CALDAS	\$ 36.966.066.800
CAQUETÁ	\$ 91.082.290.501
CASANARE	\$ 20.876.559.480
CAUCA	\$ 62.970.851.126
CESAR	\$ 32.720.746.546
CHOCÓ	\$ 23.157.604.820
CÓRDOBA	\$ 2.605.027.406
CUNDINAMARCA	\$ 41.208.755.447
GUAVIARE	\$ 84.424.062.967
HUILA	\$ 104.123.964.396
LA GUAJIRA	\$ 84.929.400.250
MAGDALENA	\$ 40.162.646.313
META	\$ 19.322.419.789
NARIÑO	\$ 78.026.570.098
NORTE DE SANTANDER	\$ 44.135.714.476
PUTUMAYO	\$ 20.989.331.844
QUINDÍO	\$ 10.604.596.218
SANTANDER	\$ 104.912.617.479
SUCRE	\$ 568.426.307
TOLIMA	\$ 40.067.473.211
VALLE DEL CAUCA	\$ 128.815.163.016
VAUPÉS	\$ 87.898.700.665
VICHADA	\$ 22.164.988.792
TOTAL	\$ 1.248.442.140.295



www.minsalud.gov.co



Balance General Resoluciones – Vigencia 2023



Acto Administrativo	No. Acto Administrativo	Tipo de Gasto	Comprometido	Girado	Por Girar
Resolución asignación	721 de 2023	Inversión	\$ 60.000.000.000,00	\$ 60.000.000.000,00	\$ -
Resolución asignación	933 de 2023	Inversión	\$ 233.570.591.681,00	\$ 233.570.591.681,00	\$ -
Resolución asignación	1107 de 2023	Inversión	\$ 113.736.803.547,00	\$ 113.736.803.547,00	\$ -
Resolución asignación	1339 de 2023	Inversión	\$ 12.940.485.598,00	\$ 12.940.485.598,00	\$ -
Resolución asignación	1353 de 2023	Inversión	\$ 64.483.593.675,00	\$ 64.483.593.675,00	\$ -
Resolución asignación	1473 de 2023	Inversión	\$ 14.899.247.812,00	\$ 14.899.247.812,00	\$ -
Resolución asignación	2289 de 2023	Inversión	\$ 29.416.057.730,00		\$ 29.416.057.730,00
Resolución asignación	2278 de 2023	Inversión	\$ 180.476.122.663,00		\$ 180.476.122.663,00
Resolución asignación	2363 de 2023	Inversión	\$ 31.441.167.776,00		\$ 31.441.167.776,00
Resolución asignación	1733 de 2023	Funcionamiento	\$ 140.236.263.122,00	\$ 66.828.367.285,00	\$ 73.407.895.837,00
Resolución asignación	1832 de 2023	Funcionamiento	\$ 125.757.012.045,00		\$ 125.757.012.045,00
Resolución asignación	2286 de 2023	Funcionamiento	\$ 241.484.794.645,00		\$ 241.484.794.645,00
Risaralda 2023	CONPES	Inversión	\$ 200.939.091.053,00		\$ 200.939.091.053,00
Coveñas	CONPES	Inversión	\$ 10.541.000.000,00		\$ 10.541.000.000,00
Subtotal		Inversión	\$ 952.444.161.535,00	\$ 499.630.722.313,00	\$ 452.813.439.222,00
Subtotal		Funcionamiento	\$ 507.478.069.812,00	\$ 66.828.367.285,00	\$ 440.649.702.527,00
Total			\$ 1.459.922.231.347	\$ 566.459.089.598	\$ 893.463.141.749

www.minsalud.gov.co

Financiamiento de Pasivos



Resolución	No. entidades	Recurso Asignado
1883 de 2023	6	70.321.585.070
2009 de 2023	10	49.957.000.000
2268 de 2023	20	28.721.415.000
Total	36	149.000.000.070


Fuente: Resoluciones



Recursos Saneamiento de Pasivos – Resolución 1883 de 2023

Ítem	DPTO	MPIO	ESE PRIORIZADAS POR EL MSPS	ASIGNADO MSPS	RESOLUCIÓN
1	Cesar	Valledupar	ESE Hospital Rosario Pumarejo de López	11.790.813.233	1883
2	Cesar	Chiriguana	ESE Hospital Regional San Andrés	6.078.328.068	1883
3	Nariño	Tumaco	ESE Hospital San Andrés	5.228.341.747	1883
4	La Guajira	Maicao	ESE Hospital San José	13.761.459.777	1883
5	Buenaventura	Buenaventura	ESE Hospital Luis Ablanque de La Plata	21.386.074.016	1883
6	Chocó	Quibdó	Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís	12.076.568.229	1883


\$70.321,5
 Millones


6
 Entidades Beneficiarias

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Corte 31 diciembre de 2023


www.minsalud.gov.co



Recursos Saneamiento de Pasivos

Ítem	DPTO	MPIO	ESE PRIORIZADAS POR EL MSPS	ASIGNADO MSPS	RESOLUCIÓN
1	Arauca	Arauca	ESE Hospital San Vicente de Arauca	\$6.000.000.000	2009
2	San Andrés y Providencia	San Andrés	Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés Providencia y Santa Catalina	\$5.643.000.000	2009
3	La Guajira	Riohacha	Empresa Social de Estado Hospital Nuestra Señora de los Remedios	\$1.084.000.000	2009
4	Norte de Santander	Cúcuta	Hospital Universitario Erasmo Meoz	\$15.000.000.000	2009
5	Putumayo	Mocoa	Empresa Social del Estado Hospital José María Hernández	\$2.273.000.000	2009
6	Vichada	Puerto Carreño	E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios	\$1.437.000.000	2009
7	Choco	Quibdó	ESE Hospital Ismael Roldán Valencia	\$4.958.000.000	2009
8	Antioquia	Necoclí	ESE Hospital San Sebastián de Urabá	\$3.213.000.000	2009
9	Antioquia	Turbo	Empresa Social del Estado Hospital Francisco Valderrama	\$9.000.000.000	2009
10	Tolima	Roncesvalles	Hospital Santa Lucia Empresa Social del Estado	\$1.349.000.000	2009


\$49.957
 Millones


10
 Entidades Beneficiarias

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Corte 31 diciembre de 2023

www.minsalud.gov.co



Recursos Saneamiento de Pasivos



Ítem	DPTO	MPIO	ESE PRIORIZADAS POR EL MSPS	ASIGNADO MSPS	RESOLUCIÓN
1	Antioquia	PUERTO NARE	E.S.E. HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES	\$500.000.000	2268
2	Arauca	SARAVENA	E.S.E. HOSPITAL DEL SARARE	\$1.800.000.000	2268
3	Arauca	TAME	E.S.E. MORENO Y CLAVIJO	\$950.000.000	2268
4	Buenaventura	DISTRITO DE BUENAVENTURA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN	\$400.000.000	2268
5	Caldas	MANIZALEZ	ESE HOSPITAL ASSBASALUD	\$400.000.000	2268
6	Caldas	VILLAMARIA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA	\$500.000.000	2268
7	Chocó	TADÓ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	\$1.200.000.000	2268
8	Cundinamarca	GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA	\$250.000.000	2268
9	Cundinamarca	SUESCA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA	\$250.000.000	2268
10	Cundinamarca	TOCAIMA	E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA	\$450.000.000	2268
11	Cundinamarca	VILLETA	E.S.E. HOSPITAL SALAZAR VILLETA	\$300.000.000	2268
12	Huila	ALGECIRAS	E.S.E. MUNICIPAL DE ALGECIRAS	\$400.000.000	2268
13	Huila	HOBO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DE HOBO - HUILA	\$300.000.000	2268
14	Huila	PITALITO	E.S.E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR	\$321.000.000	2268
15	Huila	PITALITO	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$9.000.000.000	2268
16	Huila	SAN AGUSTIN	E.S.E. HOSPITAL ARGENIO REPISO VANEGAS	\$400.000.000	2268
17	Huila	TESALIA	E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA	\$300.000.000	2268
18	Tolima	CAJAMARCA	E.S.E. HOSPITAL SANTA LUCIA DE CAJAMARCA	\$300.000.000	2268
19	Tolima	CARMEN DE APICALÁ	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	\$200.000.000	2268
20	Tolima	FLANDES	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	\$100.415.000	2268


28.721,4
 Millones


20
 Entidades Beneficiarias

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Corte 31 diciembre de 2023

www.minsalud.gov.co

Transporte Asistencial



Asignación a Proyectos 2023



Tipo de proyecto	Cantidad	Valor Asignado
Ambulancia Básica Terrestre	110	\$ 34.398.593.717
Ambulancia Básica Fluvial	6	\$ 2.880.911.400
Ambulancia Medicalizada Terrestre	18	\$ 7.820.592.515
Carpa Inflable	2	\$ 358.058.114
Unidad de captación de sangre	1	\$ 532.240.000
Unidad médico - mamografía	1	\$ 480.000.000
Unidad médico Odontológica	29	\$ 12.230.125.714
Unidad Banco de sangre	1	\$ 673.000.000
Vehículo de transporte extramural terrestre	58	\$ 16.953.765.128
Vehículo de transporte extramural + Carpa inflable	2	\$ 1.073.546.014
Vehículo de transporte extramural fluvial	5	\$ 325.000.000
Vehículo de transporte extramural híbrido	1	\$ 303.263.356
TOTAL	234	\$ 78.029.095.958

www.minsalud.gov.co



Tipo de proyecto	Cantidad	Valor Asignado
Prestación de servicios a través de Barco Unidad móvil con el Hospital Luis Ablanque de la Plata	1	\$ 500.000.000



www.minsalud.gov.co



Lancha Ambulancia Marítima Tipo Tam -3854 – Providencia



Características

- Incluye:
- 02 Camillas
 - 01 Monitor de signos vitales
 - 01 Aspirador de secreciones
 - 01 Desfibrilador
 - 01 Silla de ruedas portátil
 - 01 Tensiómetro
 - Sistema de oxígeno
 - 01 Atril Portasuero
 - 01 Laringoscopio Adulto
 - Pediátrico de fibra óptica

Valor Total:
\$2.160.400.000



PROPULSIÓN FUERA DE BORDA
02 Motores FB, 4 tiempos 250HP @ 5000 RPM

AUXILIARES
Aire acondicionado 1 x 15.000 btuh

SISTEMA ELÉCTRICO
Planta eléctrica DC Baterías 100 Ah @ 12 VDC
Planta eléctrica AC Generador 7,5kW, 120VAC

12,7M ESLORA
2,8M MANGA
0,55M CALADO
25 km/h VEL. MAX
200 KM @ 25 km/h ALCANCE

FUENTE: CONSTRUCCIÓN DPSAP A PARTIR DATOS ARMADA - COTECMAR – DTS - MSPS

www.minsalud.gov.co



Centro de Atención Primaria en Salud Costero y Fluvial - (Caps-cf) – Pacifico



Valor Total:
\$71.523.946.305

Plataforma para Helicóptero Bell 412 / UH-1H
VEHICULO NO INCLUIDO



11 PERSONAS
Tripulación

24 PERSONAS
Personal Médico

Características GENERALES

Eslera total 40,3 m	Puntal 3,1 m	Desplazamiento 282 t	Alcance 2.900 km @ 9 nudos
Manga 9,5 m	Calado 1,2 m	Velocidad máx. 9 nudos	Autonomía 25 días @ 31 personas

SERVICIOS MÉDICOS A BORDO

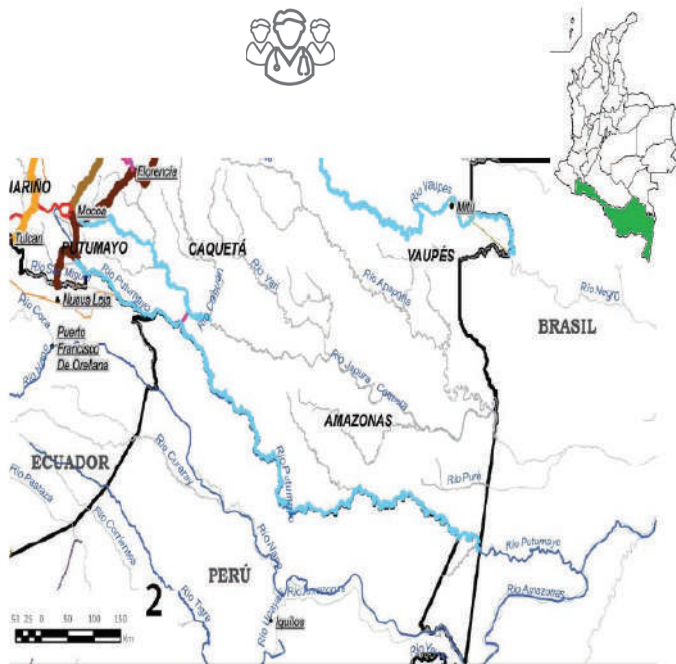
- ▶ QUIRÓFANO
- ▶ RECUPERACIÓN
- ▶ ODONTOLOGÍA
- ▶ TELEMEDICINA
- ▶ CIRUGÍA AMBULATORIA
- ▶ FARMACIA / ENTREGA DE MEDICAMENTOS
- ▶ RADIOLOGÍA Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS
- ▶ CARDIOLOGÍA
- ▶ LABORATORIO
- ▶ GINECOLOGÍA

FUENTE: ARMADA- COTECMAR

www.minsalud.gov.co



Centro de Atención Primaria en Salud Fluvial CAPSF



Características GENERALES

Longitud total	45,3 m
Profundidad	9,5 m
Autonomía	2.000 km
Capacidad	1,2 m
Velocidad máx.	7 nudos
Autonomía	20 días o 34 personas

Capacidades MÉDICAS

- Consulta externa general
- Consulta externa especializada
- Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
- Injertos diagnósticos
- Toma de muestras de Laboratorio
- Laboratorio clínico
- Cirugía

El Buque prestará servicios de atención básica a los habitantes de Ríos Amazonas – Putumayo - Servicios de baja complejidad, operación totalmente ambulatoria y cuatro especialidades básicas de mediana complejidad

Consulta externa programada: medicina general, psicología, enfermería, odontología y vacunación, algunas especialidades por telemedicina, grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, toma de muestras de laboratorio clínico y de cuello uterino, ginecológicas, cirugías generales y ginecológicas. Se trabajara de forma integral con los Equipos Básicos de Salud

www.minsalud.gov.co



CONTENIDO

Gaceta número 231 - Martes, 12 de marzo de 2024		CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS	Págs.
SENADO DE LA REPÚBLICA		CARTAGENA	
UDIENCIAS PÚBLICAS		- Consideraciones de la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC)	16
Comisión Séptima Constitucional		- Intervención EPS Sanitas	19
Publicación de comentarios, propuestas, conceptos en el marco de las audiencias públicas al Proyecto de Ley números 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 Proyecto de Ley número 340 de 2023 Cámara, Proyecto de Ley número 341 de 2023 Cámara y Proyecto de Ley número 344 de 2023 Cámara.....		- Propuesta Clínica Cardiovascular Jesús de Nazareth..	20
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS BUCARAMANGA		CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS BARRANQUILLA	
- Propuesta de la CUT	1	- Intervención de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.	21
- Consideraciones del Colegio Nacional de Bacteriología	2	CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS MEDELLÍN	
- Veeduría Nacional Por la Dignidad	2	- Postura de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA)	21
- Declaración del ciudadano Rosebel Toloza	3	- Aportes de la Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud (ASUDESSA).....	22
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS SANTA MARTA		- Declaración MNSV, Ramón Eduardo Graciano y Jessenia Usma.....	22
- Junta de Acción Comunal “ASOCOMUNAL	5	- Comentarios de S.O.S. por los Trabajadores de la Salud	23
- Organización Vida Saludable S.A.S.	5	- Documento soporte, SIES Salud S.A.S.	24
- Gremios de la Salud del Departamento del Magdalena;	6	- Intervención de la Asociación Nacional de Educadores Pensionados (ANEP)	26
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS RIOHACHA		- Intervención de S.O.S. por los Trabajadores de la Salud, Presidente de ASMEDAS	27
- Propuesta de un líder del Pueblo Wayuu	9	- Participación de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).....	28
- Declaración de MNSV, Vielca Viecco Villar	9	- Posición de la Mesa de Antioquia por la transformación del Sistema de Salud	28
- Propuesta de la veeduría, municipio de Maicao	10	- Propuesta estabilidad de las RIISS (Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud)	29
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS VILLAVICENCIO		- Propuestas de la Mesa de Antioquia.	30
- Petición Junta de Acción Comunal No. 8.....	10	CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS CALI	
- Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Salud Pública (ACSP)	11	- Presentación EPS Sanitas, Cruz Verde	33
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS PASTO		- Presentación proyectos finalizados, Ministerio de Salud y Protección Social.....	65
- Declaración de MNSV, Sonia Pantoja Quintero	12	- Presentación Sura	95
- Declaración de MNSV, Mayle Viviana Caratar Narváez	13	- Reflexiones sobre la Reforma a la Salud, Eduardo Alvarado Santander	97
- Declaración de MNSV, María Ximena Narváez	13	- Presentación antecedentes, proyecto y acciones, Ministerio de Salud y Protección Social.	105
- Petición e intervención José Efraín Pinta	14		
- Recomendaciones y propuesta del Diputado, Carlos Albeiro Pinchao.....	14		
CONCEPTOS AUDIENCIAS PÚBLICAS CALI			
- Barreras y comentarios sobre la crisis del sistema, Rita Burbano.....	15		
- Presentación Objetivos / Propuesta a la reforma	15		