



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 65

Bogotá, D. C., jueves, 8 de febrero de 2024

EDICIÓN DE 91 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

[www.secretariasenado.gov.co](http://www.secretariasenado.gov.co)

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

[www.camara.gov.co](http://www.camara.gov.co)

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

**AUDIENCIA PÚBLICA MIXTA DE 2023**

(septiembre 18)

**Convocada por la Mesa Directiva de la Comisión  
Primera Constitucional Permanente del  
Honorable Senado de la República**

**Salón Guillermo Valencia - Capitolio Nacional  
y en la Plataforma Virtual Zoom**

- **Proyecto de Ley Estatutaria número 05 de 2023 Senado**, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud.

Siendo las 2:24 p. m. del día 18 de septiembre de 2023, la Presidencia ejercida por el titular honorable Senador *Germán Blanco Álvarez*, da inicio a la Audiencia Pública Mixta, previamente convocada y con la presencia en el salón de la Comisión Primera de Senado salón Guillermo Valencia – Capitolio Nacional y en la plataforma virtual zoom de los honorables Senadores miembros de la Comisión Primera del Honorable Senado.

**La Presidencia interviene para un punto de orden:**

Bueno, muy buenas tardes para todos, a quienes están presentes físicamente en el auditorio de la Comisión Primera Constitucional Permanente de Senado, pero también a quienes nos acompañan desde la virtualidad que son un número muy importante de

participantes, esta es una audiencia pública que se ha querido realizar con la connivencia de los miembros de la Comisión, fundamentalmente de los autores de dos proyectos que hemos acumulado que tienen que ver con la reforma a la ley estatutaria a la salud, de ahí que lo estemos haciendo a través de la Comisión Primera, ya vendrán los autores con la explicación acerca del caso.

Un proyecto presentado por Cambio Radical, acá está el doctor Carlos Fernando Motoa, Senador de la República, uno de los coautores principales del proyecto, pero es firmado también por su bancada. Y la doctora Paloma Valencia, que es coautora del proyecto firmado por el Centro Democrático. Son proyectos presentados por los partidos de oposición al Gobierno actual y que obviamente hemos considerado desde la Mesa Directiva darle el trámite y la discusión respectiva.

Vamos a entregar el uso de la palabra como se acostumbra en unos órdenes y en unos tiempos preestablecidos, que nos permitan no coartar las ideas, el uso de la palabra, pero sí ser concretos en la exposición. Van a llevar el uso de la palabra los Senadores, obviamente en el momento que lo consideren oportuno, normalmente inician y después podrán hacerlo mucho más adelante.

Y hay un orden consecutivo de inscripciones porque acá hay entidades públicas y entidades privadas de todo orden, e interés marcado en intervenir respecto de los proyectos.

Entonces, señora Secretaria, vamos a hacerle apertura oficial a la Audiencia para que quede la grabación respectiva, porque esto hará parte contentiva del proyecto de ley estatutaria que empezamos a tramitar en Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República. Bien pueda, Secretaria.

El orden del día para la audiencia es el siguiente:

**AUDIENCIA PÚBLICA  
(MIXTA)**

**Proyecto de Ley número 05 de 2023 Senado**, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, **acumulado con el Proyecto de Ley número 86 de 2023 Senado**, por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud.

Ponente Primer Debate: Honorables Senadores: *Carlos Fernando Mota Solarte, Paloma Valencia Laserna* (Coordinadores), *Juan Carlos García, Ariel Ávila Martínez, Julián Gallo Cubillos, Fabio Amín Sáleme, Clara López Obregón, Julio Chagüi Flórez.*

Publicaciones:

PL 05 de 2023: Proyecto Original: **Gaceta del Congreso número 898** de 2023.

PL 85 de 2023: Proyecto Original: **Gaceta del Congreso número 1067** de 2023

Intervinientes: personas naturales o jurídicas, para que formulen sus observaciones, inscritos previamente de conformidad con el artículo 230 de la Ley 5ª de 1992; e invitados especiales.

Convocada por la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente del honorable Senado de la República.

Mediante Resolución número 05  
del 12 de septiembre de 2023

Cuatrenio 2022 – 2026, Legislatura 2023 - 2024

Primer Periodo

Día: lunes, 18 de septiembre de 2023

Lugar: Salón Guillermo Valencia - Capitolio  
Nacional Primer Piso y Plataforma Zoom.

Hora: 2:00 p. m.

I

**Lectura de la Resolución número 5  
del 12 de septiembre de 2023**

II

**Intervenciones invitados especiales e inscritos**

“La Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República informa que, para esta audiencia, la presencia será mixta a través de la plataforma Zoom, la invitación para la conexión, el ID y la contraseña se enviará vía WhatsApp”.

El Presidente,

Honorable Senador *Germán Alcides Blanco Álvarez.*

El Vicepresidente,

Honorable Senador *Alejandro Alberto Vega Pérez.*

La Secretaria General Comisión Primera Senado,  
*Yury Lineth Sierra Torres.*

Atendiendo instrucciones de la Presidencia por Secretaria se da lectura a la Resolución número 05 del 12 de septiembre de 2023

**RESOLUCIÓN N°05**  
(12 de septiembre de 2023)  
“Por la cual se convoca a Audiencia Pública”

La Mesa Directiva de la Comisión Primera del H. Senado de la República

**CONSIDERANDO:**

a) Que en el primer periodo de la legislatura 2023- 2024, se encuentran en trámite en la Comisión Primera del Senado, los siguientes proyectos:

1. Proyecto de Ley No. 005 de 2023 Senado. “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”, acumulado con el
2. Proyecto de Ley No. 086 de 2023 Senado. “Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”.

b) Que, el senador Carlos Fernando Mota en calidad de coordinador de ponentes, presentó la proposición N° 03, en la que solicita la realización de una audiencia pública con el fin de escuchar los comentarios, opiniones y observaciones que tengan las entidades, particulares y demás actores interesados, la que es aprobada por los Miembros de la Comisión por unanimidad, en la sesión del día 15 de agosto de 2023, Acta N° 03,

c) Que la Senadora Paloma Valencia, en calidad de ponente coordinadora de las iniciativas acumuladas, presentó la proposición N° 17, en la sesión del 04 de septiembre de 2023- Acta N° 07, solicitando realizar la audiencia pública sobre las dos iniciativas acumuladas, es decir Pl. 05 de 2023 y PL 086 de 2023 Senado, siendo aprobada por unanimidad,

d) Que la Ley 5ª de 1992 en su artículo 230, establece el procedimiento para convocar las Audiencias Públicas sobre cualquier proyecto de acto legislativo o de ley,

e) De igual manera el artículo 230 de la Ley 5ª de 1992, faculta a la Mesa Directiva, para reglamentar lo relacionado con las intervenciones y el procedimiento que asegure la debida atención y oportunidad,

**RESUELVE:**

**Artículo 1º.** Convocar Audiencia Pública para que las personas naturales o jurídicas, formulen sus observaciones sobre los Proyectos de Ley acumulados: Proyecto de Ley No. 005 de 2023 Senado “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”, acumulado con el Proyecto de

Ley No. 086 de 2023 Senado. “Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”:

**Artículo 2º.** La Audiencia Pública será mixta y se llevará a cabo el día lunes 18 de septiembre de 2023, a partir de las 02:00 p.m., en el Salón Guillermo Valencia - Capitolio Nacional y a través de la plataforma Zoom.

**Artículo 3º.** Las preinscripciones para intervenir en la Audiencia Pública, se podrán realizar telefónicamente en la Secretaría de la Comisión Primera del Senado, en el horario de 9:00 a.m. a 5:30 p.m., los días: jueves 14 y viernes 15 de septiembre de 2023. Quien presida la Audiencia, de acuerdo al número de ciudadanos inscritos, establecerá el término de duración de las intervenciones. Con la radicación del documento, en las fechas mencionadas en el inciso anterior, en el correo institucional de la comisión: [comision.primeras@senado.gov.co](mailto:comision.primeras@senado.gov.co), para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 231 de la Ley 5ª de 1992, se entenderá formalmente inscrita la persona. En caso de no radicarse el documento se anulará la preinscripción.

**Artículo 4º.** La Secretaría de la Comisión Primera del Senado efectuará las diligencias necesarias ante el área administrativa del Senado de la República, a efecto que dicha Audiencia sea de conocimiento general y en especial en la publicación de un aviso en un periódico de circulación nacional y/o de la divulgación de esta Audiencia en el Canal del Congreso, en la página de la Comisión Primera del Senado y en las redes sociales de la Comisión (twitter e Instagram).

**Artículo 5º.** Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

Dada en Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de septiembre del dos mil veintitrés (2023).

Presidente,  
*S. GERMAN BLANCO ALVAREZ*

Vicepresidente,  
*S. ALEJANDRO VEGA PEREZ*

Secretaria General,  
*YURY LINETH SIERRA TORRES*

La Secretaria informa que, conforme a la resolución de esta Audiencia y para el conocimiento de la ciudadanía en general se realizaron las siguientes gestiones para la divulgación: un aviso para que fuera publicado en un periódico de circulación nacional, publicación en la página de la Comisión Primera del Senado ([comisionprimeras Senado.com](http://comisionprimeras Senado.com)) y en el Twitter de la Comisión @PrimeraSenado e informando a la Oficina de Prensa del Senado para la publicación en el Canal del Congreso.

En el transcurso de la audiencia intervinieron los siguientes ciudadanos:

**La Presidencia interviene para un punto de orden:**

Esta audiencia no incluye la votación de ningún contenido, sino de la argumentación de quienes van a intervenir. Voy a darle inicialmente el uso de la palabra a los coordinadores ponentes en el tiempo que ellos consideren, podrán intervenir obviamente sucesivamente, pero hay un grupo importante de ponentes, y dentro de ellos la designación de la doctora Paloma Valencia y del doctor Carlos Fernando Motoa, como coordinadores ponentes de este proyecto. Y una vez surta la audiencia, pues podremos irnos también, si así lo consideran, a los debates de discusión en la Comisión Primera del Senado. Doctora Paloma Valencia, Senadora, bien pueda.

**La Presidencia concede el uso de la palabra a la honorable Senadora Paloma Valencia Laserna:**

Muchísimas gracias, señor Presidente. Primero, darles un saludo a los queridos asistentes, señor Ministro, señor Viceministro, queridos profesores, la doctora Vesga de ACEMI y como todos los delegados de las entidades públicas, al Senador Motoa, ponente del proyecto y al Senador De la Calle que nos acompaña.

Mire, creo que este es un debate muy importante para el país, porque por un lado está la reforma que tiene el Gobierno en Comisiones Séptimas, que en mi opinión es una reforma estatutaria, porque está alterando derechos fundamentales de los colombianos y que simplemente por conveniencia política, decidieron meterla por Comisiones Séptimas dado que allá tenían las mayorías que en las primeras pensaban no tener.

La decisión de varios partidos en este Congreso ha sido avanzar con una verdadera reforma estatutaria, que no solamente mejore las dificultades del sistema, sino que impida su destrucción como lo pretenden en algunos artículos de la pretendida reforma del Gobierno. Aquí estamos acumulando dos proyectos, el proyecto del Partido Cambio Radical, al cual se referirá el Senador Motoa y el proyecto del Centro Democrático. Yo me quiero referir al proyecto nuestro para contarles de qué se trata y qué es lo que tiene.

El primero, el proyecto reestablece y define el derecho de los colombianos a elegir su asegurador en salud, público, privado o mixto, ¿eso qué significa?, que una estatización total del sistema, si este artículo fuera aprobado sería imposible porque tendrían que hacerlo por la vía de una norma estatutaria, y, por lo tanto, muchos de los artículos que está presentando el Gobierno en la Comisión Séptima serían declarados inconstitucionales.

Segundo, una UPC diferencial por condiciones de salud y geografía de cada colombiano, ¿esto qué busca?, una cosa muy sencilla y es que hoy muchas veces lo que pasa es que hay una persona enferma, con las enfermedades ya declaradas de alto costo

Ministro, donde ya existen las cuentas de alto costo, pero sí enfermedades muy costosas que no están allá y le pongo un ejemplo, la enfermedad coronaria, la diabetes, enfermedades que usted le tiene que estar dando tratamiento permanente a su paciente, vale mucho, ¿y qué hacen muchas EPS?, doctor De la Calle, no los atienden, los dejan ahí, o incluso llegan a los hospitales donde los van a atender y en el hospital, doctora Vesga, le dicen –no, vea esa EPS en la que usted está es muy mala y mejor venga lo pasamos a esta otra que es muy buena–.

Y hoy lo que tenemos en el sistema es un recalentamiento de ciertas EPS, porque tienen los pacientes más enfermos del sistema ¿Cómo se soluciona eso? Pagando diferenciadamente por un paciente enfermo que por un paciente sano. Esa es una solución que le sirve a todo el mundo, EPS con pacientes sanos, doctor Motoa, reciben menos plata que con pacientes enfermos ¿Qué incentivo buenísimo se genera? Presidente Blanco, que si usted está enfermo, las EPS se lo van pelear, porque le van a pagar más por usted y entonces usted se vuelve un buen elemento para llegar a la EPS y no que lo quieran estar sacando.

El tercer elemento de nuestro proyecto es giro directo, pero solamente cuando la EPS no ha cumplido las obligaciones y esto es muy importante, porque a mí me parece que en Colombia se ha desfigurado el discurso, la gente dice –el giro directo es buenísimo–, y usted lo oye y dice –si claro, buenísimo que el Gobierno les pague directamente– ¿Qué pasa? Que el Gobierno paga muy mal, ese es el primer programa.

Cuando nosotros vemos los recobros del Fosyga, que ya pasaron o cuando ustedes ven lo que se llaman hoy, presupuestos máximos, el Gobierno tiene unas moras superiores a dos años y se trata de pagarles a las 12 EPS que hay, o 15. Imagínese lo que sería pagar los 650 millones de facturas que mueve el sistema en el año, entonces, por supuesto el Estado no va a ser capaz.

Pero lo segundo, es esencial del sistema de salud que las EPS paguen, porque finalmente el manejo que ellos hacen de esos recursos, que sean buena paga o mala paga, es lo que determina el establecimiento de precios. Cuando una EPS va y negocia con una IPS y le dice –véndame tantos miles de exámenes de sangre–, la IPS, el hospital le da un precio diferente a una EPS que es buena paga, que a una que es mala paga.

Si nosotros le quitamos a las EPS el hecho de que ellas paguen, pues rompemos el mecanismo de formación de precios del sistema, rompemos el sistema mismo. Entonces, nosotros creemos que solo debe haber pago directo, cuando es un castigo, Senador Motoa, cuando la EPS no está pagando a tiempo a pesar de tener los recursos, cuando está haciendo más glosas de lo normal, cuando está incumpliendo con los indicadores, pero cuando está cumpliendo bien, ¿por qué le vamos a quitar el derecho a pagar y administrar los recursos?, que

es esencialmente, lo que hace el sistema de EPS fuerte, el hecho de que ellas controlan los recursos, los cuidan porque de lo que queda dependen sus ingresos.

Pero si se va a pagar directamente, todos los incentivos de mejorar los precios y de controlar la calidad del servicio y que no se presten servicios innecesarios, desaparece porque si a la EPS le van a pagar porque pague todo, pues simplemente avalan todas las facturan, el Estado no va a tener como auditar el sistema de pagaduría.

El cuarto elemento para nosotros es el piso mínimo de salarios para los médicos y las enfermeras, cuando uno mira Colombia tiene un déficit de enfermeras, tiene un déficit de médicos y tiene un súper déficit de especialistas. Eso se debe a que la gente no quiere estudiar tanta medicina, no quieren ir a ser enfermeras porque los salarios en muchos casos son muy precarios, usted encuentra, doctor De la Calle, médicos en el sistema público en Bogotá ganándose 3 millones de pesos, después de haber estudiado más de 10 años, con unas jornadas eternas, sin vacaciones, por prestación de servicios, con unas condiciones muy malas.

Nosotros necesitamos garantizar los servicios y el pago de esos médicos, enfermeras y especialistas para que podamos tener más médicos, más enfermeras, más especialistas. Esto seguramente requerirá más recursos del sistema y requerirá que todos aportemos más, pero yo creo que los colombianos están dispuestos a hacerlo, si es clarísimo que esto se trata de mejoras a los salarios de los médicos, de las enfermeras y los especialistas.

Uno no puede pretender que un joven médico recién graduado se vaya a prestar servicios en el Vichada, porque se lo están ofreciendo prestar en Bogotá o en Antioquia, ¿por qué se va a ir al Vichada?, tenemos que poder hacerles ofertas económicas interesantes para que se puedan ir y para poder tener médicos en las zonas más apartadas de Colombia.

El quinto elemento, crear un régimen especial para la población rural dispersa, no porque el Estado no haya tratado de hacerlo, nosotros venimos haciendo experimentos, se trató con el régimen de EPS, se trató en el Gobierno Santos con las EPS zonales, por regiones, y la verdad es que no hemos encontrado un sistema. Aquí lo que se hace es abrir la posibilidad de esa discusión para que podamos tener un régimen excepcional para las zonas dispersas de Colombia.

Sexto. Las redes integrales de salud que estén a cargo de los aseguradores, y esto es muy importante, y es otra gran diferencia con el proyecto del Gobierno, el Gobierno dice –los CAPS reciben al ciudadano y los CAPS mandan al ciudadano a algún hospital–, y la pregunta es ¿Quién organiza la red? Porque a veces me parece que al Gobierno se le olvida que cuando a usted le dan una autorización en una EPS para que usted se vaya a un determinado hospital, no es que lo estén mandando solo a un hospital, es que le están diciendo que en ese hospital hay cupo, hay un especialista que puede atender la enfermedad

que usted tiene y va a tener los recursos disponibles para estar.

En el sistema que están figurando, doctor De la Calle, no le dicen a dónde irse, sino que usted se puede ir a cualquier sitio y la solución es que, si usted llega al hospital Santa Fe de Bogotá, la Fundación, y todos llegamos al tiempo y no nos reciben, van a meter al director a la cárcel, entonces el director nos va a recibir, lo cual no quiere decir que nos pueda atender, porque puede tener demasiados pacientes y estar colapsada.

Entonces, nosotros necesitamos poder establecer que quien asegura el sistema, doctor Mota, sea el que defina a dónde lo va a mandar, por supuesto, que el paciente tiene que poder escoger y tiene que tener una red de la cual pueda tener buenos servicios y poderse salir de un hospital si no está recibiendo servicios. Pero que la organización de la red sea una responsabilidad y una facultad de quien asegura.

Y en última instancia, tenemos un último artículo que se refiere, tenemos dos puntos más, que el sistema de salud tenga una cuenta de riesgo en salud y el riesgo financiero, que es una cosa que se ha discutido muchas veces en el país, y es la posibilidad que esas cuentas existan para sanear riesgos financieros o riesgos en salud ¿Qué es un riesgo en salud? Una pandemia, fíjese que cuando nos cayó el COVID el sistema fue capaz de responder, entre otras por su gran liderazgo, señor Ministro, pero no había plata para responder para la pandemia.

Hoy gran parte de la crisis que tiene nuestro sistema, Senador Mota, es que el COVID nos costó un billón de pesos adicional a los recursos que tenía la salud, una deuda que no se ha terminado de saldar y que por supuesto, ha impactado las finanzas del sistema.

Y hay un último artículo que se refería, ah, no, esos son los artículos porque los otros los quitamos, yo quiero presentar estos 7 puntos que son los que establecen en nuestra opinión un mejoramiento del sistema, con un principio básico de construir sobre lo construido, y para construir sobre lo construido pues uno tiene que conocer el sistema, no puede volverlo pedazos para decir que va a crear uno bueno. Nosotros creemos que aquí está el inicio de mejorar, equilibrando los pagos a las EPS, mejorando los salarios de médicos, enfermeras, teniendo la libertad de los ciudadanos y teniendo esas cuentas de riesgo para emergencias, tanto económicas como financieras. Nosotros creemos que esto le da robustez al sistema y lo mejora.

No me voy a extender mucho más, porque lo que queremos es escucharlos y vuelvo a agradecerle a todos su compañía y presencia aquí.

**La Presidencia interviene para un punto de orden:**

Muchas gracias Senadora Paloma, coordinadora ponente y coautora del proyecto, uno de ellos, porque fue acumulado con otro. Senador Carlos Fernando Mota, también coordinador ponente y coautor del proyecto, Senador de Cambio Radical, bien pueda.

**La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:**

Presidente muchas gracias, primero agradecerle a usted y a la Mesa Directiva, y a los integrantes, hay que decirlo de la Comisión Primera del Senado, porque han dado prioridad al establecer esta Audiencia Pública, que consideramos fundamental, necesaria, la Senadora Paloma Valencia y yo como coordinadores ponentes, para fortalecer la iniciativa legislativa que hemos radicado y esos ejercicios, Presidente, usted los entiende de participación ciudadana, pues son necesarios para nutrir el proyecto, para corregir incluso aspectos del articulado que en la experiencia de quienes hoy nos acompañan es necesario corregir o modificar o modular. Y es importante también porque las observaciones nos permiten tener esa legitimidad en la presentación y defensa de este proyecto de ley.

La Corte Constitucional, Presidente, ha establecido que la salud tiene una doble función, que es un servicio público a cargo del Estado y que es un derecho de los colombianos, por eso crearía yo el interés que hoy existe alrededor de este proyecto de ley estatutaria, Ministro Fernando Ruiz, no solamente por la cantidad de las personas que se han inscrito en esta audiencia, tanto en forma presencial y en plataforma, sino también por la calidad de los mismos, es que es un asunto de interés nacional, prioritario, por eso hemos querido establecer esta Audiencia Pública, por eso, la necesidad de que las intervenciones que aquí se realicen, ojalá las hagan llegar a la Secretaría, para poder conformar la ponencia que esperamos radicar, Senadora Paloma Valencia, esta misma semana.

El trámite nos obliga por ser una ley estatutaria a tener mucho respeto por los tiempos y alcanza a dar el debate, los cuatro debates en esta legislatura. Igualmente mencionar que los aspectos principales para mejorar el sistema de salud en Colombia, se requiere, se necesita de una ley estatutaria, no puede ser por parte de un mecanismo o norma distinta, y ahí coincido con la Senadora Paloma Valencia, el trámite de ley ordinaria que cursa el proyecto del Gobierno en la Cámara de Representantes, pues no me parece el adecuado, creo que desconoce principios constitucionales y que desconoce también aspectos fundamentales como que lo que se quiere modificar tiene que ser a través de una ley estatutaria, como en realidad lo es la iniciativa que hoy vamos a discutir.

Presidente no me quiero tardar más, aquí el protagonismo lo tienen sin lugar a dudas los invitados, los inscritos a esta Audiencia Pública, pero sí señalar aspectos generales del proyecto de ley del Partido Cambio Radical, autoría del Partido Cambio Radical, creo que está es la número 5 o sexta que presentamos, un proyecto de ley que busca mejorar el sistema de salud, lo digo a nombre del partido Cambio Radical y que establece algunos puntos fundamentales.

El primero de ellos, el proyecto de ley del Partido Cambio Radical no desmonta el actual sistema de seguridad social en salud, sino que propone ajustes que pretenden mejorar el funcionamiento del actual sistema. Muy en contravía del trámite que se viene adelantando en la Cámara de Representantes que busca borrón y cuenta nueva, crear nuevo sistema, 100% público.

Segundo. En nuestro proyecto el modelo de atención integral y diferenciado, preservar el derecho de libre elección, no elimina las entidades promotoras de salud, ni crea nuevos actores en el sistema.

Tercero, planeación integral de la salud pública, no crea órganos politizados ni de difícil conformación, como sí lo hace el proyecto de ley ordinaria que se tramita en la Cámara. Integralidad de la gestión del riesgo, coincido con lo mencionado por la Senadora Paloma Valencia. Territorialización del aseguramiento, un tema fundamental, mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad de la atención, coincidimos también con lo que han mencionado el proyecto de ley de la Senadora Paloma Valencia.

Giro directo, una necesidad, una exigencia, hemos tramitado anteriormente algunas iniciativas en el Plan de Desarrollo y otras más con esa visión, pero aquí queda de manera muy concreta y clara. Un tema fundamental para nosotros, fundamental, el talento humano en salud, que existan garantías laborales para el personal médico, pero también para el personal asistencial de clínicas y hospitales. Hay que recordar que el 80% de las personas que están vinculadas a clínicas privadas están con figuras de tercerización laboral y el 70% cuando hablamos de hospitales públicos. Este proyecto pretende corregir y reconocer esa función prioritaria en un Estado, como es la atención médica.

Sostenibilidad financiera al sistema de salud, inspección, vigilancia y control, esos son los aspectos principales del Proyecto que vamos a debatir, y como lo he dicho, Presidente, lo importante hoy, el protagonismo es para las personas invitadas, nosotros tendremos el tiempo luego de debatir, de presentar y de argumentar, y creo que ya con esto podemos dar inicio a la Audiencia Pública convocada, muchas gracias.

**La Presidencia interviene para un punto de orden:**

Correcto, doctor Carlos Fernando Motoa, vamos a darle inicio es a las intervenciones de quienes se han inscrito y quieren participar. En ese mismo orden de ideas, los Senadores presentes y los Senadores en la virtualidad pues también nos lo hacen saber y los incluiremos en sus intervenciones, si así lo consideran.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Fernando Ruiz Gómez, exministro de Salud:**

Muchas gracias Presidente Blanco, un saludo muy especial para usted, para la Senadora

Valencia, el Senador Mota, el Senador De la Calle, los Senadores que se encuentran en este momento virtualmente. Yo quiero agradecerle la oportunidad y el espacio para poder conversar hoy con ustedes, sobre este tema tan importante y creo que la Comisión Primera, en este momento yo la vería el espacio natural y casi que obligado para discutir un tema tan importante como es la reforma a la salud.

Yo quisiera iniciar por presentar unos datos y una información sobre lo que ha significado o lo que significa el sistema de salud de Colombia. Y para tener un poco o que todos los colombianos veamos la dimensión de lo que estamos o de lo que podríamos eventualmente perder en una situación de una reforma que no conduzca a una situación de salud de los colombianos.

En la pantalla están presentado lo que es el informe de este año de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo, el club de los países más ricos del mundo, más desarrollados, de los cuales Colombia es uno de los tres países latinoamericanos que hace parte y organización que al Gobierno nacional actual le gusta mucho traer a colación para comparar nuestro sistema con estos países, creo que en algún momento compararse con países desarrollados tiene sentido, indudablemente. Pero también vale la pena traer a colación estos indicadores.

Colombia en los últimos 30 años ha aumentado en 7 años la expectativa de vida de los colombianos, ha aumentado 7 años, pasamos de los 67 años casi a los 75 años de expectativa de vida. Las mujeres colombianas hoy en día tienen una expectativa de vida de 81 años, si pasamos a la siguiente, un indicador muy importante que acaba de ser publicado recientemente, muestra que Colombia entre los países latinoamericanos, además de la expectativa de vida, es el país que tiene la menor tasa de mortalidad general, entre todos los países latinoamericanos.

Una tasa de mortalidad absolutamente similar a la de un país desarrollado, al promedio de países de la OCDE, si pasamos a la siguiente, podríamos ver que las 3 siguientes muestran como Colombia es uno de los países con menor tasa de mortalidad por cáncer, como Colombia a pesar de tener una alta incidencia de morbilidad por diabetes es el segundo país del continente con menor tasa de mortalidad por diabetes, y cómo Colombia está entre los cinco países de menor tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular. Estas tres condiciones y enfermedades son las que generan la mayor morbilidad y mortalidad entre la población en cualquier país de mediano nivel de desarrollo y de alto nivel de desarrollo.

Eso no surgió de la nada, eso no vino porque simplemente sucedió porque somos de buenas y estamos en un lugar y se nos aparecieron las políticas, unas políticas de manera aleatoria, eso sucedió porque Colombia desde el año 93 tomó

varias decisiones fundamentales. La primera, buscar un sistema que fuera universal; la segunda, buscar un sistema que fuera equitativo y la tercera muy importante, integrar lo público y lo privado en un único sistema de salud, bajo una coordinación determinada por un aseguramiento, por un modelo de aseguramiento donde todos los colombianos fueran iguales.

Esa decisión obviamente ha tenido, y no podemos decir que todo aquí es perfecto, evidentemente hay lugares de Colombia donde tenemos mayores tasas de mortalidad, lugares de Colombia donde hay problemas, pero esto es en resumen lo que los colombianos pueden perder en la eventualidad de una reforma desenfocada y una reforma mal orientada, como creo yo personalmente, y mucha gente que ha estado, académicos con los que trabajo, que simplemente, una reforma que nos puede llevar a una pérdida muy grande de bienestar en la sociedad colombiana.

¿Por qué creo y creemos que el carácter estatutario de la reforma es un elemento esencial? Y aquí traigo un análisis que hemos hecho desde el grupo de ministros y exministros del sector salud, que nos hemos reunido más de 20 exministros, aquí está Iván que ha sido persona también muy connotada, pero exministros desde hace mucho tiempo la mayor parte de ellos, visualizando que el tema de la regresividad, el tema de la pérdida de bienestar que se puede generar por una reforma, es un tema que evidentemente hace que esta sea una reforma estatutaria.

El proyecto de ley presentado por el Gobierno nacional diluye completamente el artículo 48 de la Constitución Nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social, ese es un fundamento esencial y lo reemplaza por un modelo entre comillas de aseguramiento social, que además es un eufemismo porque aseguramiento social es lo que ya estamos, si uno mira a nivel técnico internacional, qué es aseguramiento social, un aseguramiento social es un modelo donde el Estado en conjunto con el sector privado asumen o distribuye o entrega una prima para poder hacer un aseguramiento de la población de manera vinculante y obligatorio, cómo es exactamente el sistema colombiano.

¿Qué significa eso para los colombianos? ¿Qué significa la pérdida del derecho a la seguridad social? Y lo que vemos absolutamente negativo en el proyecto de ley del Gobierno nacional, se hace una dilución del modelo de responsabilidad del Estado frente al ciudadano, frente al ciudadano, frente al colombiano, en lo que tiene que ver con su derecho fundamental a la salud. Si una mira con cuidado el proyecto de ley se diluye el modelo de aseguramiento social, de aseguramiento de la población, se distribuyen esas funciones de manera a unas entidades que, en nuestra visión, en la visión de los ministros, la visión de muchos grupos de trabajo, incluir los componentes del pacto por la salud, que hacen parte del pacto por la salud, esa dilución de la responsabilidad hace que no haya la posibilidad

de que el ciudadano tenga una representación detrás para poder acceder a los servicios de salud, como viene sucediendo en la actualidad.

Se reemplaza el aseguramiento en su integralidad con la integración de las funciones de gestión del riesgo y gestión financiera, que son naturales e indivisibles para poder hacer el aseguramiento y se lleva al ciudadano a que simplemente en ese nuevo escenario debería deambular por toda una cantidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, por unas redes que no tiene un estatuto de responsabilidad detrás, tratando de obtener servicios y beneficios, es decir, esta ley termina transformando al ciudadano en agente de su propia salud, termina siendo que el ciudadano deba asumir la responsabilidad que le corresponde al Estado sobre la asunción de su propia salud.

Y ya para ir terminando, también supremamente grave, desarticula todo el modelo de prestación, llevando los prestadores públicos y ciudadanos a una situación de absoluta nubosidad frente a las responsabilidades que les compete, y hace que el ciudadano vaya a terminar seguramente en un hospital público o privado, pidiendo servicios, probablemente congestionado los prestadores privados, que son los que en Colombia tienen entre comillas mayor prestigio o mayor reconocimiento de parte de los ciudadanos y haciendo que el modelo se desarticule completamente en la capacidad de respuesta a los ciudadanos.

Yo creo que hay una connotación absolutamente crítica de lo que es el sistema de salud y lo que es grave para terminar, entregando las responsabilidades sobre la financiación y la entrega de los recursos de salud a una entidad como la Adres, que aquí está el doctor Martínez, que quienes hemos tenido la oportunidad y experiencia, en mi caso como viceministro durante 4 años y como ministro durante dos y medio, sabemos y reconocemos que no tiene la capacidad técnica ni la capacidad administrativa, ni logística para administrar y entregar esa cantidad de recursos a cada uno de los más de 30.000 o 40.000 proveedores de servicio, que puede haber en un país como Colombia.

De manera que yo creo que aquí hay un tema de una tremenda responsabilidad que le compete al Congreso de la República de defender y defender el derecho a la salud de los colombianos, que hoy se manifiesta en una cobertura universal de aseguramiento, por encima 99% y un acceso que seguramente está por encima del 70%, y de unos indicadores absolutamente importantes, como los que mostré y los que muestra la Organización para la Cooperación y el Desarrollo, que ha obtenido el país para lograr la atención y la cobertura en salud de los colombianos.

De esa manera, señor Presidente, yo quiero agradecerle estos 10 minutos, espero no haberme extendido demasiado y de verdad, yo sí les pido con todo el corazón, desde una persona que tuvo que enfrentar una pandemia, que tuvo que con su equipo

de trabajo de un Ministerio de Salud, con la mayor idoneidad técnica y con mayor sentido de patria echarse este país encima, que no permitamos bajo ninguna circunstancia que esta sociedad y este país decaiga hasta el extremo de perder, probablemente el bien máspreciado y la política social más importante que existe en nuestra sociedad, porque es la única que representa y que tiene un compromiso completo con toda la ciudadanía, como es el sistema de salud, muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Iván González, Vicepresidente de la Asociación Nacional de Industriales (Andi):**

Presidente, muchas gracias. Un saludo muy especial para usted, para el Vicepresidente y Senador Humberto De la Calle, la Senadora Paloma Valencia, el Senador Carlos Fernando y a todos los asistentes, a los demás Senadores y por supuesto, al señor Viceministro.

Creo que es importante mencionar hoy que el eje de los sistemas de salud son los ciudadanos, a veces parecemos olvidar que es por ellos que trabajamos día y noche para proteger la salud, por eso quiero partir esta intervención recordando que todos los ajustes que hagamos son para las personas, y que la salud no tiene color político.

Voy a referirme a la reforma, pero es imposible, Presidente, Senadora y Senador no dedicarle un minuto a la coyuntura actual del sistema de salud, durante meses vimos titulares en los periódicos diciendo que se iba a quebrar una aerolínea, que se iba a quebrar otra aerolínea y nadie creyó. Y se quebraron las aerolíneas y hubo una complicación turística, familiar y social muy compleja, venimos oyendo alertas graves y no se trata de ultimátum, aquí puede haber unas consecuencias muy graves y quiero hablar de eso un minuto.

En primer lugar, la sostenibilidad del sistema está en juego. En segundo lugar, el flujo de recursos para este año es insuficiente. Y, en tercer lugar, hay unos temas de desequilibrio y concentración de riesgo. ¿Por qué está en juego la sostenibilidad del sistema? Porque tuvimos como bien mencionó y lideró el doctor Ruiz, en su momento ministro, una pandemia que nos tuvo fuera de los hospitales y las clínicas dos años, no es en Colombia Presidente, es en todo el mundo, la gente está yendo a ponerse al día en los servicios de salud.

Segundo, hay desequilibrios porque hemos envejecido, hay desequilibrios porque hay más cáncer, porque hay más hipertensión, porque hay más diabetes, porque hay nuevas tecnologías. Y tercero, y usted lo mencionó Senadora, hay desequilibrio porque hay desconcentración o concentración desigual del riesgo, necesitamos entender eso, el flujo de recursos y cerebro que esté aquí el doctor Martínez de la Adres, no tenemos hasta este momento, usted me corrige, cómo cubrir los presupuestos máximos de noviembre y diciembre, es decir, hoy ya tenemos un roto financiero que se va a sumar a los que ya hay, y que sí es un tema que

preocupa por la demora que va a exigir alcanzar a cerrar ese hueco.

Y en tercer lugar, quiero dedicarle un minuto al Invima, el Invima es una entidad relevante para múltiples sectores y para los colombianos, Senadora, 27.500 trámites demorados, de los cuales cerca de 50%, Senador Mota, van a poner en riesgo la salud pública de los colombianos en los próximos 18 meses. Necesitamos que al menos se nombre un director en propiedad para que atiende esta crisis.

Sugerimos para esta coyuntura, porque si no, no vamos a llegar a la reforma, la reforma se va a dar de facto por sustracción de materia, por mortalidad, por enfermedad que no van a poder atender los sistemas actuales, sugerimos un mecanismo expost de única vez, para poder resolver los desequilibrios que ha causado el COVID en el mundo entero. Sugerimos un ajuste excepcional de la UPC para el año 2024 que recoja los desequilibrios del 22 y del 23. Y sugerimos, imploramos, rogamos, rogamos que se nombre en propiedad al director del Invima.

Entró a la reforma y quiero entrar con 15 preocupaciones de lo que cursa hoy en la plenaria de la Cámara. La primera, la eliminación de la protección financiera, lo dijo el doctor Ruiz en su intervención, no nos distraigamos acá, claro que las EPS son importantes, pero lo que está en juego es que en vez de darle plata a las personas, se las vamos a asignar a centros públicos de bajo nivel de complejidad y vamos a eliminar la protección del riesgo financiero, que es lo que ha logrado proteger a las familias más vulnerables en los últimos 30 años.

Segundo, también lo mencionó del doctor Ruiz, el cambio en el modelo de aseguramiento, hoy tenemos un aseguramiento social, todo con recursos públicos administrados en la más grande alianza público-privada que tiene este país, se han ido eliminando EPS que no cumplían su rol, que son corruptas. Pero si fuera por eso, entonces el mal nos saldría peor que la enfermedad, hoy tenemos un mejor pool de aseguradores y debemos cuidarlo y protegerlo. Tercero, se va a interrumpir la evolución del sistema, todos lo que estamos en esta sala hemos aportado nuestros recursos para que, durante 30 años, en ocho gobiernos, con muchas personas hayamos fomentado la progresividad del derecho a la salud.

Cuarto, no hay capacidades para estatizar el sistema de salud, tenemos que crear muchos centros de atención primaria y reemplazar 20 o 30 EPS por 25.000 CAPS, yo no entiendo cómo vamos a crear esas capacidades y los riesgos asociados a interferencia política y corrupción. Quinto, en la medida en que se fragmenten los servicios va haber un potencial aumento del gasto de bolsillo, hoy tenemos el más bajo gasto bolsillo, Presidente, de toda Latinoamérica, 14% de Latinoamérica está en promedio en el 40%, algo debemos estar haciendo bien.

Sexto, y lo mencionaron tanto el Senador Mota como la Senadora Valencia, se va eliminar

el concepto de la libre elección, se ha trivializado, claro que hoy hay libre elección y ha sido uno de los grandes éxitos de los últimos 30 años. Séptimo, se va a poner en riesgo la capacidad instalada de la red privada, mientras en América Latina cerca del 10% de los hospitales y clínicas son privados, en Colombia para poder atender una cobertura del 99%, el 90% de la prestación es privada, esa prestación hace contratos con las EPS, se va a poner en riesgo, como está sucediendo en este momento en Chile, después de la eliminación de las Isapres.

Noveno, hay desincentivos para la calidad en la medida en que yo asignó subsidios a la oferta asociados al gasto, lo que hago es incrementar el gasto y desligarlo del desenlace de salud. Décimo, hay un cambio abrupto en las rutas de acceso, hoy no sabemos en esta reforma, que va por su segundo debate, quién va a entregar medicamentos, hoy no sabemos cómo van a funcionar la continuidad de los servicios, nos dicen –es que se acaban las autorizaciones–, pero qué las reemplaza, cómo me voy a mover por el sistema.

Décimo primero, las compras centralizadas en Colombia no han funcionado. Yo no estoy en contra de ellas, solo digo que hay que entenderlas porque la reglamentación es poco clara. Decimosegundo, y celebro que está acá usted, doctor Martínez, la reconfiguración de la Adres, la Adres como dijo el doctor Ruiz no está configurada para hacer todo lo que plantea la reforma, estamos creando un instituto distinto, nos ha costado desde el año 2016 implementar la Adres de hoy, que todavía tiene infinitos retos operativos, técnicos y tecnológicos, no me quiero imaginar la salud de todos pasando por allá.

Decimotercero, podemos terminar gastando más plata en salud, hoy somos el 7.5% del producto interno bruto, esperamos en algún momento en los próximos 15 años llegar al 9%, que es el promedio de la OCDE, pero este ajuste como bien lo han mencionado todos, puede incrementar el gasto sin mejorar el beneficio de la salud.

Podemos tener en síntesis una gran regresividad en el derecho que hemos tenido y perder 30 años de construcción conjunta, como ya pasó en México con la eliminación del seguro popular, 30 millones de mexicanos, ojalá podamos entender cómo fue la terquedad que condujo a que 30 millones de mexicanos quedarán así, y no nos pase lo mismo en Colombia, porque con el ojo afuera no hay Santa Lucía que valga.

La reforma del Gobierno nacional que cursa en la plenaria tiene enormes coincidencias con el proyecto de Cambio Radical y el proyecto del Centro Democrático, menciono las primeras: fortalecer la atención primaria en salud, trabajar en los territorios, trabajar por el talento humano, fortalecer el hospital público, mejorar el flujo de recursos, todos eso son coincidencias.

Entonces, yo quiero poner sobre la mesa que el punto crítico de la diferencia es la continuidad o



no de las EPS, pero detrás de eso, la protección del riesgo financiero y por eso celebro que la Comisión Constitucional Primera Permanente esté abordando este debate desde una mirada estatutaria, porque lo que está en juego es nada más y nada menos que un derecho constitucional, que es la salud, esta es la verdadera reforma.

Celebro que ambos proyectos de ley, tanto el del Centro Democrático como el de Cambio Radical, mencionan que se va a fortalecer el actual sistema y que se van a hacer ajustes para mejorar lo que no funciona, celebró eso porque eso va a garantizar la continuidad de la protección financiera, celebro que trae progresividad en lo que venimos construyendo hace tres décadas, celebro que ambos mencionaron la libertad de elección, ha sido fundamental darle plata a los colombianos para que escojan dónde están. Celebro la importancia del territorio en ambos proyectos de ley y en el del Gobierno nacional.

Pero quiero hacer un llamado, Senadora, y permítame expresarme 30 segundos acá, Senador Motoa, cuando comparamos la salud del Guaviare con la salud de Bogotá, pues claramente hay unas inequidades, pero ojo, si compramos la salud de Guaviare con la agricultura Guaviare, con la educación de Guaviare y con las vías del Guaviare, el trabajo del sistema de salud en el Guaviare en los últimos 30 años hace que sea un sector más destacado, lo que pasa es que Colombia tiene inequidades estructurales, históricas y profundas alrededor de los determinantes sociales y por eso, cualquier solución al territorio debe pasar por no perder el modelo de aseguramiento.

Sigo, la gestión del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud, la conformación de redes en cabeza de los aseguradores es fundamental, ser agencia del usuario y articular. El proyecto menciona también, el de ustedes Senador, el tema de los determinantes sociales es fundamental, nos enfermamos porque respiramos mala calidad del aire, porque nos accidentados en moto, porque no tenemos agua potable, eso no es problema del sistema de salud cómo lo han querido ver, eso lo resuelve el sistema de salud, tenemos que trabajar en determinantes.

Hay que incluir, permíteme la sugerencia, en el artículo 24, no solo la gestión de la red, sino la conformación de la red en cabeza de los aseguradores. En el artículo 18 y lo mencionaron ambos, hay que meter condiciones clínicas asociadas a la UPC, no cuesta lo mismo un paciente con cáncer, con VIH, un paciente que no tiene una condición clínica, hoy el VIH es una enfermedad crónica, mientras uno cuesta 10, 15 o 20 millones de pesos al año, el otro le cuesta al sistema un millón de pesos, tenemos que llegar a esa diferencia.

Tenemos que mejorar el giro directo, pero como bien dijo la Senadora, amarrándolo a la habilitación financiera, si yo soy una institución de aseguramiento que cumple con mis indicadores, pues denme la libertad de hacer los giros porque a

veces es mucho mejor desde la EPS que desde la Adres. Yo tengo un debate histórico y es solo una invitación, yo no he oído en ningún país del mundo que se diga que voy al nivel complementario, uno va a los hospitales y va a las clínicas, es una pelea de larga data con el doctor Ruiz, pero mi invitación es a nominar lo que es, hay atención primaria y hay servicios hospitalarios, pero más allá de eso, una invitación a revisar nuestro modelo de calidad.

El sistema de acreditación en salud en Colombia que data de hace más de 20 años, en un acuerdo único con el Icontec, es uno de los mejores de América Latina y uno de los mejores del mundo, crear nuevos centros de excelencia, como está contemplado en el artículo 27 debería revisarse en detalle, porque lo mejor sería fortalecer el sistema acreditación actual.

Celebramos el tema de los conglomerados, la revisión a los conglomerados financieros desde el aseguramiento, la prestación para garantizar transparencia. Queremos proponer algunas cosas adicionales, aunque ya están, pero quiero insistir en ellas, un fondo de garantías para las EPS que se quiebran, nos hace falta el Fogafin de la salud. Un fondo socio-sanitario, DPS maneja billones de pesos en subsidios, está muy de moda en estos días, por qué no coger un fragmento de eso y crear un fondo para dar subsidios alrededor de los pañales, alrededor de las muletas, alrededor de las cosas que necesitan los pacientes para complementar su atención en salud.

Un fondo de enfermedades raras y enfermedades huérfanas, es muy difícil seguirle el ritmo a esto, Colombia tiene un avance importante, pero necesitamos dar un paso en donde podamos hacer más predecible el resto de cosas y enfocar el conocimiento técnico y el respaldo financiero a las familias que sufren enfermedades huérfanas. Profundizar mecanismos de diferenciación del riesgo, como la cuenta de alto costo, que ha hecho un trabajo excepcional compensando el riesgo por diferentes enfermedades, e insisto, ajustes por condiciones clínicas.

Con esto quiero terminar, agradeciendo la atención, pidiendo atención especial sobre la coyuntura del sector, una cosa es que se quiebren dos aerolíneas, otra cosa es que se quiebre el sistema de salud en Colombia, no es un ultimátum, son las consecuencias que vamos a enfrentar, el doctor Ruiz lo dijo, vivimos una pandemia que casi nos mata, no nos autoflagelemos dejando morir el sistema de salud, el diálogo es para eso, yo celebro que el Viceministro esté acá, espero que algún día me reciba en su oficina Viceministro, tan ocupaditos y no hemos podido conversar, pero es importante hacerlo, quitarle el color político a la salud, es importante reconocer que desde las palabras podemos construir soluciones para todos.

Nosotros seguimos trabajando y pensando en las personas que atendemos y creemos en un mejor futuro, no nos vamos a cansar de intentar mecanismos de diálogo para aportar al mejoramiento de la salud en Colombia, muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Wilson Giovanni Jiménez Barbosa, profesor titular de la Universidad Jorge Tadeo Lozano:**

Muchas gracias Presidente, Senadores asistentes gracias por la invitación. Bueno, tengo una presentación muy corta y no sé si la proyectan, sin embargo, voy a irme guiando por ella, por si acaso no. La idea es que hoy reflexionáramos un poco de los alcances de lo que debe tener una ley estatutaria en salud.

Realmente, unos días pasados, un par de semanas, un compañero de la universidad me hizo una pregunta que me dejó como fuera de foco, muy simple, ¿en qué me va a afectar la reforma a la salud?, y eso me hizo reflexionar que muchas veces nos alejamos de ese objetivo de pensar en el paciente y no solo en el paciente, sino en el afiliado en general. Y al afiliado lo único que le interesa es recibir un acceso oportuno, adecuado a sus necesidades y que le dé respuesta rápida ellas.

Eso implica que la reflexión principal que debemos tener es hacia cómo lograr esa transparencia en la atención, esa forma diáfana en que todos los usuarios, en todos los afiliados puedan llegar a ella. Y eso me lleva a una primera gran reflexión, que es cómo superar la fragmentación del sistema de salud. Nuestro sistema de salud es altamente fragmentado, cada quien está defendiendo un interés particular, el Gobierno defiende los intereses propios de él, las EPS, las aseguradoras defienden unos intereses particulares, los prestadores defienden otros intereses muy específicos y muy particulares, y a la larga el gran perdedor es el usuario, el gran perdedor es el trabajador del sector salud, que es el que está en la cola del proceso y no ve un reflejo de toda la inversión en salud que hace el país y de toda la estructura que hay ahí.

Por lo tanto, lo primero que debería enfocar una ley estatutaria es en mirar cómo articular a los diferentes actores para lograr esa fluidez en la atención y para ello, la mejor forma, en mi criterio, es definir estratégicamente una política de incentivos clara, una política de incentivos que oriente el ejercicio de cada uno de los actores del sistema en lograr resultados en salud y no solo en resultados financieros. Es que hoy vemos que la evaluación que reciben, por ejemplo, los hospitales, los gerentes de hospitales de las empresas sociales del Estado está centrada en rentabilidades financieras.

Un presidente de una EPS también es evaluado por rentabilidades financieras y no por las respuestas que da salud a sus poblaciones y los resultados que tiene, por lo tanto, debería existir un incentivo claro, una política de incentivos claros, que nos llevarán a que cada uno de estos actores tuvieran una evaluación con base no solo en resultados financieros, estos deberían estar subyugados a los resultados del estado de salud de las poblaciones que tienen a su cargo.

Y eso me lleva a una segunda reflexión y es que en el discurso del debate a la reforma se ha satanizado por parte de algunos de los Congresistas el lucro en el sistema, creo que decir que no se puede tener lucro del sistema es una utopía, realmente la salud tiene lucro, de por sí para el Estado es el principal lucro, un sistema de seguridad social se creó en el siglo XIX en Alemania para lograr mayor productividad de los trabajadores, mayor captación de tributos para el Estado y, por lo tanto, uno no puede estar hablando de que no hay lucro en el sistema, el principal beneficiario de que haya lucro en sistema es el Estado. Lo que tenemos es que reconocer que ese lucro debe estar orientado a resultados en salud.

Y en ese sentido, es que yo digo que cada posibilidad de lucro, ya sea de una EPS, de una IPS o cualquier actor del sistema, tiene que estar ligada nuevamente a lo que mencionaba en el punto anterior, a en qué aporta el obtener salud para las poblaciones, si el lucro no está ligado a un resultado positivo en la salud de una población no tiene sentido. Pero si el lucro está mejorando la garantía del derecho, mediante el acceso, mediana la respuesta oportuna a las necesidades en salud, el lucro es válido. Ahora, también tiene que ser un lucro medio y mesurado, no puede ser un lucro excesivo, tiene que ser regulado.

Por otra parte, también tenemos que reconocer algo, Colombia son múltiples Colombias, yo siempre recuerdo al historiador norteamericano David Bushnell, quien tituló su libro “Colombia una nación a pesar de sí misma”, al menos en Colombia perviven 4 Colombias distintas: la Colombia de las grandes capitales, la Colombia de las capitales intermedias, la Colombia de los pequeños municipios, y la más alejada, la Colombia rural, la Colombia que vive dispersa; y tenemos que estar garantizando la atención en salud para cada una de estas Colombias.

Quizás un gran error de la Reforma de la Ley 100 fue que se pensó para las ciudades, no para los sectores rurales, no podemos caer en una reforma ahora que haga lo inverso, que esté enfocada en llevar solamente el sistema bajo las lógicas rurales, sino que también tenemos que entender que la población hoy en Colombia es 75% urbana y un 25% rural. Y que cada una de ellas tiene unas particularidades que deben responderse, y que cada una de ellas tiene unas particularidades que deben responderse y, por tanto, un sistema de salud y una reforma no puede homogenizar la atención de la manera en que se ha venido haciendo. Y eso debe ser la base de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Pero para lograr esto, tenemos que superar un problema que ya se ha mencionado acá, que es el déficit de talento humano en salud, un déficit que nos tiene en unas enfermeras de más o menos a hoy, 140.000 enfermeras menos de las que se requieren y un personal que no solo está desincentivado por el menosprecio que ha tenido cada vez el sector salud, sino también por la dificultad de acceder por matrículas a las universidades y en esto no solo

desde el punto de vista de la medicina general, de la odontología general, sino también de especialidades.

Se ha elitizado el acceso a las universidades para formar profesionales en salud y en esto, creo que la formación del talento humano en salud debería ser una política social pública y universal que se diera de Estado, independiente a cualquier otra concepción y porque lo que necesitamos es formar talento humano en salud. Y, sin embargo, a pesar de que tenemos un déficit, cuando pensamos en llevarlo a estas regiones apartadas tenemos un problema, la gente está concentrada en las ciudades y no quiere ir a las regiones, ¿por qué?, no solo por un salario, ver la solución solo en mejorar unos salarios que de por sí, sí son deficientes, en las zonas rurales es limitado.

Cuando alguien quiere viajar a las regiones está pensando en tener la posibilidad de un proyecto de vida, si usted no tiene un proyecto de vida, cómo se va a motivar allá a ir, termina usted dando rurales y los rurales son temporales, 6 meses, 1 año, ¿y cuál continuidad le vamos a dar? Dentro del proyecto de ley oficial está el barco hospital, un barco hospital termina siendo como una acción de brigada de salud, muy puntual, que no soluciona y que no va a dar resultados en el largo plazo, si queremos dar resultados de salud en los territorios tenemos que generar que el profesional de la salud, que el equipo de salud tenga una posibilidad de desarrollar él y su familia, una vida en ese territorio.

Y otra cosa más grave, muchos no van por la violencia, la infracción a la misión médica es un factor que determina frenar cómo la gente, cómo los profesionales quieren ir a estas regiones. En ese sentido, es muy importante establecer una política clara de incentivos sociales, económicos que permitan llevar el personal a las regiones que se requieren. Necesitamos solucionar un problema fundamental, el sistema de información en salud, cada vez que usted inicia a hacer una investigación encuentra que los datos no son claros.

Estamos realizando en la Tadeo una consultoría para CODHES y encontramos que los datos financieros, uno no puede desagregar más del tercer numeral, porque de ahí para allá la calidad de la información es pésima. O sea, cómo podemos en ese debate, que está inclusive en redes y que se ha dado aquí en el Congreso sobre la suficiencia de la UPC, cómo podemos hablar de suficiencia de UPC, cuando no hay claridad en la información de ningún actor, y aquí no estoy satanizando a ninguno de los actores, solo estoy diciendo que hay un problema serio de información que impide tomar posiciones claras y tomar decisiones. Si no solucionamos el sistema de información, jamás podemos tener unos resultados claros y unas decisiones debidamente soportadas para dar solución a la problemática.

Creo que también tenemos que entrar al mundo de una realidad, que es la del siglo XXI, y es la inteligencia artificial y la telemedicina, yo creo que una ley estatutaria hoy debe incluir ese componente, buena parte del deficiente de personal y de la llegada

a las regiones, inclusive de temas de especialistas, tiene que estar ligado ya por temas de telemedicina y no solo una telemedicina simple de consulta por video conferencia, sino ya apoyada por inteligencia artificial. Si no tenemos contemplados estos avances, creo que nos estamos quedando solos, muchas de las barreras de acceso que hoy existen, están definidas por trámites administrativos, que son manuales, que no están siendo llevados adecuadamente, que, si tuviéramos automatizaciones en estos procesos, tendríamos muchísima más agilidad y muchísima más respuesta a los problemas que está enfrentando el sector salud.

Yo quiero cerrar estos minutos, que tengo un tengo la oportunidad de compartir con ustedes, invitando a las partes a escucharse, uno desde la academia, desde la tribuna, lo que ve es que se ha llenado de epítetos, de estigmatizaciones a quién habla en pro o en contra, o simplemente porque toma una posición en relación diferente a la del Gobierno o diferente a la de los partidos de oposición, y no puede ser así.

Yo creo que la salud de los colombianos está por encima de todos y debe permitirnos generar sinergias, si no generamos sinergias no tendremos cómo lograr un resultado y la salud no puede ser un campo de experimentación, porque aquí no estamos jugando con cosas, sino estamos jugando con la vida de millones de colombianos. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Leonardo Humberto Huertas Gutiérrez, defensor delegado para derecho a la salud y seguridad social (Defensoría del Pueblo):**

Muchísimas gracias Presidente, un cordial saludo de parte de Carlos Camargo, nuestro Defensor del Pueblo, les mando un abrazo fraterno, a los Senadores Motoa y Paloma Valencia que convocan a esta Audiencia Pública, a la sociedad civil, los gremios, a los funcionarios públicos, Viceministro, director del Adres, un saludo muy especial, y a las personas que nos acompañan también en las barras.

Desde la Defensoría del Pueblo, bajo el liderazgo de nuestro defensor Carlos Camargo, no se ha asumido una posición defensorial para apoyar o para oponerse a ninguno de los proyectos que están en trámite en estos momentos. Primero, porque entendemos que de acuerdo con el artículo 150 y pues en ese caso específico el 152 de la Constitución Política, le corresponde precisamente al Congreso de la República definir las políticas públicas y bien lo ha señalado la Corte Constitucional en las diversas sentencias donde se establece que el desarrollo de los derechos fundamentales que tienen un contenido programático, tiene dos elementos.

Un elemento de indisponibilidad del derecho y otro elemento de prestación del derecho, y en ese componente de la prestación del derecho, lo ha señalado la Corte Constitucional, entre otras, en la Sentencia T-760, que ese elemento que conlleva la ejecución de las políticas públicas es un debate político y que debe darse en el seno del Congreso de la República. Desde la Defensoría del Pueblo

sabemos que con EPS o sin EPS, con los recursos manejados por los aseguradores o por las entidades territoriales o por las entidades públicas, de cualquier forma, como se define la forma cómo se presta el servicio para garantizar el derecho fundamental, estaremos desde la Defensoría del Pueblo en todo el territorio, procurando la promoción y la protección del derecho fundamental a la salud.

Y partiendo de esa premisa, que el derecho a la salud es justamente un derecho fundamental, y como derecho fundamental que es, no requiere ningún título distinto al de ser una persona humana, otros derechos requieren títulos adicionales, como los derechos políticos para los que hay que ser ciudadano y poder ser titular de ese derecho, o los derechos laborales para los empleados, pero al tratarse de un derecho humano le va a ser correspondiente a todas las personas del género humano, independiente de su condición de ciudadano, de migrante, de migrante regular, irregular, si tiene carnet de una EPS o no tiene afiliación; independiente de cualquier situación o condición, por el solo hecho de ser una persona va a ser titular de derechos humanos y entre ellos, del derecho fundamental a la salud.

Claro que recorrer el territorio nacional, mañana vamos a una misión humanitaria a Guainía para verificar la situación de la salud, la semana pasada estuvimos en la Sierra Nevada y recorrer el territorio del que hablaban algunos de los invitados sobre la Colombia profunda y la Colombia dispersa, que también les quiero decir, Colombia profunda hay en Bogotá. Vamos a programar en la semana de octubre tres jornadas de promoción y protección del derecho fundamental a la salud, una en Ciudad Bolívar, otra en Kennedy, y otra en Sumapaz, donde encontramos también una Colombia a la que le es difícil acceder a derechos fundamentales y a servicios públicos dentro de la misma Bogotá, Medellín, Pereira o Cundinamarca.

Se evidencia una situación que surge, entre otros, del estudio que cada año hacemos de las acciones de tutela, la segunda razón por la que se presenta la acción de tutela en Colombia está relacionada con riesgo alto, vulneración del derecho fundamental a la salud, no es la primera, eso también es algo paradigmático, la primera razón es el derecho de petición, y las EPS tampoco son la entidad más tutelada en Colombia, la más tutelada es la rama judicial, incluida la Fiscalía General de la Nación.

Pero eso sí nos muestra un indicador y un termómetro de la violación que se vive a lo ancho y largo del territorio nacional en materia de derecho fundamental a la salud, y si a esto le sumamos nosotros que la principal causa de quejas que recibimos desde la Defensoría del Pueblo, si le sumamos las quejas que reciben las personerías, las Secretarías de Salud, la Superintendencia de Salud, pues estamos en que se evidencia un altísimo riesgo en materia de vulneración del derecho fundamental a la salud y la verdad, desde la experiencia de recorrer el territorio nos damos cuenta que para mejorar esta situación se requieren acciones por parte de todos

los actores del sistema de salud, y no solo de uno de los actores del sistema de salud.

Nos hemos reunido y el año pasado empezamos unos diálogos defensoriales, sin opinión defensorial, para recolectar lo que cada uno de los actores del sistema tenían para manifestar y esa cartilla, que también vamos a hacérsela llegar a la Comisión Primera, se le entregó a la Comisión Séptima para el debate que se viene haciendo en los proyectos 339 y acumulados en esta Comisión. Y hemos venido acompañando el proceso de diálogo, de debate, de discusión, más desde nuestra función mediadora, promotora y protectora del derecho fundamental a la salud.

Cuando surja algún riesgo, señor Presidente, de conflictividad social, cuando sientan que la Defensoría puede aportarle a un diálogo que pueda bajar los ánimos, que pueda mejorar la situación del debate, siempre enfocados hacia la protección del derecho fundamental a la salud, sin un interés de defender ni atacar a ninguno de los actores del sistema. Hemos asumido un rol de neutralidad, como el que le corresponde a la Defensoría del Pueblo, desde una óptica de protección y promoción del derecho fundamental a la salud y los derechos asociados, los derechos laborales del talento humano, los derechos económicos, sociales y culturales de todos los actores del sistema, pero, sobre todo, este bien tanpreciado que es la salud y paradigmáticamente uno de los derechos más vulnerados en el territorio nacional.

Cuenten con la Defensoría del Pueblo para estar acompañando estos procesos cuando nos corresponda, para tomar nota y hacer las recomendaciones desde nuestra noción de los derechos humanos y desde esa óptica del derecho fundamental a la salud, como derecho humano, como derecho fundamental. Muchísimas gracias Presidente, y a todos los presentes.

#### **La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Álvaro Mesa Garnica, Procuraduría General de la Nación:**

Señor Presidente buenas tardes, honorable Senador Carlos Fernando Mota, Senadora Paloma Valencia, la señora Procuradora General de la Nación les extiende un cordial saludo y les agradece el espacio y la invitación.

Traemos básicamente unos puntos que se han venido tocando en muchísimos escenarios, la Procuradora General de la Nación ha venido escuchando, ha venido haciendo eventos, foros, incluso antes de la radicación del Proyecto de Ley número número 339, que fue radicado en la Comisión Séptima, y hemos hecho una tarea juiciosa desde la Procuraduría de coger cada uno de los proyectos, hacerle un análisis a cada uno de los artículos y enviarle a cada uno de los Congresistas que representan o que están en la Comisión Séptima para que estudian y más que estudien que entiendan cómo funciona el sistema.

Aquí hay muchos expertos, entonces no me voy a referir tanto a lo técnico, he tenido, siempre digo, la fortuna de llevar más de 20 años en el sector salud, pasando por los aseguradores, prestadores y ahora en un ente de control, entonces, lo que más nos ha preocupado desde la Procuraduría, son unos puntos que han tocado como este principio de progresividad, de no desmejorar lo que ya la ciudadanía tiene, cuando hablamos de principio de progresividad, es no regresividad, sino mantener unos mínimos que se han venido ganando a lo largo de los años.

En varios escenarios también se ha mencionado que el sistema de salud ha tenido muchas falencias y eso digamos que es importante aclararlo, cuándo nos referimos a los determinantes sociales y hemos tenido la oportunidad de viajar también a la Colombia profunda, lo hicimos hace muy poco con la señora Procuradora, la doctora Diana Margarita Ojeda, cuando nos fuimos para La Guajira. En La Guajira no hay problema, ni en Riohacha y ni en Maicao, o sea, no hay mayor problema porque el problema radica de verdad es en la alta Guajira, donde la gente no tiene acceso a agua potable, la gente nos decía eso, decía –aquí el sistema de una u otra forma nos funciona, pero por favor, y el clamor era “pónganos agua, con el agua somos auto-sostenibles, con el agua podemos”–, digamos volver a sembrar, volver a mantener muchas de las formas en que ellos viven.

Entender también esa cosmovisión de los indígenas, también es un tema bien complejo y nos hemos dado a la tarea de ir a las IPS indígenas, ir a las EPS indígenas, ver cómo funcionan y cómo se articulan con las comunidades indígenas, con los llamados pütchipü y sus comunidades, ver cómo el sistema a lo largo de estos 30 años ha venido haciendo una construcción, porque es que cuando hablamos de reformas sociales, las reformas sociales llevan años, estamos hablando de una reforma que se ha venido construyendo y yo diría no solamente de Ley 100.

Los que hemos estudiado y hemos tenido la oportunidad de estudiar el sistema nacional de salud, de como decía el profesor de la Tadeo, de la conformación y adopción de un sistema bismarckiano con un sistema de William Weber y entonces Colombia adoptó ese sistema mixto, bajo el entendido de darle a los que no tienen a través de los subsidios, lo importante es saber focalizar esos esos subsidios.

Entonces, ¿qué nos preocupa también? Que se pierdan ciertos principios importantes como lo decían la libertad de elección, hoy una persona tiene la libertad de escoger en qué EPS tiene que estar, digamos que en el Proyecto de Reforma 339 se dispersan muchas funciones, quedan digamos, yo no diría pérdida, sino confusas al darle muchas funciones a entidades, pueda que la Adres adquiera las capacidades, obviamente, al requerirlas las van a ir ajustando, pero me preocupa a veces los entes territoriales, cómo desde el nivel central se le va a dar esa responsabilidad a los entes territoriales para

que sea el ente territorial quien maneje, más que la salud y salud pública, los recursos.

Entonces eso hay que analizarlo, ¿quién va a responder? Nos hemos hecho esa pregunta desde la entidad, quién va a responder por el usuario, hoy el usuario sabe que tutela de una u otra forma la EPS le responde, le garantiza su prestación sea económica, o sea asistencial. Nos preocupa también el tema de los del control de riesgo, cuando hablamos de riesgo no es solamente el riesgo financiero, sino el riesgo técnico, el saber y las EPS lo tienen muy claro, ese riesgo de asimetría de tener unos pacientes con una carga de enfermedad bien alta en unas EPS y hay otras que no tienen tanta carga y esa UPC vale lo mismo en las dos EPS. Entonces ese tema de asimetría.

Hoy hay una preocupación muy grande y es el tema de la insuficiencia de la UPC y la metodología con la que se aplica, digamos que se hizo una metodología con los datos que reportaron en 2021, pero estamos en 2023, entonces hay que analizar el tema también de los presupuestos máximos, es un tema que lo decía el profesor, las frecuencias cómo han cambiado, las consultas cómo han cambiado y hay mucha gente que está preocupada por las reformas, lo decían están acudiendo a las EPS casi que a ponerse al día por esa incertidumbre de no saber qué va a pasar en estas discusiones.

El tema del Invima también ha sido un tema muy preocupante y es que el año pasado fueron víctimas de varios ciberataques, aparte de los ciberataques la semana pasada, para nadie es un secreto que muchas entidades tuvieron muchos problemas con sus sistemas de información, el tema del sistema siempre ha sido los sistemas de información, lo vivimos en pandemia cuando los prestadores no sabían cómo cobrar la vacunación, no sabían cómo cargar la información y demás.

En este momento desde el despacho de la señora Procuradora, ella siempre ha estado como atenta a escuchar a los diferentes sectores, a que se construya un sistema que nos beneficia a todos, no solamente por un período de un Gobierno, sino que, si sea para mantenerlo bajo esa premisa de siempre construir sobre lo que ya tenemos, no desconocer que hay problemas, claro, los derechos sociales siempre son sujetos a irse modificando constantemente.

Entonces, esa sería la intervención. Agradecemos Senadora, Senador Carlos Motoa, Presidente, desde la Procuraduría estaremos atentos a cualquier llamado y muchas gracias.

**La Presidencia interviene para un punto de orden:**

A usted doctor, muchas gracias. Como vendrán muchas otras intervenciones es importante aclarar que estas audiencias, más que un conversatorio es la oportunidad precisa de las opiniones que toda persona natural o jurídica puede expresar sobre el contenido del proyecto, sobre el contenido de los proyectos, que es lo que alimenta la discusión y qué es lo que

sometemos a votación, ya el parámetro general, los corolarios generales son de conocimiento público.

Entonces, lo que queremos es avanzar en la presentación de cada uno y la intervención, porque hay un sinnúmero de personas queriendo intervenir y queremos que un proyecto que está publicado debidamente, que como tal es de conocimiento público, puedan hacer referencia a su articulado desde las concepciones propias de lo que representan. Vamos a darle el uso de la palabra al señor presidente de Sanitas, la EPS, está con nosotros doctor Juan Pablo Rueda, bien pueda doctor, prenda el micrófono ahí, bien pueda.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Juan Pablo Rueda, Presidente de la EPS Sanitas:**

Senador Blanco, muchas gracias, Senadora Paloma, Senador Motoa, señor Viceministro Luis Alberto Martínez y señor director de la Adres. Yo un poco en línea con lo que usted menciona de los proyectos de ley que sabemos que están transitando por esta Comisión, pues yo evidentemente resalto varias cosas, unas que tienen que ver como con la intención de mantener y de la progresividad del derecho de mantener ciertas, ciertos activos que tenemos los ciudadanos colombianos alrededor de nuestro sistema de salud.

Pero yo quiero un poco concentrarme en un par de elementos que hay allí alrededor de los temas de suficiencia del recurso que tiene pues cada colombiano para tener acceso a su plan de beneficios. Estos temas son particularmente vigentes en unos espacios de trabajo que están avanzando en este momento con el Gobierno, con el con el Viceministro Luis Alberto hemos tenido varios espacios de trabajo, justamente alrededor de ello.

Lo que yo quiero es resaltar que cualquiera que sea el modelo que corrija las imperfecciones que podamos identificar en este momento, tiene que ser un modelo que evidentemente garantice que el deseo que tenemos en términos de cobertura de salud, esté correctamente ligado a la financiación y digamos, yo creo, que hay dos temas de particular vigencia que estamos justamente discutiendo con el Gobierno en este momento y tienen que ver con los costos reales de la atención en salud de los colombianos que tenemos después de la pandemia, yo creo que el contraste que hacemos con otros países y el contraste que hacemos con lo que eran nuestros costos de atención desde la pandemia, nos indica que allí tenemos una situación particular.

Y yo creo que cualquier decisión que tomamos hacia futuro con el sistema de salud tiene que garantizar que esto sea así, tenemos en este momento algunas presiones económicas sobre el sistema que son coyunturales y particulares, que tienen que ver con el cambio posterior a la pandemia, pero hay otras que son estructurales y que definitivamente tienen que resolverse. Y el delegado de la Procuraduría mencionaba algo que yo quiero de alguna manera hacer más visible y explícito, y es justamente la

particularidad que tenemos es que las diferencias de los perfiles epidemiológicos que tienen los actores que hoy estamos actuando.

Y finalmente lo que nosotros estamos viendo es que de varios años para atrás, han empezado a darse unos fenómenos de migración de los pacientes con mayores cargas de siniestralidad de unos actores de algunas IPS, de unos aseguradores a otros aseguradores, y esa migración ya ha tomado unas cifras muy relevantes que nosotros, algunas EPS que tuvimos la posibilidad de hablarlo con el Viceministro, se las hacíamos visibles hace poco y son de unas magnitudes que yo creo que requieren de la total atención.

Yo considero Senador, que evidentemente lo que se decida en el legislativo sobre balanceo de las cifras en la financiación y costos reales del sistema tiene que pasar por entender esto, cualquiera que sea el punto al que lleguemos, de forma de financiación tiene que considerar que hay unos grupos de ciudadanos que por sus vulnerabilidades y condiciones de salud requieren de una financiación particular, que esa financiación no se convierta en ningún momento en un obstáculo para garantizar el acceso y su derecho fundamental.

Yo quiero ligar esta situación a algo muy particular y es que justamente en esas conversaciones que hemos tenido con el Gobierno, nosotros desde la EPS Sanitas nos permitimos presentar un análisis de esas asimetrías que hay allí y yo quiero Senador resaltar un poco a ejemplo del riesgo que puede darse si esto no se corrige, la reciente y compleja situación con la intervención de la EPS Famisanar, justamente porque en esos análisis lo que identificábamos es que es una de las EPS top en términos de concentración de esta carga de siniestralidad, es precisamente Famisanar, y yo creo que eso es un aspecto, señor Viceministro, que hay que tener en cuenta en la gestión que vaya a hacer la Superintendencia un poco en el rescate de la situación de Famisanar. Porque evidentemente estas cargas son de tal magnitud que terminan haciendo inviable la posibilidad de que un asegurador pueda desarrollar su responsabilidad con los afiliados.

Y allí para terminar, lo que quiero decir es que más adelante, si persisten las EPS, si persisten modelos de financiación dirigidos hacia CAPS específicamente o hacia quienes manejan las redes de mediana-alta complejidad o si mantenemos la figura de un aseguramiento, si ese aseguramiento no pondera estas diferencias y no garantiza que los recursos acompañen las necesidades de la población, lo que vamos a ver es asimetrías, que lo que hacen es que para algunos actores, su cargues sea casi que no sostenible con los recursos que se designen y para otros, los recursos superan esas cargas que tienen.

Y ese problema de equidad, yo creo que es un problema que ya nos permite identificar porque en algunas ocasiones nos garantizan accesos equitativos para toda la población y realmente yo creo que protege los actores que hacen un buen desempeño en el sistema. Entonces al final yo creo que esos

elementos que hacen parte de estos proyectos de ley que están cursando son muy relevantes, creo que hay que rescatarlos y tengo que hacer también la mención a que no solo hay que rescatarlos en un futuro del sistema, sino que yo creo que son objeto de una acción casi que inmediata del Gobierno, que yo creo que desde el legislativo nos obligamos a tener la atención sobre que eso ocurra efectivamente, para que si vamos a tener un periodo de transición, que corriamos los problemas que tenemos ahora, ese período de transición conserve los actores que tienen un buen desempeño. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Ana María Vesga, Directora de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral:**

Bueno, muy buenas tardes para todos, saludo a la Senadora, Senador, Viceministro Martínez, al doctor Martínez director la Adres y a todos los colegas que nos acompañan hoy.

Gracias por este espacio, creo que la primera consideración que queremos hacer desde ACEMI es la importancia de tener esta conversación sobre la reforma a la salud, en el marco de la Comisión Primera Constitucional, no solamente se trata de un tema de forma, la reforma a la salud en tanto compromete un derecho fundamental y un servicio público, debe tener todos los espacios posibles y la mayor severidad en el análisis y no correr en una reforma que resulte siendo lasciva para los colombianos. Así que esa, digamos, que como punto de arranque creemos que es la forma correcta en la que se tramita y en la que se debería tramitar una eventual reforma a la salud.

De ambos proyectos rescatamos esencialmente la defensa del modelo de aseguramiento, que es finalmente lo que ha permitido que durante estos 30 años que el 98.8 de la población tenga cobertura en salud. Rescatamos también que sea este uno de los países con uno de los gastos de bolsillo más bajos y que esa protección financiera, solidaria y continúa que se ha ofrecido a los colombianos, haya permitido por ejemplo que durante la pandemia ninguna familia se haya siniestrado para atender la atención de COVID.

Entonces creemos que es mucho lo que se ha avanzado en el sistema, y creemos también que cualquier reforma que se pretenda, el sistema debe partir de lo construido y reconocer que ha habido avances preservando el modelo de aseguramiento, incentivando y protegiendo la participación del sector privado, que dicho sea de paso ha permitido enormes avances en calidad e innovación para el sistema de salud.

Creemos que esa forma debe mejorar el acceso efectivo en todo el territorio, más allá digamos de las consideraciones netamente políticas y geográficas en un territorio tan asimétrico como el nuestro, que desde luego debe promover la formación de talento humano, como bien lo mencionaron hace un momento, no solamente en términos de

vulneración sino de incentivo y proyecto de vida y cómo logramos que ese talento humano llegue de forma equitativa a todo el territorio. Y sobra decir que todo el enfoque de prevención y promoción de la salud es la dirección correcta del avance de un sistema, que como todos los temas son perfectibles, no son perfectos y tienen siempre la posibilidad de mejorarse.

Colombia no es ajena a los retos de financiamiento, a los retos de acceso que tienen otros sistemas en el mundo, hay que decir que incluso sistemas que son más avanzados o que llamamos más avanzados, tienen más restricciones que el nuestro. Cuando miramos el plan de beneficios que tiene nuestro país, la eficiencia que alcanza nuestra UPC en promedio con el gasto en Europa o el gasto en Estados Unidos, encontramos que realmente hacemos milagros, por no decirlo menos.

Los retos son reales, tenemos una población que envejece, tenemos una población con aumento de carga de enfermedad, especialmente en pacientes crónicos que está impactando de manera directa el gasto en salud de las EPS. Tenemos un PBS que, como lo dije, no solamente es amplísimo, sino que todo lo que no está cubierto por la vía de la tutela termina siendo cubierto y un PBS que cada vez, y digamos lo vemos en la tendencia de los recobros, lo hemos visto también en la tendencia de los presupuestos máximos, sube y sube, entre otras razones porque este es uno de los pocos sistemas de salud que también absorbe todo el gasto socio-sanitario, un sistema que está asumiendo el Sistema Nacional de Cuidado en una población que se está envejeciendo.

Entonces, por esta vía el sistema de salud cubre cuidadores, pañales, muletas, viajes, viáticos, alojamiento y sea está la oportunidad, Senadora, para pensar que una conversación que tiene pendiente el país es precisamente ese sistema socio-sanitario que debería correr en paralelo, pero no incluido en el presupuesto del sistema de salud.

Decir también y de manera directa, como ya se ha hablado, toda la carga de enfermedad derivada de esos determinantes sociales que resultan finalmente de una baja articulación de los sectores que tienen responsabilidad sobre ello, mencionaban hace un momento que el caso de Guajira, el delegado de la Procuraduría, es real, muchas de las enfermedades, muchas de las condiciones de salud se originan no en causas propiamente de salud, sino en falta de agua potable, en baja alimentación, falta de infraestructura para poder atender o acceder a los servicios de salud y en general, condiciones de sanidad.

Entonces tenemos un reto como país, como cualquier otro país, repito con un sistema relativamente avanzado, tenemos adicionalmente la presión de la tecnología, tratamientos de alto costo, tratamientos que ofrecen curación, cuál es la conversación de este país alrededor de la absorción de esa innovación y esas nuevas tecnologías en un PBS que luce prácticamente infinito.

Así que la conversación de fondo no es una conversación de si persisten o no persisten las EPS, nos hemos gastado ya prácticamente un año en los debates previos y posteriormente en la Comisión Séptima explicándole al país que esa no es la discusión de fondo, el ente articulador en el sistema es hoy por delegación la EPS que en un modelo de aseguramiento ha asumido de manera inescindible una gestión de riesgo en salud y una gestión financiera del sistema. Creemos que cualquier cosa que rompa ese modelo, amenaza no solamente al usuario, rompe la continuidad de su atención, sino que pone en peligro el presupuesto y las finanzas de la salud.

No puedo terminar sin referirme, ya lo dijo el doctor Rueda de Sanitas, que estamos viviendo una coyuntura particular, creo que en buena hora iniciamos con el Ministerio de Salud y también hicimos lo propio con la Adres, unas mesas de revisión, no solamente de los cálculos de la UPC, que finalmente y lo que se ha venido encontrando al interior de las EPS, y que repito, en buena disposición ha recibido y escuchado el Viceministerio de Protección Social, es el resultado de una UPC que no está siendo capaz de absorber las dinámicas de gasto, que tampoco cuenta con mecanismos de ajuste que de manera oportuna puedan reaccionar frente a esos factores que afectan de manera rotunda y visible el gasto en salud.

Tenemos también dificultades en lo que refiere a deudas que aún no han sido presentadas para auditoría o reconocidas por la Adres. Resolvimos ya la semana anterior del pago de los presupuestos máximos de tres meses que estaban pendientes, estamos atentos a conocer cuál será la fuente de financiamiento para los meses de noviembre y diciembre. Pero en general, tenemos también cuentas pendientes por recobros, por atenciones de COVID, que no deberían suceder.

La realidad es que las EPS con una UPC insuficiente y con un problema, sumado a este de caja, de liquidez, pues lo que tienen es una situación hiperestresada que nos lleva a situaciones como la que vivimos la semana anterior, con la intervención de Famisanar, y ojalá no vengan más. Entonces el sistema está estresado, los usuarios dentro del sistema están estresados, en la medida en que logremos tener esta conversación desprovista de ideología, de carácter político, pensando si bien en lo que requiere el sistema, creemos que todos hacemos una gran contribución y esa es desde luego el aporte que desde todas las aseguradoras representadas en ACEMI mantenemos y mantendremos siempre en este debate, gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Carlos Augusto Chacón, Instituto de Ciencias Políticas:**

Presidente, muchas gracias. Mucho gusto, es un placer saludarlos, les agradezco mucho por esta oportunidad que me dan de participar en la Audiencia Pública. Rápidamente, Presidente,

pues indudablemente reconocer los avances de estos proyectos de ley, el enfoque que tiene que es precisamente resolver una serie de problemas del sistema de salud, nadie ha negado que no existan problemas, lo que hemos visto problemático desde el Instituto en el marco de las audiencias públicas en las que hemos participado y en las que hemos presentado nuestros comentarios, así como la Mesa del Observatorio Legislativo que desarrollamos aquí en el ICP con varios miembros del Congreso la República, UTL, representantes de las EPS y de los pacientes, etcétera.

Pues hemos encontrado que es necesario enfocarnos en unos problemas y creo que estos dos proyectos de ley, en buena hora lo hacen, hay que partir por una premisa fundamental y es que efectivamente pues Colombia, el Estado tiene un sistema muy importante, porque es un modelo de competencia regulada, en donde el Estado cumple unas funciones de definir todas las reglas de juego para los agentes de ese sistema y es el principal responsable de supervisar y sancionar a los agentes de ese sistema, por lo tanto, muy importante enfocarnos en esas fallas del Estado, antes de partir con un desarrollo legislativo que lo que pretende es poner todas las fallas únicamente en las EPS o en el sector privado que hace parte de este sistema.

Claramente, aquí es muy importante y además hay que recordarlo, pues la UPC y el plan de beneficios son definidos por el Ministerio de Salud y están sujetos a actualizaciones periódicas de acuerdo a las vías de retroalimentación del sistema.

Nosotros haremos llegar a esta Comisión el documento que elaboramos en abril de este año, producto de estas mesas de expertos y de las conversaciones que tuvimos con varios Congresistas y expertos en estos temas, por supuesto necesitamos identificar cuáles son esas fallas del Estado, cuáles son los incentivos perversos que dan lugar a la corrupción y a la ineficiencia que puede tener el sistema y los problemas en la arquitectura institucional y reconocemos que estos dos proyectos de ley hacen un gran esfuerzo de aproximación en ese sentido, que no crean incentivos perversos y ya me voy a referir a ello y que efectivamente, pues también toman con mucha cautela la preocupación que se había expresado desde distintos sectores con el proyecto de ley del Gobierno, respecto a ampliar la carga burocrática de la arquitectura institucional, lo que ponía en riesgo el sistema por la politización y el clientelismo.

Básicamente revisaba los proyectos de ley, creemos que hay algunos aspectos en los que hay que hacer énfasis, que los tienen claramente y creemos que es importante profundizarlos. Lo cierto es que es necesario que el desarrollo legislativo en esta materia se oriente a superar la fragmentación del sistema a través de canales de comunicación sólidos entre prestadores y promotores de salud, esa ineficiente comunicación entre las EPS y las IPS genera fragmentación en el sistema, para superarlo pues se debe mejorar esos canales de comunicación,



establecer acuerdos contractuales homologados, para la contratación de la red de prestadores. Esto permitirá que los pacientes no enfrenten dificultades para acceder a los servicios de salud en los casos de emergencia o situaciones urgentes, incluso si la IPS no tiene convenio con su EPS.

Esto también implica, como segundo punto, mejorar la articulación y los sistemas de información, fortalecer esos canales de información y la competencia alrededor de las EPS para mejorar la relación entre médico y paciente, esto tiene que tener un componente muy importante respecto a la mejoría de los sistemas de información para reducir el trámite de autorizaciones de procedimientos y medicamentos ante las EPS. Estos problemas están muy centrados en la enorme burocracia y las demoras en la obtención de las autorizaciones para procedimientos médicos o medicamentos, por supuesto tiene que estar establecido cuál es ese procedimiento con absoluta claridad y quiénes son los responsables, pero hay que mejorar esos sistemas de información utilizados por las EPS para agilizar los procesos de autorizaciones, desarrollando sistemas de autorización de órdenes médicas más eficientes que permitan a los médicos y a las EPS comunicarse de manera ágil y efectiva, sin involucrar innecesariamente al paciente en la obtención de autorizaciones.

Por otra parte, establecer mecanismos de valoración de la satisfacción del paciente, es importante medir la satisfacción del paciente frente a la atención recibida en las consultas externas y en los diferentes niveles de atención en el sistema de salud. Para ello, las EPS pueden y se debe orientar y hacia allá cualquier reforma institucional, implementar mecanismos de evaluación y seguimiento, desempeño de las entidades del sistema para identificar las oportunidades de mejora y tomar acciones correctivas para garantizar la atención de calidad.

Ambos proyectos buscan actualizar la UPC y es muy importante porque reconocen la necesidad de incorporar factores de ajuste de riesgo para reflejar las condiciones de salud de la población, ambos proyectos también contemplan un componente variable en la UPC, basado en resultados de gestión, sin embargo, pues ambos difieren en algunos detalles específicos sobre cómo se calculará y gestionarán estos componentes y cómo se financiarán ciertos servicios y tecnologías de salud, pero es muy relevante que se reconoce la importancia de actualizar la UPC.

Por otra parte, pues creo que es importante una reflexión profunda en el marco de estos proyectos de ley, lo mismo que sucedía con el del Gobierno y es el de permitir la integración vertical en donde sea oportuna, es decir, donde se reduzcan los costos y se muestre que es más eficiente permitir esa integración vertical. Es importante recordar que la integración vertical en Colombia sido castigada por la legislación desde la reforma a la Ley 1122, por lo que se debe ser cuidadoso en su implementación,

pero tampoco puede satanizarla al punto que no se permita.

Como quinto punto, promover la entrada de nuevas IPS y EPS en las regiones con escasa oferta, es necesario mejorar la infraestructura en las zonas apartadas mediante mecanismos tributarios como el fortalecimiento de obras por impuestos y otros incentivos tributarios para construir hospitales. Como sexto punto, fortalecer la infraestructura sanitaria hospitalaria construyendo en aquellas zonas apartadas donde no hay oferta de servicios para garantizar el acceso a la atención médica a la población.

Esa indexación de la UPC tiene que ser mucho más precisa para garantizar una cobertura adecuada de los costos de medicamentos y procedimientos en el sistema de salud, esto implica revisar y ajustar periódicamente esa UPC para garantizar cubrir los gastos financieros del sistema y evitar la insuficiencia de recursos que puede afectar la calidad de servicio.

Y un tema muy importante, si bien en los proyectos de ley no se toca, ayudar a actualizar la UPC también contribuye a resolver problemas como el desabastecimiento de medicamentos, es un componente importante en la financiación de los servicios de salud, incluyendo la adquisición de medicamentos, por eso es tan importante estas aproximaciones que ya se empiezan a hacer con estos proyectos de ley.

Por otra parte, la necesidad de que, aunque no se tocan en los proyectos de ley, sí vemos con preocupación una tendencia en el país respecto al control de precios de los medicamentos, creemos que es necesario que se incorporen y se definan mecanismos mucho más efectivos para identificar los impactos que tiene el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos. Valorar en estos dos proyectos de ley, por otra parte, que no se pretende transformar la arquitectura institucional para crear nuevas estructuras burocráticas que puedan poner en riesgo el sistema de salud de ser politizado y objeto de clientelismo, esto es de la mayor importancia porque una arquitectura compleja, burocratizada y politizada tiene implicaciones en la planificación de la política de salud, tanto en la prevención como en la atención curativa y la asistencia en salud.

Otro de los puntos es que ninguno de los proyectos de ley aborda la implementación de compras centralizadas de medicamentos del Estado, es importante porque en el proyecto de ley ordinaria el Gobierno se planteaba este mecanismo, que es riesgoso y problemático, porque puede llevar a una integración vertical solo desde el Estado y además podría perjudicar los mecanismos de comercialización y distribución de medicamentos existentes. Por eso es tan importante que cualquier esfuerzo que se haga en ese sentido, se oriente a mantener la competencia y a reconocer los riesgos de permitir que el Estado se convierta en el único abastecedor de medicamentos, tratamientos e

insumos para el sistema de salud, lo que conllevaría a mayores costos.

Y por último, un llamado muy importante a que los ponentes y los Congresistas en la Comisión tengan en cuenta la necesidad de reforzar todas las protecciones, y todas las garantías de protección a los derechos de propiedad intelectual, vemos con preocupación que desde el Gobierno se pretenda utilizar la figura de las licencias obligatorias para desconocer los derechos de propiedad intelectual, vulnerando incluso la normativa de la Comunidad Andina, en este sentido, y arriesgando precisamente la disposición de los medicamentos en el largo plazo, todo por unos eventuales requerimientos que el Estado tiene apelando al bien público, pero sin que se cumpla con los requisitos que la legislación y que el ordenamiento jurídico de la Comunidad Andina ha establecido, en este sentido.

Por eso hacemos un llamado muy especial a que se tenga en cuenta la necesidad también en estas iniciativas legislativas, reforzar las garantías para que en el país pues obviamente mantengamos un sistema de competencia que privilegie la libre elección de los ciudadanos que es fundamental en un sistema de salud competitivo como el colombiano, que ha demostrado mejorar en el tiempo de manera sostenible y, por el otro, entender que papel del sector privado es fundamental para garantizar la calidad en el servicio. Así que, con esas puntualizaciones, señor Presidente, agradezco el espacio de esta intervención.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana María Clara Escobar, Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo:**

Buenas tardes, señor Presidente, gracias, ¿pueden oírme bien? Perfecto. Bueno, buenas tardes, hoy vengo en representación de Afidro, Afidro es el gremio que agrupa la industria farmacéutica de innovación, la cual ha estado comprometida con el país por más de 100 años, nuestras 29 compañías afiliadas provienen de Norteamérica, Europa, Japón, Australia y Sudáfrica, y nuestros medicamentos innovadores llegan hoy en día a todos los rincones del país.

Desde nuestro punto de vista, el mayor logro de nuestro sistema de salud es que les ha permitido a todos los colombianos acceder a tecnologías farmacéuticas de punta, sin importar su nivel socioeconómico, su condición social o su ubicación geográfica. Hoy en día todos los colombianos contamos con tratamientos de vanguardia que reciben perfectamente otros pacientes que viven en países desarrollados y todo esto sin tener que pagarlo de su bolsillo o poner en riesgo el patrimonio de su familia para cubrirlo.

La reforma al sistema de salud que está proponiendo actualmente el Gobierno nacional fue estructurado bajo una lógica que responde exclusivamente a la voluntad de desaparecer la gestión de recursos financieros por parte de las

aseguradoras y desconoce muchos otros procesos que soportan un sistema que a todas luces es funcional y que opera con bastante fluidez. El sistema cuenta con una arquitectura que permite poner a los pacientes en el centro y es por eso que nos preocupa mucho que se puedan generar alteraciones en la prestación de servicios, en la ruta del medicamento por todo el sistema y por supuesto, que se ponga en riesgo la seguridad y el bienestar de los usuarios.

La adquisición de medicamentos y su coordinación para que los colombianos lo reciban de manera oportuna, no es una tarea para nada fácil, pero lo cierto es que hoy en día existen actores y procesos que permiten generar eficiencias en el sistema como un todo, la reforma este Gobierno presenta un altísimo grado improvisación y deja para nuestra industria importantes preguntas sin resolver, como por ejemplo, quién realizaría las compras de medicamentos, cuenta el país, por ejemplo, y las regiones con sistemas de información que se requerirán para una labor tan titánica como la que se plantea. Nosotros consideramos que un sistema atomizado como el que se propone, podría poner en riesgo, además de muchos otros factores, la sostenibilidad financiera de este sistema.

Ahora bien, cuáles son los grandes retos que nosotros consideramos que enfrenta actualmente nuestro sistema, definitivamente la transformación del Invima, la situación de la entidad como todos saben es muy preocupante, hoy en día existen más de 27.000 trámites rezagados, registros sanitarios, renovaciones y modificaciones y pues el mensaje principal más que hacer un diagnóstico de esto, es decirles que nuestra industria está lista para apoyar el fortalecimiento y la reingeniería de esta entidad, y apoyar en la modernización y la inteligencia regulatoria desde el punto de vista tecnológico y humano.

Nosotros también estamos prestos a colaborar para que el Invima tenga en cuenta estándares internacionales y cooperación internacional que nos permita avanzar de manera que los medicamentos innovadores lleguen a manos de los colombianos, como ocurre en otros países, nosotros podemos ser grandes aliados para que el Invima implemente buenas prácticas y mecanismos de confianza, para que se tome en cuenta información de otras agencias regulatorias de referencia, como la EMA que es la europea, la FDA la estadounidense y otras agencias de la región latinoamericana.

Existe hoy en día el caso de medicamentos que ya han sido aprobados en otros países de América Latina, sino en todos y que aun en Colombia no lo han sido y en muchas ocasiones el tiempo de aprobación de un medicamento en el país es cuatro veces mayor al que está definido por la norma.

Otro de los grandes retos es el fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, que es el llamado IETS, esta es la entidad que adelanta las evaluaciones económicas de los medicamentos y hace recomendaciones al Ministerio de Salud, es muy

muy urgente avanzar en el fortalecimiento de este, porque al país hay que garantizarle, y sobre todo a los pacientes, evaluaciones técnicamente rigurosas e independientes, la adecuada determinación del valor terapéutico permite tomar decisiones en política pública con base en la mejor evidencia disponible y esto repercute en la sostenibilidad financiera del sistema.

Es importantísimo también garantizar resultados en salud, el país definitivamente debe mejorar en la medición de los resultados en salud, que no es otra cosa diferente a entender cuáles son los logros que se están teniendo como país con la inversión que hacemos. De hecho, y esto es muy importante, el país debería comenzar a ver el medicamento innovador como una inversión en el sistema de salud.

Los medicamentos de innovación impactan positivamente no solamente al paciente, sino a toda su familia, a los cuidadores e incluso en el mediano y en el largo plazo generan ahorros para nuestro sistema. Esto permite que los colombianos mejoren su estado de salud, aumenten sus años productivos y esto a su vez, genera impactos importantes en el desempeño de la economía nacional.

Por último, otro gran reto es el ampliar digamos el acceso de salud en las regiones apartadas, esto es un desafío en el que yo creo que todos coincidimos y definitivamente, es una es una prioridad para todos, sobre la que tenemos que encontrar maneras innovadoras de actuar.

Quiero decirles entonces que reconocemos la importancia de los temas que hoy se ponen en discusión en este espacio a través de los dos proyectos de reforma que se están revisando y que muestran que estos partidos reconocen los avances que ha tenido el sistema de salud de los últimos 30 años. Desde Afidro también valoramos aspectos como un sistema mixto con libertad de elección del asegurador parte de los ciudadanos, una UPC diferencial por condiciones de salud y geografía, el giro directo sin que se desnaturalice la función del aseguramiento, el contar con redes integrales de salud a cargo de los aseguradores, un sistema de salud que tenga en cuenta que el riesgo en salud o que tenga en cuenta el riesgo en salud y riesgo financiero, el fortalecimiento, la necesidad de fortalecer el talento humano en salud, la garantía de la autonomía médica, que según la ley estatutaria en salud le permite a los profesionales tomar las mejores decisiones para sus pacientes, basados en su criterio médico.

Para terminar, entonces quiero invitarlos a que construyamos en conjunto, pues un mejor sistema, que conversemos entre nosotros, nosotros creemos que una gran lección que aprendimos durante la pandemia es que las cosas se pueden hacer cuando hay suficiente voluntad y unión. Y creemos que debatir sobre este sistema nunca estará de sobra, pues las discusiones con argumentos sólidos y la pluralidad siempre enriquecerán lo que tenemos.

Afidro representa el sello de calidad, de seguridad y eficacia que todos los ciudadanos del país merecen en igualdad de condiciones y esto es algo que no debemos poner en riesgo, pues por encima de las consideraciones políticas e ideológicas, está la salud de los colombianos. Muchas gracias Presidente.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Juan Carlos Giraldo, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC):**

Señor Presidente, muy buenas tardes, muchas gracias a usted, a la Comisión Primera, a los señores y señoras Senadores y ponentes este par de proyectos de ley estatutaria. Muchas gracias por permitirle al gremio de los prestadores de servicios de salud públicos y privados de este país expresar sus opiniones en esta Comisión.

Lo primero que debo decir es que la mejor manera de encontrarnos en este debate es usar una técnica que nosotros venimos proponiendo es la doble aceptación. Aceptemos que tenemos grandes avances en el sistema de salud, pero aceptemos que tenemos enormes dificultades. Cuando uno mira las coberturas se encuentran en el 99%, uno dice –es un gran avance–, pero encuentra que la cobertura efectiva o eficaz es del 74%, usted encuentra que hay un reto de acceso, continuidad y coordinación.

Cuando ve que se gasta el 7% del PIB y 83 billones circulan, encuentra que es un gran logro, pero también entenderá que todos los temas de cartera crónicos, refractarios, crecientes que no se resuelven y que afectan al sector prestador, muestran que hay un problema en la administración de los recursos. Cuando encuentra los indicadores macro de la epidemiología, que en las curvas nacionales disminuyendo muestra las bondades del sistema. Pero cuando se va por región, por género, por nivel de ingreso, usted encuentra la cara de la desigualdad en el sistema de salud.

Y así con las métricas, lo mismo con la gestión del riesgo, una gran evolución en lo teórico y en la práctica enormes dificultades en transferencias de riesgos, tutelas por PBS, listas de espera, liquidaciones de EPS y otra serie de asuntos que descargan todo el riesgo o en la sociedad o en el Estado, en los gobiernos o en las instituciones de la vida real con los ciudadanos. Entonces, si uno tiene esa doble aceptación, uno tiene la facilidad de dar un debate sobre si se necesita o no una reforma.

Creemos nosotros que, si se necesita una reforma y viendo la coyuntura, pues encuentra que hay más razones para desearla, una reforma que sea una nueva forma, que permita que las buenas formas se mantengan, pero que podamos conseguir evoluciones dentro del sistema. Nosotros tenemos idea sobre eso y las hemos presentado y voy a dejar en Secretaría un grupo de documentos para los Senadores y Senadoras de la Comisión. Nosotros la denominamos “La ruta lógica hacia una salud progresiva” y hay 4 pasos.

Primero, una formulación inteligente que parta lo que tenemos, que avance en los que está rezagado

y que mantenga lo que está avanzado. Lo segundo, una redefinición de fronteras con todos los binomios de financiación, acceso, de plan de beneficios y otra serie de variables. Lo tercero, que tenga una transformación de los roles de los actuales agentes, transformación donde proponemos que haya cambios en el papel de las EPS evolucionando a administración regulada, cambia el papel de las IPS juntándonos para crear redes integradas de servicios, cambios en el papel de la Adres convirtiéndola en una maestra de información, acumulador de riesgos y de recursos y nuevos papeles para las entidades territoriales. Y, por último, en esta metodología, tener unos cambios en el relacionamiento y el poder dentro del sistema de salud, usando más la tecnología y teniendo una serie coadyuvantes para dar más transparencia.

¿El tercer punto cuál sería? Si ya hay propuestas, nosotros si tenemos que hacer una declaración, un credo acá y es que a pesar de que el esquema de aseguramiento ha sido menoscabado por el comportamiento de algunos agentes, nosotros creemos que en Colombia tiene que seguir teniéndose un esquema de aseguramiento, entendido como la resultante de una sumatoria de factores que arrancan desde impuestos generales, cotizaciones, UPC, plan de beneficios en salud, red integrada de servicios, talento humano en salud, papel de los administradores regulados y del Gobierno y de la vigilancia y control. Creemos en ese aseguramiento y lo tenemos que promover.

Con respecto a los proyectos de ley y la invitación de ustedes, tengo unos comentarios que creemos que son destacables de los dos proyectos de ley y unas observaciones u oportunidades de mejora que queremos plantear. Con respecto al 086, lo primero y lo destaco, en el capítulo de gobernanza se crea el Consejo Nacional de Salud, 8 tipos de institucionalidades están allí representadas, este es un avance para recuperar lo que hacíamos con Consejo Nacional de Seguridad Social en salud.

Lo segundo, en el tema la gestión integral del riesgo en salud, veo que ustedes adoptando la línea de la Organización Mundial de la Salud tienen una muy buena y adecuada definición sobre la gestión integral del riesgo, que inclusive trae al papel de las administradoras de riesgos laborales, eso es muy positivo. Nos preocupa que se hacen responsables a todos los agentes y en algunas redacciones parece que confunde con la definición de gobernanza y rectoría.

Lo tercero, el aseguramiento se describe y hace explícito los componentes de la UPC, tanto los fijos como los variables y lo más positivo es que habla de resultados sanitarios e inclusive el premio lo traslada hasta las IPS. Con respecto al giro directo, de entrada, es un reconocimiento al papel que cumple la Adres, eso es positivo, pero creemos que tiene que resolverse la duda si es sobre el 90% de los recursos de la prestación, sobre el 90% de los recursos totales, creemos que esta segunda es la opción.

Sobre el modelo atención, se habla de una población que debe ser adscrita a un prestador primario con existencia de complementarios y centros de excelencia, las redes son mixtas, público, privado y mixto, eso muy valioso de este proyecto. Se fortalecen las empresas sociales del Estado con un plan decenal, se crea el Fondo de Garantías, una gran petición desde hace décadas, no exagero al decir décadas de este sector prestador con un fondo de salvamento, un fondo de garantías, un seguro de acreencias un régimen de insolvencia. Sugerencia, que se esclarezca cada uno de esos puntos para saber cuál es la funcionalidad de todos ellos.

Y, por último, positivo, que se regulen los conglomerados empresariales y que haya medidas ante evasión y ante elusión. Con respecto al Proyecto 005, muy positivo, que haya explícito el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, incorporado el concepto de rentabilidad social. Además, destaco que aquí se incluyen otros sectores, como lo hemos pedido muchas ocasiones, como el sector de educación, es decir, es un concepto más amplio y además se crean UPC especiales.

Lo segundo de este proyecto, las actualizaciones las UPC, dice textualmente: “se financiarán todos los servicios y tecnologías en salud que se utilizan y prescriban en el país” ese punto es positivo, pero ojo tiene que quedar claro que va a haber progresividad, que la tecnología se va a poder incorporar, que hay una senda para la ampliación de ese plan de beneficios para que no quede petrificado con la expedición de la ley, con solamente lo que está en el país, hay que dejar que se abra la puerta para que llegue la actualización.

Con este plan, con esta actualización se va a hacer con el IPC, la pregunta es con cuál, el IPC general o el IPC de salud, por qué no pensar en un índice de precios al productor. Se dejan aparte las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, muy valioso porque nos tenemos que concentrar en la discusión de cuáles son las fuentes de financiación y cómo las vamos a conseguir.

Y, por último, el giro directo también acepta el papel de la Adres, pero se mantiene como una sanción a los que están incumpliendo, eso es algo igual a lo que ya tenemos. El último punto que destaco de este proyecto es el piso mínimo salarial, muy buena noticia para el talento humano en salud, incrementado por IPC, no sé si debería ser sobre otra serie de variables o si dentro del sistema, como el propio salario mínimo y además va a estar costado que es para una discusión grande.

Ahora los contenidos, señor Presidente y señores Senadores, que nosotros queremos que se pueda volver sobre ello para dar una discusión. En el 186, en el artículo 1° se dice claramente que esta ley desarrolla la 1751, entonces si es una reglamentaria de la estatutaria, es una ordinaria, ustedes son los expertos en la técnica legislativa y son los que deben dilucidar este asunto.

Lo segundo, en el artículo 2º que no se confunda la coordinación de las políticas de determinantes sociales en salud con la obligación o responsabilidad en cabeza solo del sector salud, entendemos el sentido, pero la redacción es un poco confusa y pareciera quedar en cabeza del sector.

Lo tercero, si las EPS responden por el riesgo financiero, que vemos las dificultades que hay hoy para hacerlo de manera completa, este artículo significa con esa declaración que entonces se tienen que capitalizar totalmente hoy, que tienen que nutrir los patrimonios hoy y, por lo tanto, se debería exigir un paz y salvo. Eso es faltante en este artículo. Con respecto a las redes conformadas por las EPS, nosotros tenemos nuestra duda, cómo garantizar la libertad de elección cuando la red es conformada por la EPS. Eso es lo que tenemos hoy, deberíamos dar una oportunidad para que todo lo que hace el talento humano en salud y las IPS que los hace ser diferentes consiguiendo resultados sea lo que se premie y no solamente lo que quede dentro del directorio de una EPS, ahí no hay una verdadera libertad de elección.

Con respecto a la gestión integral de recursos en salud, la gestión del riesgo individual es de la EPS, señoras y señores Senadores, nosotros hacemos gestión clínica, hacemos una técnica asistencial, pero la EPS hace otras cosas como las caracterizaciones, las investigaciones, los requerimientos poblacionales. Eso trascienden nuestra competencia y queda algo confuso en la redacción de este texto, esa competencia solo pareciera que fuera en cabeza de las IPS. Los centros de excelencia, creo que aquí hay una confusión, los centros de excelencia no pueden confundirse, el centro de excelencia es una entidad que ha conseguido resultados, que tienen curvas de aprendizaje, que tienen resultados superlativos en calidad y en desenlaces, no se puede confundir con primario o complementario el centro de excelencia, porque los primarios y complementarios a su vez pueden ser centros de excelencia, si consiguen resultados. Es una es una sugerencia para la redacción.

Las empresas sociales del Estado lean el texto, la duda sobre si es que vamos a avanzar a más liquidaciones y fusiones, otra vez, eso ya lo hemos ensayado, no nos ha dado mucho resultado. Yo creo que hay que dar una discusión con datos sobre donde efectivamente se necesitan subsidio a la oferta en muchas partes del país y traigo tres nombres de servicios que quiero que queden acá: ginecoobstetricia, pediatría, salud mental. Son servicios, independientemente de que sean públicos o privados que tienen que fomentarse dentro del sistema.

Comentarios del 005, pareciera que la gestión integral del riesgo en salud es el medio para materializar el derecho a la salud en el proyecto, Senadora, pareciera que es el único medio para lograrlo, yo creo que esa es una reducción que debería corregirse, reconociendo todas las otras funciones que cumplen los diferentes agentes del sistema, porque o sino pues uno dudaría sobre si

esto necesita una ley estatutaria para esa definición o podría cumplirse con un tema ordinario o de reglamentación en el poder ejecutivo.

El segundo punto de comentario, la libertad de elección ya lo dije, concentrada en las EPS, yo creo que aquí podemos hacer el ensayo, lo mismo que en el otro proyecto, en el 086, de mejorar ese tema. Con la integración vertical no estamos de acuerdo con esta reacción, porque vuelve más laxo lo actual, permite que se haga en la totalidad la baja complejidad, mantiene el 30% en la media y en la alta, pero además, abre la posibilidad para que en media y en alta en sitios donde no existe cierta oferta, se puede hacer por integración vertical, llevamos 30 años y eso no ha sucedido. No creo que haya nada que nos indique que va a cambiar.

Por lo tanto, se debería buscar con respecto al tema integración vertical, que cada uno haga lo que sabe hacer, una especialización de los roles, la política anti-integración vertical nos evita las zonas grises, la opacidad que hay en el sistema, que ayude a crear verdadera libertad de elección y que sea una medida pro-competencia basada en valor.

Termino con lo de los salarios, nos parece que es una intervención estatal fuerte, pero le falta allí la parte de cómo se va a financiar esta obligatoriedad. Termino con lo siguiente, señor Presidente, ustedes más que nadie saben, ustedes son los dueños de la técnica legislativa y de la iniciativa legislativa parlamentaria, la ley estatutaria es exigente, su trámite y aprobación, cambiarla después va a exigir un trámite muy serio, muy complejo, que no siempre se hace en cada legislatura, por lo tanto, llamo a la reflexión sobre algunos de los temas que de pronto no son estatutarios, por ejemplo, las funciones de un agente hoy deben ser ley estatutaria para el futuro, el nombramiento de gerentes, un sistema de información de talento humano en salud, un Ministerio en Hacienda más intervencionista en el diseño de la UPC, eso es una ley estatutaria, la tipología de las empresas sociales del Estado, la prohibición de la tercerización laboral y hasta en múltiples normativas es necesario que pase por una ley estatutaria, nos da mucho miedo que se petrifique la legislación y que después no seamos capaces de cambiarlo.

Mi conclusión, tienen un trabajo difícil ustedes, ojalá avance muy bien en una doble armonización, armonizar este texto con la ley estatutaria ya existente y armonizar este texto con las eventuales reformas o leyes ordinarias. Termino diciéndole a ustedes que les voy a dejar un conjunto de documentos...

**La Presidencia concede el uso de la palabra a la honorable Senadora Paloma Valencia Laserna:**

Doctor Giraldo, lo voy a interrumpir antes de que usted termine, porque me gustaría escucharlo, yo entiendo lo de la libertad de elegir y concuerdo, porque yo creo que, entre más libertad, mejor. Ahí el problema es que, si el paciente elige cualquier centro hospitalario, usted tiene el problema de que la EPS no tenga acuerdos, sobre todo por cuál es

el precio al que le paga y eso no es un tema menor, porque entonces todo el mundo le puede decir –no, yo quiero tal clínica–, que ya está llena y cómo hace usted para organizar la red.

Entonces quería preguntarle un poquito si nos puede desarrollar ese tema y concuerdo sobre temas estatutarios que habría que revisar cuáles si quedan y cuáles no, pero...

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Juan Carlos Giraldo, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC):**

Muchas gracias Senadora, la conversación sobre formación de precios y tarifas en el sistema es una conversación bastante larga que la podemos ver y la podemos aportar toda esta información y conocimiento que nosotros tenemos.

Me remito el tema de la libertad de elección, ¿qué ha sucedido acá? Nosotros precisamente pensando en las dificultades, en la disponibilidad de oferta y en la completitud de las redes le permitimos a las EPS que hicieran su diseño, de acuerdo a lo que ellos consideraran, ¿qué es lo que yo le estoy proponiendo acá? Ese de acuerdo a lo que ellos consideraran debería tener una evolución y de acuerdo al asentamiento territorial y al año poblacional que se pueda promover una competencia entre los diferentes agentes prestadores de servicios que existen en esa región, de acuerdo a los resultados y a las mejores prácticas y mejores desenlaces que han podido conseguir, de manera que, Senadora, los que siempre se destaquen y siempre consigan resultados, obligatoriamente tengan que estar dentro de ese menú o esa lista que le presenta la EPS a la población.

Eso no lo hemos visto hoy, si bien es difícil que haya libertad de elección entre EPS, porque lo que más hemos visto hoy acá es que las movibilidades poblacionales se dan cuando alguna de las EPS cae y se le moviliza una población hacia allá o se asigna, no hemos visto que haya un gran movimiento de la gente que está informada índice y dice –me voy para tal entidad, porque tiene tales desenlaces, tales resultados, tal tamaño de la red, está más cerca, me da estos tratamientos–, no, ha sido la competencia muy cerrada y se ofrece algo allí.

¿Que cómo son las negociaciones?, a mí me parece y esto lo puedo dejar acá encima de la mesa, en el sistema nada más podido avanzar a que haya un análisis económico más evolucionado, estamos hablando de análisis costo mínimo, no estamos hablando ni siquiera de análisis costo beneficio o análisis costo impacto, que debería ser la devolución moderna de este tema para la formación de precios y tarifas dentro del sistema.

Creo que ahí le respondí una parte, pero le podemos adicionar otras cosas a la respuesta, termino diciéndole a ustedes les entrego estos documentos, señor Presidente, quedan en la Secretaría para todos ustedes y termino con una cuestión de actualidad, yo creo que el Gobierno, y aquí está el señor Viceministro, un plan de choque

tiene que haber en este momento, tiene que haber un plan de choque y la secuencia es: crisis, transición y reforma. Tenemos que aceptar que hay una crisis en este momento, tenemos que crear una transición con medidas como liberación de reservas técnicas, giro directo universal, ampliación de líneas de crédito como las de Findeter y tenemos que avanzar a una reforma, porque vuelvo y reitero, el peor escenario es quedarnos igual a cómo estamos en este momento. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano David Francois Georges Bardey, Profesor Universidad de Los Andes:**

Muchas gracias Presidente, y muchas gracias a la Senadora Paloma Valencia, por darme la oportunidad de compartir algunas ideas sobre su proyecto de ley y el sistema de salud en general. Voy a entonces a hacer estos comentarios y voy a desarrollar 5 puntos, 4 muy relacionados con el proyecto de ley de la Senadora Paloma Valencia y uno que es un poco más general que también está en el proyecto de ley de Cambio Radical y que yo creo que puede enriquecer la discusión.

El primer punto en el proyecto de ley de la Senadora Valencia, hay dos artículos que tratan el tema de la unidad por capitación, dónde se reconoce claramente que la unidad por capitación es insuficiente, además dos, está mal repartida. Es insuficiente por lo que dijo el doctor Óscar Iván, envejecimiento de la población, Colombia ya entró en la transición demográfica y eso implica mayores gastos.

Dos, nueva ampliación de las nuevas tecnologías que aumentan gastos, y tres, lo que también dijo Óscar Iván procedimientos aplazados durante la pandemia, lo que implica que hay procedimientos que se hacen ahora. Y dos, también hay enfermedades que se diagnostican ahora con mayor severidad, porque no se pudieron diagnosticar a tiempo por culpa de la pandemia.

Entonces, insuficiencia de la UPC, está mal repartida, implica que algunas EPS reciben una unidad por capitación, quizás mayor de lo que deberían, mientras que otras reciben una unidad por capitación insuficiente.

¿Cuál es el problema acá? Es que esta inequidad viene derecho, de que hay unas EPS que pueden ofrecer mejores servicios a usuarios con algunas enfermedades y entonces van a atraer más este tipo de usuarios, por lo cual con el mecanismo que determina la unidad por capitación, actualmente no van a recibir una unidad por capitación suficiente. Yo creo que acá la propuesto en el proyecto de ley ajustable a la UPC es fundamental, también debe incluir nuevas variables para poder hacer el ajuste al riesgo, también es fundamental, creo que eso nos minimizaría la concentración de riesgos que lleva al problema que acabe de mencionar y también el hecho de incrementar la UPC, de manera global y creo que es fundamental para que las EPS tengan menos problemas de liquidez, porque cada vez que

las EPS tienen problemas de liquidez, entonces venden la calidad de los servicios que ofrecen a sus usuarios, como un gasto, en vez de interpretarlo como una inversión.

Servicios de mayor calidad pueden ser más gastos a corto plazo, pero un mediano plazo permite reducir la severidad del riesgo de salud de la gente, entonces, yo creo que incrementar la UPC ayudar a aliviar a este problema de liquidez y por ende, al final, contribuir a contener el gasto.

Mi segundo punto es sobre las zonas de baja densidad poblacional, creo que es esencial atacar este problema porque en estas zonas, para que la cobertura sea efectiva y no solamente la gente tenga su carnet, dado que no pueda acceder a los servicios, hay que repensar bien el sistema de salud, la Ley 100 y todos, digamos, desarrollos posteriores, pensados más que todo para las zonas urbanas y no para las zonas rurales. Creo que es importante desarrollar este punto y precisar cómo hacerlo, si va a ser con más equipos móviles, más centros o puestos de salud, y también pensar en la articulación con el modelo de aseguramiento. Si en estas zonas de baja densidad realmente es conveniente tener una competencia entre varias EPS o solamente escoger una EPS vía licitación, cómo fue el modelo de Guainía, durante el Gobierno Santos.

Mi tercer punto es sobre el tema que se acabó de mencionar sobre la regulación de la integración vertical, primero, yo suavizaría mi posición en comparación con la de Juan Carlos, en el sentido en que yo creo que la integración vertical en el sector salud no es siempre mala, no es siempre buena, a veces puede generar ganancias de eficiencias, es bastante conocido, pero también es cierto que puede producir distorsiones de competencia y que causa ineficiencias en el sector salud.

Lo que propone el proyecto de ley de la Senadora Valencia me parece interesante y no lo pondría, doctor Juan Carlos, no lo vería como más laxo frente a la integración vertical porque actualmente el artículo 15 de la Ley 1122 que regula la integración vertical realmente es inoperante, es totalmente imposible determinar el 30% del gasto en las redes propias porque realmente se pueda aplicar con el espíritu que evita distorsiones de competencia, necesitaríamos aplicar este 30%, no en el nivel nacional pero a un nivel donde tendríamos que definir los mercados relevantes, por ende, yo creo que es mucho más pragmático lo que propone la Senadora Valencia de aplicar este umbral del 30% sobre la participación de las EPS e IPS, en lugar de un 30% aplicado al gasto en salud.

Yo creo que igual habría que reforzar la supervisión por parte de la Superintendencia de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio para evitar además de este umbral del 30%, para evitar que la integración vertical genere distorsiones de competencia en algunos casos, porque como acabo de mencionarlo, depende mucho del mercado relevante donde se aplica.

El cuarto punto sobre el piso mínimo de salarios, yo creo la idea es excelente porque la remuneración de los médicos realmente es insuficiente. Mayor remuneración implica menos escasez y menos tiempos de espera, muchas veces echamos la culpa a las EPS que nos toca esperar varios meses para conseguir una cita con un especialista, el problema no viene de las EPS, que son solamente la puerta de entrada al sistema, viene de la escasez de especialistas. Una forma de atacar el problema, no es el único, pero es obviamente aumentar las remuneraciones.

Yo creo que la idea está muy bien, pero hay que ver cómo eso se articula con los diferentes esquemas de pago de los médicos y de los profesionales de la salud que hay actualmente, porque cuando son salarios es fácil, cuando es pago por evento o pago por capitación, ya es más complicado. Además, hay que tener en cuenta que los profesionales de salud a veces trabajan en varias instituciones, entonces habría que reflexionar bien sobre la aplicación de esta idea de pisos mínimos de salarios, repito, yo creo que es una excelente idea.

Y voy a terminar con un quinto punto que va más allá de proyecto de ley de la Senadora Valencia, y que creo que es muy importante para el sector salud, yo creo que el sistema como está pensado da incentivos demasiado fuertes a las EPS a contener el gasto, lo cual es totalmente esencial, pero esta contención del gasto se puede hacer a veces a costo de la calidad de los servicios que reciben los usuarios, entonces yo creo que acá es importante en el ajuste de la UPC, no solamente incrementarla, tener más factores de riesgo para evitar la concentración de riesgos, pero también tener indicadores de calidad para dar una mayor UPC a las EPS que ofrecen servicios de calidad a sus usuarios, porque actualmente es la misma UPC para todo el mundo, solamente ajustada al riesgo, y entonces son subsidios cruzados perversos donde las EPS que ofrecen una menor calidad, reciben la misma UPC que las otras.

Yo creo que, también escuchando la presentación, la intervención anterior, yo creo que es importante pensar el sistema de salud donde el juego entre las EPS y las IPS, no sea un juego de suma cero, es decir, que cuando le va bien a una EPS, es que forman redes con algunas clínicas, les vaya bien a estas mismas clínicas. Yo creo que en el sistema actual realmente las EPS tienen este papel de contención del gasto e insisto en que es totalmente esencial, pero que se haga de forma inteligente con los diferentes prestadores con los cuales tienen que contratar para evitar estas tensiones que hay a veces a veces entre EPS e IPS que se hacen siempre al final en detrimento de la calidad que reciben los usuarios. Y voy a terminar con este punto. Muchas gracias de nuevo por escuchar mis puntos.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Luis Fernando Gamboa, Delegado del Director de la DIAN:**

Gracias señor Presidente, buenas tardes a todos, Senadores y asistentes. Yo estoy acá en

representación del director general de la DIAN, en atención particularmente lo que incluye el artículo 41 del proyecto legislativo, el número 5, ¿por qué?, porque para todos es conocido que los cambios demográficos de la población claman por crecientes recursos para el sistema, tanto para investigación, para prevención, para atención de los diferentes agentes, incluso aquellos que por razones asociadas a la pandemia tuvieron que ver retrasados sus controles y sus tratamientos, lo cual término encareciendo el costo de su tratamiento.

Al interior de la DIAN, digamos tenemos como propósito central la reducción de la brecha tributaria, entendida como esa diferencia entre el recaudo potencial de una economía y el recaudo actualmente observado, para ello, pues se están haciendo ejercicios de mejora en el recaudo, acuerdos de la provisión de información con terceros, el desarrollo de la facturación electrónica, acuerdo de transferencias de información y ahí en ese punto en particular entra este artículo 41, que tiene que ver con la conexión de la DIAN con la UGPP.

Estos mecanismos en últimas, lo que van a garantizar es que todo eso se convierta en la posibilidad de tener un insumo financiero más fuerte para el financiamiento del sistema, ahora bien, un sistema tributario equitativo y eficiente, pasa por garantizar el acceso de la manera más justa, cobrando lo justo que se debe pagar y establecer las condiciones coactivas para quienes no lo hacen, entonces en ese orden de ideas la calidad de ese sistema tributario va a depender fundamentalmente de la calidad del sistema información que tiene el sistema de salud.

Entonces la DIAN está muy interesada en continuar fortaleciendo todos mecanismos que permiten reducir las fuentes de evasión y que atentan con limitar los recursos del sistema, y por esa razón queríamos hacer presencia hoy para manifestar que en el desarrollo de este proyecto de reforma a la salud es importante continuar mejorando día a día los sistemas de información, porque la tecnología así lo permite. Esa es mi intervención.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Jesús Alonso Botero García, Vicerrector de la Universidad de Medellín:**

Gracias Presidente, un saludo a todos los Senadores y al Viceministro. Una aclaración sobre mí filiación, yo los estudios que estamos comentando los he hecho allá, en Eafit, pero mi filiación actual es vicerrector de la Universidad de Medellín, vicerrector de extensión y de ciencia y tecnología.

Yo quiero referirme básicamente como a 3 conceptos económicos, voy a hablar como economista, digámoslo así. Primer concepto: sostenibilidad, segundo: eficiencia, y tercero: asimetrías de información. Y refiriéndome a ello quiero llegar a conclusiones acerca de lo que pudiera decirse son los puntos esenciales de diseño del sistema, para terminar después de ello, en los proyectos de ley que estamos comentando.

Sostenibilidad. En mi opinión el problema más crítico que tiene el sistema es su sostenibilidad, el problema de sostenibilidad es muy importante porque hay por lo menos cuatro causas fundamentales, que están incidiendo tremendamente en la forma como crece el gasto: el envejecimiento a la población, naturalmente, tenemos una población cada vez de más edad y ello va generando un riesgo mayor. Después tenemos una demanda creciente de servicios, porque yo creo que el colombiano le ha ido cogiendo confianza el sistema y todos los días quiere más servicios del sistema.

Tercero, pues cada vez hay nuevos procedimientos y nuevas inclusiones que el sistema, básicamente está aceptando porque es lo que los colombianos queremos del sistema de salud, y en consecuencia no tenemos forma de estar, pues como quien dice bloqueando eso. Y además, las nuevas tecnologías tienen costos crecientes, entonces tenemos unas presiones que en un estudio de hace un par de años de proyección de largo plazo, nos permitían concluir que la presión de costo sobre el sistema va a implicar 2.8 puntos porcentuales del PIB como exceso de gasto en el sistema.

Y entonces bueno, tenemos que estar preparados para ello, si un sistema está demandando 2.8% en los próximos 20 años, pues tenemos un problema que tenemos que buscar resolver, naturalmente el problema no lo vamos a resolver fácil, simplemente buscando más recursos porque es difícil, porque yo creo hemos hecho un trabajo además bonito, creo que el sistema con un gasto de PIB relativamente razonable, pues ha tenido un impacto bueno sobre lo que queremos hacer como servicio salud en Colombia, y por supuesto, tampoco vamos a poder recortar la demanda.

Entonces, ¿cuál es la única clave que nos queda? No nos queda sino una clave, la clave es fundamentalmente la eficiencia, es decir, tenemos que ser capaces de mejorar de manera sustancial la eficiencia del sistema, el uso eficiente de los recursos, para que con el mismo dinero seamos capaces de prestar más servicios o de otra manera dicho, para que seamos capaces de prestar mejores condiciones de salud para los colombianos.

Entonces la palabra clave que se deriva de sostenibilidad es eficiencia, eficiencia en la asignación de recursos, ¿existe espacio? Sí, si existe espacio, si uno hace pues análisis convencionales de fronteras estocásticas o de DEA, pues la eficiencia promedio del sistema, de las IPS del sistema es 81%, 82%. Si uno además hace el análisis convencional de asignación de recursos, pues si se puede mejorar la asignación de recursos del sistema y ello podría representar un 14% de mayor producción, de mayores servicios prestados, así que si juntamos las dos cosas podemos tener un poderoso, digámosle, mecanismo para compatibilizar las demandas del sistema, de costo creciente con las posibilidades de financiación que tenemos.



Ese pues es un punto que tiene consecuencias esenciales ¿Por qué? Porque entonces cómo se generan incentivos para la eficiencia, qué es lo que hace que un sistema sea eficiente, este es uno de los casos en los cuales yo creo que uno tiene que pensar como un diseñador de mecanismos, hay que diseñar el esquema, yo pienso que solo a través de un esquema de gestión eficiente de riesgos es posible que se pueda impulsar la eficiencia, siempre y cuando ello esté acompañado por sistemas de contratación bien orientados, que vayan hacia los resultados.

Entonces la clave de todo el cuento es que tenemos que tener un sistema eficiente de gestión de riesgos y tenemos que tener un sistema de contrataciones poderoso, que sea capaz de dispersar incentivos a la eficiencia entre todos los participantes del sistema. Yo quisiera aclarar que la eficiencia no es un concepto, digámosle válido para el sector privado, yo creo que la eficiencia es una obligación pública, yo creo que todo gobierno tiene una obligación esencial, es usar eficientemente los recursos, es algo que un gobierno tiene obligación de hacer y en consecuencia, yo creo que el criterio de eficiencia, que podría sonar como muy propio de entidades privadas no lo es. Es una responsabilidad colectiva y es una responsabilidad colectiva es una responsabilidad pública importante.

Esa eficiencia, pienso yo, es lo que de alguna manera ha ido desarrollándose en todo el sistema del aseguramiento colombiano, las EPS pues se han venido especializando en esta gestión de riesgos, de tal manera que son un activo para la sociedad, yo creo que los buenos resultados del sistema, que los han mencionado, los mencionó el exministro muy al principio de la presentación, pues yo creo que son indudables, como también son indudables pues los problemas, yo creo que el problema de acceso es muy grave, yo creo que hay departamentos en los que si uno hace el análisis, no hay calidad de vida, se encuentra con que si acaso, una de cada dos necesidades son atendidas y entonces tenemos problema fuertes de acceso.

Creo que tenemos también falta de enfoque en el tema de atención primaria y de prevención, a mí me encanta observar que si uno hace una buena prevención y un tratamiento oportuno de las dolencias y de las enfermedades, pues es capaz de hacer una cosa que me parece a mí es la más importante del sistema, lo que yo llamo doblar la curva, las curvas de crecimiento de los costos, ya le dije al principio, son bien empinadas, tenemos presiones grandes de crecimiento de costos, pero si uno fuera capaz de atender oportunamente las enfermedades, por ejemplo el cáncer, y fuese preventivo, pues probablemente doblaría la curva, sería capaz inclusive de que ese crecimiento se volviera estabilidad.

En conclusión, pues para mí el tema esencial es que se necesita un sistema eficiente de gestión de riesgo operado por entidades especializadas que genere incentivos adecuados para que los servicios prestados se ajusten a las necesidades del sistema,

ello aclarando en un esquema de contratación adecuada, yo creo que ya se ha señalado muchas veces aquí, que los esquemas de pago por evento son pobres en eso, mandan señales probablemente inapropiadas, se necesitan sistemas en los que realmente se compartan los beneficios de la mejoría en salud, sobre todo los participantes en la cadena de valor en las red de prestación de servicios.

Y pues en ese sentido, entonces pues lo que creo que hay que pensar es cómo logramos sofisticar nuestro sistema de contratación para que las entidades administradoras del riesgo puedan compartir los beneficios de una buena gestión de riesgo con las entidades que prestan el servicio, y tengamos un incentivo, no a atender permanentemente al paciente, sino un incentivo más bien a mejorar su estado de salud.

De no tener eso, y eso me envía a estos dos proyectos de ley, si cambiamos este esquema por un esquema mucho más vago, mucho más laxo de supervisión del relacionamiento entre demandantes y oferentes, yo creo que entramos en lo que los economistas llamamos problemas esenciales de asimetría de información y en particular de riesgo moral, entonces vamos a tener ciudadanos demandando todo lo que quieren, vamos a tener entidades prestando todo lo que puedan prestar y vamos a tener desalineado completamente el esquema a través de este problema riesgo moral.

Yo creo que se necesita un gestor el profesional de riesgos y creo que ese papel lo cumplen en principio bien las EPS, así que en ese sentido pues hay que usar lo que tenemos y mejorarlo a partir de aquellas partes donde tenemos graves problemas, por ejemplo, en el acceso, como lo dije al principio.

Hay un problema adicional que en el momento creo que es importante y es que la UPC pues ha tenido, creo yo, problemas de suficiencia después del COVID y creo que es un tema en el que tenemos que poner atención. Tenemos que buscar un mecanismo más eficiente de determinación de la UPC, ser capaces de revisar el tema, determinar bien cuál es la insuficiencia que pueda tener para ver cómo la corregimos, para evitar que eso nos genere problemas graves en el sistema y por supuesto, también lo he oído mencionado mucho, me alegra muchísimo que se haya mencionado tanto esta reunión, creo que necesitamos girar hacia un sistema en el cual la UPC esté incorporando condiciones diferenciales de riesgo en salud.

Y creo el problema selección adversa, para decirlo en términos de economistas que también han mencionado, que hace que las entidades que sean muy buenas terminen por capturar es gastos mayores, en lugar de tener mejores condiciones, pues hace que de alguna manera sistema sea perverso en ello, es decir, los que son malos probablemente tienen entonces una carga de enfermedad menor y los que son buenos tienen una carga mayor, sin que ello se refleje realmente en la UPC aplicable para un determinado ciudadano, una persona que tenga una

condición de salud especial. Así que eso es una cosa que es urgente, tenemos que cambiar el esquema y eso lo contempla, pues los proyectos de ley que estamos que estamos comentando.

Yo diría pues resumiendo que el tema del sistema general centrado en gestión de riesgos por parte de las EPS, que en principio es el que está contemplado en los dos proyectos de ley, es el que perpetua lo bueno del sistema, sin eliminar que enfrentemos lo que tiene de problemas y las cosas que tenemos que mejorar. Sin duda, tenemos que ingeniarnos un esquema alternativo, distinto, especialmente para zonas rurales, de tal manera que seamos capaces de impulsar ahí, en una mezcla probablemente de subsidios de oferta y de estímulos a la demanda y de subsidios a la demanda, perdón, seamos capaces de impulsar una mayor facilidad de atención para las personas.

Me imagino que podrá pensarse en una especie de cargo de permanencia, una especie de cargo fijo a un subsidio de oferta, que después se absorbido por la demanda y que permita que se instalen las unidades básicas, físicamente de atención, que les cambien el panorama a todas las zonas rurales.

Creo que ese sentido, pues el esquema de EPS manejando las redes, el esquema de impulso especial a la zonas rurales para mejorar el acceso, unos cambios específicos y puntuales en la el cálculo de la UPC por condición de riesgo y además con un ajuste permanente, nos dejarían en lo mejor que el sistema tiene, sin abandonarlo, sin ponerlo en riesgo, pero al mismo tiempo nos abriría las puertas para que seamos capaces de enfrentar los problemas, que creo que todos en conjunto como país visualizamos y que creemos que debemos mejorar.

Creo que claramente pues el problema de acceso, el problema de prevención y atención temprana, para que tengamos un sistema mejor del que tenemos y en el que seamos capaces de ofrecer mejores condiciones de vida a los colombianos. Esos eran mis breves comentarios, pues desde economista a los temas de hoy y creo que apoyo en este sentido pues el enfoque general del proyecto de ley aquí considerados. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Eileen Patricia Guzmán Tovar, representante de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar:**

Sí, buenas tardes Senador Germán Blanco, gracias por la invitación, Senadora Paloma Valencia, Senador Fernando Mota, gracias por la invitación, un saludo a todos los Senadores presentes. En esta ocasión me ha correspondido representar Asocajas, en nombre de la doctora Diana Guillén, un especial saludo.

Iniciar por presentar algunas cifras de lo que representamos las cajas de compensación familiar en el país: 20.6 millones de afiliados en el sistema aseguramiento, 42% de la población afiliada del sistema, en prestación de servicios una participación importante en 21 departamentos del país, 329 sedes

de prestación de servicios. Señalar que, siguiente, por favor, señalar que tenemos un fin común, cierto, y en eso coincidimos, pensamos en la totalidad y es que todos pretendemos mejorar el sistema de salud para avanzar de una manera mucho más firme y progresiva en el derecho fundamental de la salud.

Los análisis jurídicos que hace Asocajas al proyecto de ley que se tramita en la Comisión Séptima, señalar allí que hay unos elementos que consideramos que, por ser de carácter estatutario, no debieron haberse tramitado por la Comisión Séptima, todos los elementos que forman el sistema en el núcleo esencial derecho de la salud, pues claramente corresponden a un proyecto de ley estatutaria. Pues uno los principales objetivos de la mejora de un sistema salud y en esto queremos hacer mención a cinco elementos esenciales, no porque sean los únicos, pero si consideramos que mejorar el sistema de salud en Colombia pasa por reducir las brechas regionales, todos somos claros en señalar que hay unas grandes asimetrías en indicadores de salud a nivel de los departamentos y ese debe ser uno de los elementos esenciales de la reforma, como garantizamos un mejor acceso en zonas rurales, en zonas rurales dispersas.

De igual manera, el enfoque de atención primaria en salud debe ser una realidad, materializar este enfoque que no solamente viene la discusión en el caso de la reforma al sistema de salud, sino que es un tema que viene tiempo atrás, ya dicho y planteado por la Ley 1438. De igual manera, de resolver los temas de disponibilidad y competencias del talento humano debe ser un elemento esencial de la reforma, entendamos que las principales causas de las tutelas y de PQR que se tramitan ante la Superintendencia Nacional de Salud pasan por temas de oportunidad que responden a dificultades en acceso a especialistas, principalmente.

Resolver los temas de determinantes sociales también es una prioridad y debe serla en la reforma del sistema de salud, que como bien lo sabemos, no es un tema que atañe directamente al sistema de salud y responde a la necesidad de articular con otros sectores, en este tema, en particular, las cajas de compensación familiar tienen una especial experiencia y pueden aportar en ser, perdón, pueden aportar toda la experiencia técnica en la gestión de los diferentes programas, temas de vivienda, educación, recreación, que claramente son determinantes sociales en la salud y por supuesto, los temas de sostenibilidad debe ser un tema que independiente de la reforma que se plantee debe estar en la discusión. Todos sabemos que sin recursos difícilmente podríamos avanzar en la garantía del derecho.

La siguiente, por favor, aquí solamente señalar como en este, son dos ejemplos, son dos indicadores de tasa de mortalidad en menores de 5 años y tasa de desnutrición, igual manera este grupo edad, donde las zonas más apartadas del país presentan las tasas de mortalidad más altas, en ese sentido la reforma debe ser clara en señalar cómo vamos a

resolver como país estas dificultades de acceso, que no solamente han estado presentes en la Ley 100, en la Ley 10 de igual manera estaban presentes estas dificultades, que si bien han venido mejorando algunos indicadores, no resulta ser suficiente.

La siguiente, aquí quiero detenerme a señalar lo que tenemos hoy con dos indicadores, determinantes sociales de la salud, uno es seguridad alimentaria, el otro es temas de agua, donde en un estudio realizado por varias universidades señala que 7 de cada 10 hogares colombianos produjeron la calidad de los alimentos, redujeron el número de comidas y adicionalmente, en algunos afectaron de manera sustancial las asignaciones de porciones a los menores.

Ese sentido, no porque pasamos a la siguiente, no porque la desnutrición sea únicamente, está asociada directamente a la segura alimentaria, pero sí tiene un componente muy importante allí. Señalar cómo para el 2023, comparado con 2022 en la misma semana epidemiológica, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Salud, tenemos 149 muertes por desnutrición en menores de 5 años, donde se observa un aumento muy importante en los departamentos de La Guajira, Chocó y César, comprado para ese mismo periodo en el 2022 tendríamos 238 muertes, que si bien la tasa se ha reducido, eso no significa que no sea un desafío importante, no solo para el sistema de salud, sino para todo el país en términos de resolver los determinantes que estén originando esta mortalidad.

La siguiente, en términos de agua, tenemos hoy 3.8 millones de personas que no tienen acceso a agua apta para consumo humano, que igual manera se traduce en mayores muertes, siguiente, por diarrea. Aquí también tenemos un comparativo para la misma semana epidemiológica, cómo la tasa de casos de mortalidad por diarrea en menores de 5 años en el 2023 y el 2022 son muy similares, siguiente, por favor, siendo este factor agua un factor determinante en los desenlaces de la mortalidad de los menores.

Otro elemento que es un desafío para el sistema de salud, siguiente, es el tema de talento humano, aquí vemos cómo el déficit tanto de médicos como enfermeras, pues es un tema presente y reconocido por todo, ya es un tema que lo hemos venido abordando en otras intervenciones. Y, por último, señalar que la sostenibilidad del sistema, no solamente para Colombia, sino en general para el mundo, es un desafío importante, cómo lograr las mayores eficiencias, involucrar la financiación de los servicios socio-sanitarios que claramente hacen una presión financiera importante para el sistema de salud.

En ese sentido, siguiente, en ese sentido el enfoque de la reforma, primero debe partir por reconocer lo que hemos ganado en capital de conocimiento y en experiencia, siguiente, por 30 años. Eso de ser un elemento a conservar en cualquier reforma que se haga y que vemos muy relevante en los dos proyectos de ley que están se discuten en la Comisión Primera.

Lo otro, reducir las brechas en los determinantes sociales cuando no es un tema exclusivamente del sector salud, pero sí incide en los resultados, deben ser una de las prioridades, evaluar los servicios de salud, evaluar la oferta de servicios de salud versus la demanda, es otro elemento importante, ahí hay un tema de planeación que debe prevalecer en el sistema de salud, determinar las competencias y necesidades de talento humano, la necesidad de articular debidamente tanto Ministerio de Salud como Ministerio de Educación es una prioridad, necesitamos un talento humano que responda tanto en cantidad como en calidad a las necesidades de la evolución epidemiológica de la población, garantizar un modelo diferente para las zonas apartadas y zonas rurales, no necesariamente un modelo que excluye al aseguramiento, es posible compatibilizar estos modelos.

Y por último, siempre presente la garantía de la sostenibilidad financiera, en ese sentido, los dos proyectos de ley vemos, siguiente por favor, que abordan muchos de estos elementos y en ese sentido lo vemos como una ganancia, planteamos que tanto en la reforma de Gobierno, como en los dos proyectos de ley que estábamos se discuten en la Comisión Primera, hay un elemento esencial que creo yo, creemos nosotros desde Asocajas que ha faltado o que ha sido débil y es, siguiente por favor, y es planearnos el sistema de salud que queremos, siguiente por favor, siguiente, planearnos el sistema de salud que queremos implica, pues claramente reconocer las necesidades en salud que ahí hay unos avances, siguiente por favor, algunos avances importantes en el reconocimiento de las necesidades en salud regionales, definir las prioridades, los objetivos y las metas que nos planteamos tanto a corto mediano y largo plazo.

En ese sentido, hacer una planeación adecuada de la oferta de la prestación de los servicios y de los recursos que requerimos para ello, la planeación del talento humano y en ese orden de ideas focalizar, focalización de los recursos, de tal manera que garanticemos la progresividad, garantizar recursos para atención primaria en salud, garantizar los recursos que necesitan las regiones y en ese sentido, asignarlos. Y, por último, el monitoreo y seguimiento que son como los elementos básicos de la planeación.

En sentido, en los dos proyectos de ley encontramos unas grandes coincidencias y que le apuntan a resolver estas falencias y estos desafíos que tenemos como sistema, conservar el aseguramiento en salud es una ganancia, fortalecer la gestión integral de riesgo, de igual manera, hacer realidad el enfoque atención primaria en los servicios de salud es necesario, así como la territorialización. Creemos que avanzamos en equidad en salud, siguiente por favor, creemos que con los proyectos de ley y que en algunos elementos son muy coincidentes con los proyectos de Gobierno, se avanza en equidad en salud, en el sentido de fortalecer la coordinación del

sector salud con el resto de las políticas públicas, no siendo el responsable directo.

En ese sentido, aquí tenemos elementos e instrumentos como la Comisión Intersectorial de Salud Pública, hoy la tenemos, que debemos es dinamizarla, trabajar en un modelo diferencial para zonas marginadas o de baja densidad, también es una prioridad, esta obligación del Estado que permita la posibilidad de tener opciones mixtas, donde confluya tanto público como privado y en algunas zonas se posibilite nuevamente el subsidio a la oferta, claramente monitoreando la eficiencia de estos recursos.

La asignación de una UPC con una metodología clara que reconozca las condiciones de salud y que adicionalmente permita una revisión, no solamente anual, sino eventualmente durante el año, de acuerdo a las desviaciones que se presenten, pensamos que es una ganancia, lo mismo que plantear una UPC fija y variable, reconociendo también la gestión de los riesgos, es un incentivo también a mejorar la eficiencia. Sacar el costo de las enfermedades huérfanas y de los servicios sociales socio-sanitarios también lo vemos como favorable en términos de bajar la presión para la UPC.

Es necesario fortalecer e identificar claramente cuáles son los recursos que serían asignados a la atención primaria en salud y ponernos de acuerdo como país en cuál es el enfoque desde lo teórico, sí, pero también desde lo práctico. La política de atención de talento humano es una necesidad, dignificar el trabajo del talento humano en salud es una prioridad dentro de las políticas públicas, siguiente, por favor.

Aquí queremos referirnos a un tema muy particular del Proyecto de Ley número 005, que trata particularmente las cajas de compensación familiar, es el parágrafo segundo del artículo 37, Senador Blanco, en el cual se plantea que por orden de la Superintendencia Nacional de Salud las entidades sin ánimo de lucro, caso cooperativas, mutuales y las mismas cajas podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad comercial, aquí queremos referirnos que particularmente para el caso de las cajas de compensación familiar que tienen programas de salud al interior de las cajas, debe revisarse la redacción, porque claramente, y bueno aquí lo dejamos en la Secretaría radicada estas observaciones, porque puede ser estar en contra lo que ordena la Constitución, en el sentido de que así hayan excepciones o circunstancias que motiven ello, la norma puede entrar a transgredir la libre iniciativa de la voluntad privada de constituir organizaciones sin ánimo de lucro, entonces lo sometemos a consideración de la Comisión, para que sea revisada en su redacción.

Y, por último, insistir que pensamos que el sistema de salud debe responder a unos elementos de planeación que nos permite ponernos de acuerdo como país en términos de lo que queremos resolver en el corto, mediano y largo plazo, asignar los recursos

que corresponda, hacer una debida planeación de la oferta y la infraestructura y el sistema de información. Fortalecer el sistema información es una necesidad, la toma decisiones sin datos y sin información, resulta ser desacertada y por supuesto, siempre garantizar recursos o por vía de UPC, conservando el aseguramiento, o por vía de subsidio a la oferta en zonas dispersas y necesario para los servicios sociales complementarios y enfermedades huérfanas. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Carmen Eugenia Dávila Guerrero, Directora Ejecutiva de Gestarsalud:**

Muy buenas tardes, muchísimas gracias honorable Senador Blanco, un saludo especial a la doctora Paloma, a la Mesa Directiva, al señor Viceministro, al Senador Motoa y a todos los asistentes.

Inicialmente yo quisiera entrar hablando de Gestarsalud y de quienes son las agremiadas, las agremiadas inicialmente son las empresas solidarias de salud que nacen de una política pública a finales de los años 80, principios de los 90, concomitante con el proceso de paz que se lideró en ese momento por el señor Presidente Gaviria. Muchas de estas empresas cuentan dentro de sus juntas directivas y sus promotores con personas reinsertadas de esos procesos de paz, incluso una de ellas ha sido reconocida en este proceso de paz, como víctima del conflicto por el asesinato de sus líderes.

Estas empresas han sufrido la violencia, han sufrido el desplazamiento de su propio ejercicio de participación a través de estas entidades y han contribuido, la mayoría, las que subsisten, han contribuido al desarrollo del país. Dentro de las agremiadas hay EPS que tienen una vocación importante y una base comunitaria muy importante que las respalda, los dueños de estas entidades son los afiliados al régimen subsidiado de salud, hay aproximadamente en cada una de ellas entre 8.000 y 9.000 afiliados al régimen subsidiado.

De otro lado, están las EPS con capital público que han hecho enormes esfuerzos por garantizar una política pública y permanecer dentro del sistema de aseguramiento contribuyendo a la mejoría de las condiciones de salud de las personas. Podemos citar algunos ejemplos, estábamos con Savia Salud, con Capital Salud, Capresoca, Familiar de Colombia, entre otras entidades importantes y tenemos algunas de una tradición muy importante en el país.

Quiero destacar esto de las empresas solidarias, porque cuando se hace referencia a las liquidaciones se incluye al número de estas empresas que tuvieron un proceso de agrupación en 1998 exactamente y tuvieron que agruparse, se agruparon en 8 entidades y las que no se agruparon, obviamente, pues algunas tuvieron que liquidarse en ese momento sin dejar pasivos. Hablando de las liquidaciones, siempre hemos considerado y particularmente, personalmente he considerado que una liquidación es un fracaso institucional, nunca es positivo para nadie porque deja unas deudas, destruye valor y por

eso, las medidas que uno esperaría que se consagren en este nuevo ejercicio regulatorio es poder rescatar el valor que tienen varias de estas empresas y que se pueda dar los tiempos y los mecanismos para que estas entidades puedan honrar sus pasivos.

Si hablamos de cosas importantes que nosotros rescatamos y que queremos que queden como mensaje frente a todas las reformas que se plantean, es que el gremio y sus agremiadas son amigas del diálogo y de la construcción para avanzar, no de la destrucción de lo trabajado, defendemos el sistema de aseguramiento y el mandato constitucional que reza el artículo 48 de la Constitución Política que señala que el sistema de aseguramiento es un servicio público irrenunciable, donde pueden participar los particulares, con o sin ánimo de lucro y yo creo que ese es un punto que debemos analizar, estudiar y rescatar dentro de la construcción de país hacia adelante.

Creemos que se puede avanzar, que hay muchas cosas que pueden ser mejor y en esas cosas que pueden ser mejor, son las que nosotros deberíamos concentrarnos, el país y el Honorable Congreso de la República, en dónde está en este momento las definiciones, debería concentrarse.

Nuestro centro es la comunidad y a esa comunidad nos debemos, y debemos procurar el mejor sistema de salud para la gente, todavía este proceso de deliberación tiene mucho trámite y mucho espacio para mejorar cosas que todavía no están claras y no responden al querer en particular de los usuarios y los afiliados y los pacientes a quienes nos debemos.

Cuando se analizan los sistemas de salud debemos pensar en los elementos que señala la ley estatutaria, uno de ellos es la disponibilidad, también está la accesibilidad, aceptabilidad y calidad, si hablamos de la disponibilidad ahí es donde se presentan en nuestro criterio los principales problemas. Disponibilidad en talento humano, el proyecto que está cruzando en las Comisiones Séptima de Cámara, no plantea ningún elemento para lograr una mayor disponibilidad de talento humano, una presencia del talento humano necesario para suplir las necesidades y la demanda que hoy tenemos, tampoco plantea elementos que puedan, digamos, generar mayor resolutivez para el médico general o que incentive la presencia del médico general en esos territorios alejados, de tal manera que no tengan que desplazarse para cualquier consulta las personas de los territorios dispersos a Bogotá, eso también genera unos costos al sistema en transporte, etc.

Pero tampoco podemos ser ingenuos y pensar que vamos a llevar los servicios de todas las complejidades a los territorios dispersos y en los territorios de difícil acceso, creo que el país tiene que avanzar mucho en vías, en comunicación, etcétera, y en el entretanto las EPS o el sistema de aseguramiento tiene un rol muy importante para acercar también a los pacientes que requieren servicios, dónde están esos servicios, y también tiene un rol importante para generar el acceso a los medicamentos, particularmente en

enfermedades huérfanas de alto costo, así mismo como los tratamientos.

Yo quisiera señalar algo que ya algunos han dicho, la creciente demanda de los servicios de salud, en análisis que tenemos del gremio, podemos señalar que entre 2019 y 2022 hemos tenido en consulta por lo menos 1.000.000 de nuevas personas únicas, 1.000.000 de nuevas personas, ese es un incremento fundamental. Las frecuencias de uso, han incrementado en algunos servicios entre el 30 y el 40%, y, asimismo, hemos observado una inflación en el 2022, una inflación importante muy diferente a la inflación con la que se calculó la unidad de pago por capitación, por lo tanto, creemos que deben estudiarse algunas reformas metodológicas para que esa prima sea suficiente y responda a las necesidades y a los costos reales para el país.

Estamos de acuerdo con la atención primaria en salud, que es un anhelo desde la Ley 1438 y mucho antes, estamos de acuerdo con un mayor control tanto a EPS como a prestadores de servicios de salud, con el giro directo que ha sido una medida exitosa, el pago por resultados que se incorpora y que algunos de los proyectos incluso los que cursan en esta Comisión, creemos que debe hacerse por fin, estamos hablando de él desde el año 2007 y no lo hemos logrado, creemos que están dadas las condiciones y ya lo decía el profesor David Bardey en sus planteamientos, es necesario incorporar algunos elementos, el subsidio a la oferta consideramos que es importante para las zonas marginadas de difícil acceso y dónde se debe garantizar abiertos servicios de salud, subsidio a la oferta obviamente a la red pública.

Celebramos que se esté pensando en la infraestructura pública y que está obedezca al plan maestro de inversiones, hacer inversión de hospitales, de puestos de salud en Colombia es muy difícil, es muy difícil los procesos internos que hemos creado dentro del sistema son engorrosos, mientras que en un hospital privado se estructura máximo en un año un año y medio, el sistema público ha demorado hasta 10 años estructurando un proyecto, y un tiempo más o menos similar en hacer la construcción.

De tal manera que aquí necesitamos hacer unos ajustes para que la oferta pública llegué donde los privados definitivamente no pueden estar, no estamos de acuerdo con la estigmatización y los calificativos a la gestión importante que han hecho las entidades, las EPS y las entidades de aseguramiento, si bien algunas han tenido o algunos dirigentes de estas entidades han tenido problemas, nunca se puede generalizar, como tampoco se puede generalizar en el caso de los hospitales públicos y privados las malas prácticas.

En cuanto a la Adres, consideramos que tiene y que seguramente podrá lograr en algún tiempo algunas capacidades adicionales a las que hoy tiene, pero hoy las capacidades son para lo que se creó, es decir, al recaudo y la transferencia que lo hace de

manera eficiente, esa parece una actividad simple, pero es muy difícil, y entre tanto, si creemos que no es posible que asuma algunas actividades propias de las aseguradoras hoy, sin que existan riesgos que se puede materializar.

En cuanto a los presupuestos máximos y esas tecnologías que hoy pesan tanto en la situación actual y esa fórmula que se ha planteado para estos presupuestos máximos, creemos que debe revisarse, sabemos que el Ministerio tiene la intención de hacer actualizaciones al plan de beneficios para que estas tecnologías sean incorporadas cuanto antes, creemos que ese es el camino correcto. Este manejo ha sido perjudicial, no solamente para las entidades de aseguramiento que hoy en día están teniendo que afrontar un ciclo para completar los pagos de hasta 3 años, sino también ha sido perjudicial para algunos de los usuarios y pacientes del sistema de salud.

Frente a los proyectos que se han presentado y qué son materia de análisis en esta Comisión, compartimos varios de los planteamientos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un ente que funcionó, nunca entendimos los que hemos trabajado en este sector las razones por las que se eliminó, pero creemos que se puede rescatar, ojalá con facultades decisorias para que esto tenga un rol importante dentro del sistema de salud y que los actores encuentren un espacio donde se congreguen y sean responsables de las decisiones participativas, cómo lo hacía en su momento el Consejo.

En cuanto a todos los planteamientos de salud pública y determinantes sociales que se plantean en el Proyecto de Ley número 005 y 086, estamos de acuerdo hablando del tema de determinantes hay que ponerle un poco más de atención y lograr definitivamente los espacios donde se pueda discutir que cada agente, cada sector asuma su responsabilidad. Y en ese punto voy a hablar del tema de La Guajira, en La Guajira el problema fundamental para la salud de las personas es el agua, el agua potable, el sistema de salud asume las consecuencias de la insuficiencia de varios determinantes, pero particularmente de ese, la falta de agua genera problemas en la salud pública para los niños, para los adultos, pero también genera problemas de suficiencia alimentaria y otros.

Así que creemos que estos planteamientos que se hacen, los compartimos, que es el momento de hacerlo y que los sectores por fin generen soluciones de fondo y soluciones sostenibles sobre todo, porque no podemos desconocer que otros gobiernos han hecho acciones, pero esas acciones tienen su momento y después, digamos la situación sigue igual, entonces hay que invertir, hay que invertir en lo que corresponde, en tener digamos agua potable, sobre todo me voy a referir ahí porque ese es el gran problema.

En cuanto a los componentes de la UPC que plantea alguno de los proyectos estamos de acuerdo, pero lo más importante es que esta UPC sea suficiente y que dé posibilidades permanentes de revisión, este

un tema dinámico. En cuanto al modelo de APS pues lo compartimos, siempre lo hemos compartido, por circunstancias distintas no se ha implementado desde que se planteó por primera vez, en los proyectos que plantea el Gobierno nacional lo están planteando como una principal estrategia para el modelo de atención.

El fondo de garantías, hoy en día existe un fondo de garantías, existen estatutos de salvamento, están en la Adres y la Adres tiene las competencias, el problema está en el fondeo, no hay recursos, entonces ese fondo de garantías que sí ha sido una discusión de muchos años, ahí están los estatutos de salvamento en la Adres, hay una dirección, pero sin recursos es muy difícil que la Adres pueda plantear estrategias. En algunos momentos se establecieron, porque había recursos asignados, como, por ejemplo, las compras de cartera o los créditos de tasas blandas.

Creemos que el tema de la integración vertical, más que la integración vertical, como está definida en la Ley 1122 tiene que ver más con regular los vínculos económicos y así y hacerlo similar a como ocurre en el sistema financiero, vínculos económicos o vínculos entre los distintos agentes y aquí ya hay un decreto, el 682, que dice que no puede haber prelación ni en contratación, ni en pagos, ni en flujo de recursos entre entidades vinculadas. Creo que hay que hacer énfasis y desarrollar más esos criterios para que el tema sea muy transparente, que creemos que lo que le preocupa a esta Comisión, a esos proyectos que se están discutiendo y al proyecto que cursan en la Comisión Séptima. Es un poco ese tema de la transparencia, entonces podemos que se puede trabajar mucho en eso.

Creo que en general compartimos varios de los elementos que se plantean en estos proyectos de ley, no obstante, no nos vamos a pronunciar sobre los temas legales de si se debe tramitar por esta Comisión o por otra, eso será un tema que tendrá que revisar y definir el Honorable Congreso de la República. Muchas gracias.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Diego Fernando Gil Cardoso, representante de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras:**

Bueno, muchísimas gracias, ha sido una larga jornada, muy agradecido con la Senadora Paloma Valencia, con el Senador Carlos Fernando Mota, siempre los pacientes valoramos mucho estos espacios, porque no se puede construir un mejor sistema de salud sin la participación de los pacientes, los cuidadores y las familias, que somos los que a diario navegamos en esta ruta atención.

Quiero arrancar como con un contexto general particularmente del tema de enfermedades huérfanas raras, siempre aprovecho para hacerlo, porque precisamente para construir mejoras en el sistema es importante considerar este contexto, siempre navegamos en el mundo de la desinformación en todo lo que tiene que ver con ese tipo de

diagnósticos. Nosotros en la Federación somos 48 organizaciones de pacientes, trabajamos por la inclusión, la integración y la atención de pacientes con enfermedades huérfanas raras en Colombia, nosotros hacemos un trabajo colaborativo, estas organizaciones están lideradas por población afectada. Siguiendo.

No existe una definición única a nivel internacional para este tipo de diagnóstico, digamos que ese es uno de los principales retos que tenemos a nivel global, cada país digamos que maneja una definición específica o grupo de países, siguiente, alrededor del 4.5% de la población se estima que convive con este tipo de diagnósticos. Esto plantea una paradoja, la famosa paradoja de la rareza, que si bien son enfermedades que son poco frecuentes, cuando uno las mira cada una por diagnóstico en conjunto afectan a una población importante a nivel global, siguiente.

Estamos hablando que, a nivel mundial las enfermedades raras afectan a alrededor de 300 millones de personas, es una población equivalente a la población del tercer país más poblado del mundo que es Estados Unidos, más de 9.000 enfermedades raras descritas, identificadas en la literatura, alrededor del 70% con un origen genético y un reto muy importante y es que menos del 10%, alrededor del 10% tienen una oferta terapéutica, por eso los esfuerzos en investigación son muy importantes, siguiente.

Retos, no solamente acá en Colombia, sino a nivel global, tenemos retos en el diagnóstico, en Colombia nos estamos demorando más de 5 años en un diagnóstico de un paciente con una enfermedad rara, hay casos de pacientes que se demoran 10, 15, 20 años en un diagnóstico, se requiere atención integral y diferencial, se requiere un cuidado con base, digamos, en esta diversidad y en esta heterogeneidad de estos diagnósticos, se requieren esfuerzos en investigación, no es fácil, es poco rentable invertir en investigación para enfermedades raras y siempre vienen los retos de las finanzas. Yo digo que, en las enfermedades huérfanas, nosotros somos como “el patito feo” del sistema, porque siempre dicen que somos pocos, pero estamos mucho y hemos tenido que vivir con ese estigma todo el tiempo, siguiente.

En Colombia las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente limitantes graves que amenazan la vida y que tienen una prevalencia inferior a 1 por cada 5.000 personas, tenemos un listado identificado de diagnósticos de esos 9.000 que hablamos a nivel mundial, hay 2.236 que son reconocidos en Colombia. En Colombia hay un registro nacional de pacientes que da cuenta de un poco más de 80.000 personas que tienen estos diagnósticos, pero vale la pena mencionar que en Colombia alrededor de más de dos millones de personas pueden estar conviviendo con este tipo de diagnóstico y muchas de ellas, por supuesto, sin acceder, digamos a muchas de las pruebas que se requieren para poder tener estas confirmaciones, siguiente.

Avances normativos, no voy a entrar en detalle, pero si mencionar que Colombia tiene una legislación muy robusta a nivel de enfermedades raras, incluso es un referente a nivel internacional, tenemos una ley marco de enfermedades huérfanas y una ley estatutaria en salud que nos dio un reconocimiento en su artículo 11, como sujetos de especial protección por parte del Estado colombiano, donde se menciona que debemos ser atendidos sin que medien barreras administrativas o económicas, un hito para nosotros, siguiente.

También mencionarles que tenemos unos desafíos, si bien hay una legislación muy robusta, quizás el mayor reto está en la implementación de muchas de estas normas, tenemos retos a nivel de tamizaje neonatal, de centros de referencia, de atención integral y diferencial, temas a nivel de registro nacional de pacientes y por supuesto, los temas financieros, siempre va a ser un reto buscar todos los mecanismos innovadores de financiamiento para este tipo de patologías, siguiente.

Respecto a los proyectos de reforma a la salud, cabe mencionar que incluso dentro de las organizaciones de pacientes, entre los mismos pacientes hay divergencia frente a las propuestas de reforma, las diferentes propuestas que se han presentado, muchos de nosotros hemos sido víctimas de esas barreras tan complejas que vivimos por estas ineficiencias del sistema, las ineficiencias de las EPS, sí, muchas veces por los prestadores de servicios, pero aun así tenemos unos consensos a nivel general, sí, lo que nosotros buscamos con y aquí no me va a referir específicamente algún proyecto puntual, pero sí yendo un poco más allá, lo que buscamos con cualquier proyecto de reforma a la salud es que este garantice la protección especial de nuestra población, porque estamos viendo que en muchos de los casos se está vulnerando esa especial protección de la que hablamos hace un rato.

El enfoque de cualquier proyecto de reforma tiene que ser totalmente progresivo, sí, estamos de acuerdo con los proyectos y lo plantea también el proyecto tanto de Cambio Radical como el del Centro Democrático, e incluso por supuesto el del Gobierno, el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la prevención, eso nos ayuda muchísimo avanzar a nosotros. Pensamos que cualquier cambio en la ruta de atención debe plantearse bajo un enfoque integral y diferencial, recordemos que estas enfermedades plantean unos desafíos particulares, específicos, y hay que considerar esa heterogeneidad y esa diversidad de estas condiciones.

Pero también aclaramos que nos interesa que se aprovechen las capacidades existentes del sistema para la construcción de estas redes de servicios, creo que había un proceso de construcción importante que es necesario aprovechar, es importante también mejorar el acceso y la equidad de la población en territorios dispersos y eso es algo común en varios de los proyectos y nosotros estamos de acuerdo en eso, tenemos muchos pacientes que tienen dificultades en acceder no solamente al diagnóstico oportuno,

sino acceder a tratamiento integral en diferentes territorios.

Se debe garantizar, por supuesto, la libre elección, debe haber una claridad en los mecanismos de transición y futura gestión de los pacientes, algo que nos preocupa del proyecto de ley del Gobierno y lo manifestábamos en otros espacios, es que no hay claridad de esa complejidad operativa, de los responsables, de los roles, de la articulación y la coordinación de los diferentes actores y creemos que independiente del tipo de proyecto, esa claridad tiene que darse, siguiente.

Se debe garantizar el acceso oportuno a medicamentos y tecnologías innovadoras que generen valor para el paciente, ya les mencionaba que menos del 10% de las enfermedades raras tienen algún tipo de oferta terapéutica, por eso para nosotros, celebramos siempre la llegada de cualquier medicamento o tecnología innovadora, segura y eficaz que pueda brindarle a los pacientes, que digamos que sus síntomas no progresen o que le brinde la oportunidad de curarse, en donde se pueda.

También debe haber una claridad frente a la gestión del riesgo en salud y por supuesto, evitar esa fragmentación del riesgo financiero. Quisiera tocar también el tema de sostenibilidad, pensamos que es muy importante que se garantice la suficiencia de recursos para los diferentes esquemas de atención, para los pacientes de enfermedades huérfanas raras, nos preocupa muchísimo lo que está sucediendo con la suficiencia de recursos de la UPC y por supuesto, con presupuestos máximos y ahí quiero también resaltar el hecho de lo que sucedió ahora, yo celebré la noticia de que se hayan girado ya los recursos que los últimos tres meses, no lo sabía doctor Félix, eso me parece muy bien, pero nos preocupa que esto se vuelva a presentar, creo que hay que garantizar que los recursos del sistema fluyan de tal manera que se pueda cumplir a cabalidad, porque vemos con preocupación a IPS cuando se menciona que digamos que el argumento es que ya se han girado alrededor del 93% los recursos de UPC y que no importa, o sea falta solamente el 4% correspondiente a presupuestos máximos.

Y yo creo que hay que tener cuidado con las proporciones, porque cuando hablamos de ese 4%, que se ve muy pequeño para pacientes de enfermedad huérfana raras es nuestro 80-90% de nuestro esquema de atención, es prácticamente la vida, entonces ese 4% para nosotros es realmente vital y hay que buscar por supuesto, estos mecanismos innovadores de financiamiento, sí, desde la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas, que es una instancia de participación social que ya está instaurada en Colombia, diferentes actores hemos venido analizando sobre estos mecanismos innovadores, hay que intentar salirnos de la caja y proponer alternativas de financiamiento que realmente le sirvan al sistema, sí.

Estamos de acuerdo con lo que tiene que ver con el fortalecimiento de las condiciones del talento humano en salud, que está totalmente, digamos que están unas condiciones muy precarias, en eso estamos totalmente acuerdo, y el involucramiento los pacientes y cuidadores y las familias es vital en la formulación, implementación y la evaluación de las políticas públicas en salud, es importante que todos los espacios de participación o los espacios de construcción, más bien, involucren a los pacientes, porque son digamos el centro del sistema.

Vale la pena mencionar que y aprovechando que también está acá el Viceministro Luis Alberto Martínez, estamos muy preocupados porque la agenda de enfermedades huérfanas en los últimos 12 meses ha venido totalmente quieta, el Plan Decenal de Salud Pública está sin implementar, el Plan Nacional de Gestión de Enfermedades Huérfanas también sin implementar, tenemos quieto todo el tema de Invima, el trámite de registros sanitarios nos está afectando, no es posible que medicamentos innovadores se demoren más de 3 años en ser aprobados y nuestros pacientes no pueden esperar más de 3 años, muchos de ellos pierden la vida esperando la aprobación de un medicamento.

También el tema de tamizaje neonatal, sí bien hemos avanzado bastante, Colombia es el país junto con El Salvador, el país más atrasado en tamizaje neonatal y es uno de los países, mientras en otros países ya se está hablando de tamizaje neonatal ampliado, acá en Colombia ni siquiera estamos poniendo en práctica o implementando lo que está planteado la Ley 1980 de 2019, entonces tenemos una tarea grande en ese sentido. Habilitación de centros de referencia, Resolución 651 de 2018, han pasado 5 años y solamente tenemos 4 instituciones en Colombia habilitadas, hay que hacer la revisión de esa resolución, y por supuesto, vuelvo a insistir el tema de financiamiento en enfermedades huérfanas, es necesario que evaluemos ese tema, quizás la instancia participación de la mesa nacional sea el espacio adecuado. Agradezco mucho la oportunidad y bueno, a disposición para cualquier observación.

**La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Félix León Martínez Martín, director de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres):**

Honorables Senadores, Mesa Directiva, Senador Moota, citante del debate, yo quería que la posición oficial del Gobierno la expresará primero el señor Viceministro en función de que la solicitud del Senador Moota la tuve que contestar oficialmente del Adres de que no podía dar conceptos oficiales sobre proyectos de ley, que la competencia era exclusivamente del Ministerio, pero bueno.

Toquemos algunos temas dejando que la posición oficial la señale el señor Ministro, el señor Viceministro, pero que creo que aclara algunos de los puntos que aquí se han elaborado. Primero, pues



es muy grato encontrar como ya han expresado varias personas, que hay mucha coincidencia sobre muchos puntos que requiere la reforma del sistema de salud, hay coincidencia en atención primaria, hay coincidencia en el recurso humano, hay coincidencia en el problema de los hospitales públicos, hay coincidencia en que hay que fortalecer la prevención, hay coincidencia en una cantidad de factores que yo me sorprendería y me sorprendí gratamente con la columna del director de Cambio Radical hace 10 días en la prensa expresando esas coincidencias y esos acuerdos a que estaba llegando la reforma del sistema.

Lo que no parece haber coincidencia es en lo legal, si eso es una ley general o una ley estatutaria, parece que esa es una divergencia mayor y la del aseguramiento que ahora me referiré a ella. Sobre la jurídica no viene al caso que yo me refiero a ello, he oído muchos conceptos jurídicos en este sentido, pero no soy la persona adecuada para decirlo y el Congreso tendrá que decidir la vía más adecuada y después la Corte Constitucional. Lo único cierto es que lo único no soporta el sistema es inmovilismo, es que no se mueva que no cambien las cosas, que no se mejoren, porque la situación se está volviendo crítica en muchos aspectos.

Y esa situación crítica hace necesario que el Estado en sus diferentes instancias asuma la responsabilidad de regular este sistema, de ajustar el sistema que nos trae los últimos 30 años y de corregir los problemas que tiene. Sobre el aseguramiento referirme a tres temas exclusivamente: el aseguramiento, la atención primaria y el financiamiento. El primero y el último de gran importancia desde el punto de vista financiero y el del medio que solo para hacer una claridad fundamental, en aseguramiento yo quiero decir muy claro, que yo y las propuestas de reforma defienden el aseguramiento, defienden la seguridad social, defienden el hecho de que los recursos del sistema, los recursos aportados por los trabajadores, algunos patrones, porque la mayoría se retiraron desde 2017 de cotizar a salud, las cotizaciones, los recursos que nos dio la Constitución para los municipios y los recursos del presupuesto nacional se junten y garanticen un seguro de salud a todos los colombianos, un financiamiento y una protección financiera.

Defendimos tanto eso, incluso contra algunos amigos asesores y algunas EPS, no digo todas en un gobierno anterior pretendieron quitarle esa garantía de protección financiera con la emergencia social, más otros intentos de regulación que pretendieron acabar o disminuir o fragmentar en dos poblaciones la protección financiera. Gracias a la Corte Constitucional logramos que no se redujera la protección financiera y gracias a la Corte Constitucional logramos un mandato de progresividad que tiene que igualar el plan de salud y los recursos para todos los colombianos.

Sin embargo, la regulación no nos lleva por ese camino, nos lleva por separación permanente entre quienes tienen mayor acceso y demanda a más recursos y quiénes tienen menos acceso y, por tanto, demandan menos recursos. Hoy en día la diferencia entre la UPC real que se paga en estas EPS, por ejemplo, que están exigiendo más recursos que se dedican a poblaciones urbanas, fundamentalmente, y con mediano y alto poder adquisitivo, y la EPS del régimen subsidiado está llegando ya al orden del 40%, en la diferencia entre el pago de un régimen y otro, del pago real que estoy haciendo desde el Adres, ya va en un 40% en contra del mandato de la Corte Constitucional, obviamente si el grupo que más gasta pide más recursos esa brecha seguirá aumentando.

Mientras que, por otro lado, el grupo que menos demanda y menos gasta y menos servicios tiene y hospitales más quebrados cada vez recibe menos servicios y tiene menos servicios y como sucedía en el incremento anual de la UPC le daba menos plata, porque no demandaban, no presentaban cifras, tanto que yo le dije personalmente al Ministro Ocampo que si era la política que en el régimen subsidiado había que dar menos plata, porque demandaban menos servicios, pues había que pensar en un país que pensara en menos salario para los pobres, porque solo comen dos veces al día.

O entramos en una política de equidad y en ese punto quiero presentarles una contradicción que este Congreso tiene que resolver tarde o temprano, y es unos grupos que demandan muchos más servicios y gastan muchos más, unos grupos más abandonados. Si vamos hacia la equidad, eso cuesta dinero para igualar las condiciones, si aceptamos la presión de los grupos que demandan y gastan más, eso requiere más dinero. Si aceptamos ambas, necesitamos una reforma tributaria y entonces ¿De dónde? Si este año se incrementó el presupuesto nacional para salud un 25%, si se incrementó la UPC en 16%, más dos puntos que si no hubiera incremento de la UPC se van automáticamente por el corrimiento de la población hacia grupos más costosos en la UPC, un 18% ¿De dónde? me pregunto yo, van a salir recursos para incrementos adicionales.

Tengo que aclarar finalmente que la ejecución presupuestal del Adres en agosto 31 fue del 99,3% luego ¿Dónde están los recursos retenidos? ¿Dónde están los recursos retenidos? Si ejecuté el 99.3 es que no tengo ningún recurso retenido. Hay algunos asuntos que no le ha dado respuesta, le dio respuesta el Congreso de distinta manera, unos con la adición presupuestal que quedó corta, de 2 billones, se habían solicitado 4, esos otros 2 de COVID y deudas de presupuestos máximos de la vigencia anterior fueron a parar al artículo 153 de la ley del plan, que el Gobierno entonces los pagaría de deuda pública, son recursos que no están disponibles hasta que efectivamente la legislación y ahora el Ministerio de Hacienda decidan cómo aportar esos recursos

para subsanar esas deudas anteriores, porque las de hoy se están pagando absolutamente al día. Eso en aseguramiento y financiamiento.

Ahora, no se puede plantear una UPC distinta para cada EPS, la UPC en su estudio integra, como todo es seguro, que hay personas con distinto nivel de riesgo, personas con distintas enfermedades que se agrupan en un pool y el pool que recoge los recursos de todos para garantizar servicios distintos según el riesgo de cada cual. El Estado tiene que garantizar eso, un sistema de seguridad social tiene que garantizar que puede atender al paciente más costoso, como al paciente menos demandante y que tiene una mancomunación de recursos para ese efecto.

El problema está que cuando creas aseguradores múltiples se vuelve un poco más complejo, a ver este asegurador se porta menor entonces le llegan más clientes, entonces le tenemos que mandar más plata, este asegurador se portó peor entonces se vuelve una complejidad bastante grande. Pero no, de hecho, los cálculos de grupo de edades, zonas, significan que el Estado ha estado reconociendo esa variación de riesgos en la UPC hace rato, no las aseguradoras sino el Estado ha venido asumiendo progresivamente el aseguramiento.

En esta línea avanzan muchos países y no es estatización en algún grado, cuando uno dice que Corea decidió juntar varios aseguramientos según seguro único, Corea del Sur, no, porque si digo Corea solo, de pronto me acusan de ser amigo de el de Corea del Norte, Corea del Sur que es una economía capitalista, más desarrollada que nosotros, decidió unir los seguros y hacer un seguro único y crear un pagador único y el 90% de la prestación es privada en Corea, 90, aquí tenemos el 75, 80 privada.

¿Y qué pasó? ¿Eso se llama estatización? No, son formas de manejar más eficientemente el gasto del Estado y el gasto que ponen todos los ciudadanos en su protección, hay distintas formas, no hay la única y eso es lo que está aquí en el Congreso definiéndose, que quién es el asegurado real y cómo se garantizan los derechos a la población.

En el tema de la promoción y la atención primaria, yo quisiera señalar que el problema es que eso no puede estar sujeto al mercado, en ningún país funciona sujeto al mercado, la promoción y el cuidado de la salud de las poblaciones. Si yo tengo como un estudio reciente de hepatitis C, que 350.000 o 400.000 colombianas tienen hepatitis C y no lo saben, hoy se tiene el medicamento que cura la hepatitis C, que controlar la enfermedad y que evita el cáncer al paciente y evita la cirrosis.

No estamos haciendo nada en prevención, estamos rajados en este sistema, no se diagnostica, no se trata y esas personas van a hacer cirrosis y van a hacer cáncer sin que lo sepan, sobre todo mayores de 50 años que fueron contaminados por el mismo sistema de salud con hepatitis C. Entonces, si no

hacemos prevención, pero la prevención no cabe en el PG, porque si yo hago esa vacunación hoy, pues el tratamiento cuesta un platal y voy a ganar, voy a tener resultados en 8, 10 años, 6 años, pero es que al gerente de la empresa privada le piden resultados este año, para él la promoción es un gasto, no es una inversión.

Entonces en el término económico, la salud pública, el cuidado de la salud de las poblaciones tiene que alejarse del manejo del negocio, tiene que garantizarse que llegue a toda la población las vacunas, que llegue el cuidado de las embarazadas, que llega, demande o no demande la población, es una labor activa de la en la atención primaria, en la prevención que tiene que hacer el Estado y garantizar que le llega a todas las poblaciones, si demandan y si no demandan, porque no pueden pagar la lancha para ir a consulta, tiene que llegar Mahoma donde está la montaña, a garantizarse eso esencial, básico, esa vacunación de los niños, ese cuidado nutricional, eso no puede depender de una operación comercial.

La parte alta, la parte del aseguramiento de mediana y alta complejidad si puede funcionar por demanda, si puede funcionar bajo una lógica de aseguramiento y cuánto más compleja y más extraña, menos frecuente y más costosa una enfermedad, más cabe en modelos de aseguramiento nacionales.

Bueno, finalmente sobre el Adres, una pequeña cuestión, porque se afirma unas cosas aquí que no son correctas. La primera versión del proyecto de ley le daba al Adres muchas responsabilidades, pagar todas las cuentas y auditar todas las cuentas del país. Eso ya no está en la versión del proyecto que cursa en la Cámara de Representante, ya solo se le asigna la función de giro directo, de pagador, la auditoría permanece en las gestoras y tengo que decir que las gestoras fueron propuestas por los partidos políticos y conservarles esa función de administración, de llevar al afiliado por la red de servicios y auditar sus cuentas para que la Adres las pague, esa fue una propuesta, como fue una propuesta de los partidos políticos que no hubiera integración vertical, que disminuyan los negocios de yo con yo al interior de aseguradoras con prestadoras prepagadas, etcétera, etcétera.

Entonces, lo que le dejó esa propuesta y lo que encuentro en las propuestas también de estos partidos, es que se acepta también el pagador único, eso no es difícil para el Adres. Hoy somos pagador prácticamente en el régimen subsidiado del giro directo, es una nómina que pasan las EPS de las IPS a las que hay que girar, todas las EPS pasan la nómina, el Adres gira las nóminas de las distintas EPS con las IPS y le gira lo correspondiente, es un proceso fácil, tan fácil como le resulta a cualquier banco pagar la nómina de muchas empresas. Eso no requiere ningún desarrollo del Adres, ya lo tiene para ser pagador único si lo decide mañana, no, no así para ser auditor único, para eso yo dije que

hubiera necesitado 6 meses de preparación, abrir oficinas en todo el país, pero ese no es el caso ahora.

Pero como hay unión en esto de pagador único, quiero aclarar que es muy fácil y solo se nos deja dos condiciones que son bien importantes, una de una auditoría aleatoria sobre las auditorías que hacen las gestoras a las IPS, una auditoría cuando se encuentren problemas y una central de inteligencia del gasto que permita orientar el sistema de tarifas y los gastos donde se estén desbordando en el sistema de salud y hacer los análisis de diferencias de gasto por grupos, por regiones, una capacidad análisis del gasto porque hasta ahora ha venido siendo un pagador ciego.

De modo que la propuesta que está en la Cámara no tiene desafíos muy grandes ya para el Adres y no se puede hablar de que no está preparado para ello, porque esto ya es, pues muy sencillo.

Por último, tengo que expresar mi preocupación en que no haya un acuerdo al nivel del Congreso entre si es ordinaria o estatutaria, el hecho de que la estatutaria, después de ver lo que pasó con la marihuana, lo difícil que es aprobar una ley estatutaria en los tiempos rígidos que tiene y con estas dificultades y tantos intereses y tantos grupos de presión, pasar una reforma de salud por la vía estatutaria, yo veo que se agotan los tiempos y no pasa y eso se nos volvería de pronto en... aparte de lo que señaló Juan Carlos, de las dificultades que tendría dejar como estatutaria muchos proyectos, me preocupa tengo que expresar, que esto se nos convierte en un no hacemos nada.

Esa es mi preocupación, pero el Congreso tendrá que decidir en su sabiduría porque estamos en una democracia y esa democracia le va a garantizar que la seguridad social siga para todos los colombianos, esa democracia y esa Corte Constitucional no va a dejar de proteger a los ciudadanos colombianos en cualquier condición y va a exigir y garantizar y yo estoy seguro que este Congreso también. Entonces lo importante es que se trabaje y se siga adelante, yo insisto, hay ya muchos más acuerdos que desacuerdos, vamos a ver como el Congreso decide avanzar. Mil gracias.

#### **La Presidencia interviene para un punto de orden:**

A usted, doctor Félix. Bueno, vamos a culminar la audiencia entonces agradeciéndole también a quienes están en la virtualidad, un número muy importante de personas e instituciones y a quienes estuvieron durante toda la audiencia, que representan también, obviamente, lo público como lo privado. Vamos al culminar con el señor Viceministro de Salud, agradeciéndole doctor Luis Alberto Martínez, que usted estuvo las 4 horas que está cumpliendo esta audiencia, un requisito previo antes de que entremos en discusión del articulado de la ponencia o ponencia respectivas en esta

Comisión, que ha considerado se trata de una ley estatutaria. Bien pueda, señor Viceministro.

#### **La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Luis Alberto Martínez, Viceministro de Protección Social:**

Bueno, muchas gracias doctor Germán Blanco, un saludo muy especial para todos los asistentes, para el doctor Motoa, para los diferentes actores del sistema que están acá, los que están en la en la virtualidad, un muy especial a nombre del doctor Guillermo Alfonso Jaramillo, que por motivos de agenda no nos pudo acompañar.

Sentimos que con todo lo que se ha expresado acá desde las diferentes perspectivas, pues hay un consenso general de que a pesar de los grandes avances que ha habido en estos 30 años del sistema general de seguridad social en salud, aún quedan muchos retos, muchos desafíos hacia adelante y que obviamente se han hecho algunos intentos, unos intentos en los últimos 15 años, se han hecho varios intentos, yo resaltaría tres intentos de reformas al sistema, de reformas si se quieren estructurales, una de ellas fue el esfuerzo que se hizo en el 2009, finales del 2009, principios de 2010, la declaratoria de la emergencia social en salud, ahí había unos signos y unos síntomas de que este sistema no estaba funcionando bien, desde por allá venimos con estas inquietudes.

Obviamente la declaratoria emergencia traía una restricción y una regresión en las garantías constitucionales que ya tenía la población colombiana, se disminuía el plan obligatorio de salud, como se denominaba en ese entonces, se acudía a la vulneración de la autonomía médica en uno de sus decretos. Igualmente, se abría una puerta expedita para liquidar los hospitales públicos, se acudía también a las cesantías, a los activos de las personas para qué hipotecaran su casa y pudieran acudir a créditos para pagar unas prestaciones y unas tecnologías que ya estaban dentro del plan obligatorio de salud.

Esta reforma o esta declaratoria de emergencia, obviamente, la tumbó la Corte Constitucional, también posterior a múltiples movilizaciones que hubo a nivel nacional, ese fue digamos un primer signo y síntoma de nuestro sistema, de que había que reformarlo. Y luego en el 2013 se radica un proyecto de ley, el Proyecto de Ley número 210, muy parecido a la declaratoria de emergencia, muy restrictivo en las garantías que ya se tenían en ese entonces. Este proyecto de ley también generó grandes movilizaciones en el país y se hundió, lo hundió, lo retiro del Congreso de la República.

Y el último de esos esfuerzos, el más reciente es el Proyecto 010 del 2020, que se hundió producto del estallido social del 2021, un proyecto que es muy parecido al que se radica hoy como proyecto de ley estatutaria. Pero en esos 15 años también, así como ha habido estos tres hitos de estas normas

que han tratado de restringir el goce efectivo del derecho, de reducir las garantías ya ganadas vía la jurisprudencia en especial, ha habido unas reformas que han ido en una dirección distinta de considerar que la salud debe, no solamente atender la enfermedad, sino avanzar realmente en la acción intersectorial, en la participación de la ciudadanía, en reorientar los servicios.

Y hubo una ley muy buena, la 1438 para esa época, ley que no se reglamentó y luego tuvimos un hito importante y es que en el 2015, luego de múltiples luchas de la movilización social, del movimiento sanitarista, si se quiere en el país, una ley que no se quería firmar por el Gobierno de ese entonces, se firma el 16 de febrero del 2015, la ley estatutaria en salud, luego de mucho pulso a nivel nacional, esta ley obviamente ya nos pone en un tono distinto, la salud ya se considera es un derecho humano fundamental, cierto, y los derechos humanos fundamentales pues tienen varias características, la principal que se le debe garantizar a todos los residentes del país, independiente de su capacidad de pago, independiente de si viven en el área rural o en el área urbana, indistintamente de su capacidad de pago.

Y entonces habría que preguntarnos hoy, si ya que tenemos una ley estatutaria que declara que la salud es un derecho humano fundamental, qué tanto el actual sistema general de seguridad social en salud avanza en la garantía del goce efectivo de ese derecho, y encontramos que hay múltiples fallas estructurales que impiden que los colombianos, pues obviamente gocen de manera efectiva del derecho fundamental a la salud y pudiéramos decir que la segmentación según la capacidad de pago, la discriminación según la capacidad de pago, todavía genera unas diferencias odiosas.

Hoy se cubre con menos recursos al régimen subsidiado que al régimen contributivo, no hay una garantía en las áreas rurales, en las áreas rurales dispersas, incluso en muchas zonas como ya lo referenciaban algunos de mis antecesores, algunas zonas urbanas de las grandes ciudades no tienen la suficiente garantía del acceso, la fragmentación de los servicios y el hecho de que cada uno de las instituciones prestadoras de servicios de salud sea una isla que compita con el otro, pues obviamente nos genera un sistema lleno de barreras de acceso, adicional a las que se imponen por las relaciones comerciales, se le entregó el derecho fundamental a la salud a la mercantilización de los servicios, entonces necesitamos autorizaciones, que haya agenda, que realmente haya el prestador, que este el contrato con el hospital o la clínica para que nos puedan atender.

Y esto ha desbordado en que tenemos un modelo de atención con enfoque curativo, no es normal, aquí hemos de organizar algunas cosas, pero no es normal que la puerta de entrada al sistema sean las urgencias de los terceros niveles de atención y no es

normal que mantengamos colapsados los servicios de urgencias de los terceros niveles de atención de los hospitales y clínicas, eso no es normal, aquí lo hemos normalizado. Por qué se da este colapso reiterativo, pues obviamente por las N barreras de acceso que impone las relaciones comerciales entre pagadores y prestadores.

Igual la atomización de los recursos, es una falla estructural de nuestro sistema, ya tenemos una ganancia con que consolide los recursos en la Adres, pero cuando salen de allí les perdemos la pista y entonces no tenemos el suficiente control de qué pasa con esos recursos, que son públicos de destinación específica y obviamente ya conocemos todas las historias que tenemos de eventos, de evidencias de corrupción y de ineficiencia en el sistema de salud colombiano. Entonces está atomización, pues obviamente facilita el despilfarro y obviamente, tenemos un sistema muy lábil a la corrupción.

Y eso también ha degenerado en las debidas condiciones laborales, se tomó al recurso humano en salud como el cierre financiero del sistema, entonces la tercerización, pero también la pauperización de las condiciones laborales, es lo que hoy de alguna manera domina en el sector salud, en especial en el sector público, todavía el constreñimiento a la autonomía médica, el que haya avisos emergentes en las historias clínicas donde le dice al médico al especialista –no mande ese medicamento, no remita al especialista, porque usted ya se voló del presupuesto del mes–, obviamente eso es una cosa que atenta contra la autonomía de los profesionales de la salud.

La restricción del crecimiento de la república hospitalaria, llevamos 30 años y hay evidencias, 30 años donde los diferentes gobiernos han tratado de acabar con los hospitales públicos, desde documentos CONPES de por allá del 2000, 2001, 2005, y obviamente la categorización del riesgo fiscal y financiero y la inducción a seguir liquidando hospitales. Todo esto nos ha llevado pues a que hoy tengamos un incremento en las brechas en la atención en salud, en el estigmatizado Sistema Nacional de Salud en todos los municipios del país había sala de partos, ya no, el estigmatizado Sistema Nacional de Salud en todas partes, en todos los municipios del país había servicio de urgencias, ahora no.

Y eso claro, le hemos entregado al mercado la organización de los servicios y la asignación de los recursos, y el mercado ha respondido así. Hoy tenemos cierres permanentes de servicios de atención materno infantil, servicios de salud mental, de servicios de medicina interna, pero abundan servicios de ayudas diagnósticas, es decir, lo más rentable si abunda, pero lo que no da rentabilidad financiera se va cerrando, le entregamos al mercado la organización de los servicios, no a las necesidades de la población.

Adicional a esto, pues las empresas que manejan los recursos de destinación específica se les ha dado una laxitud en los requisitos que deben cumplir, como el capital mínimo, como la inversión, la inversión de las reservas técnicas, el margen de solvencia o el patrimonio adecuado, tenemos más de 20 normas, desde el 94 hasta nuestros días, que han tratado de flexibilizar esos requisitos y obviamente, tenemos los resultados que hoy se muestran.

En su momento hubo 157 EPS, 157 burocracias, hoy tenemos 28, se han liquidado 127, eso no ha salido de la nada, ha sido obviamente todo el desgüeño administrativo que ha habido y también unas normas que obligaron a fusionarse a algunas organizaciones, pero hoy tenemos una situación crítica, hicimos unas modelaciones que están en la exposición de motivos del proyecto de ley que cursa en la Cámara de Representantes, qué pasa si no hacemos nada, qué pasa si no hacemos nada, pues si no hacemos nada las tendencias van a que en 4 o 5 años no habrá EPS y las que habrá estarán en muy débiles condiciones, porque es lo que se ha venido presentando.

Muy bien, con respeto al proyecto de ley que hoy nos ocupa, pues sí hay una inquietud desde el principio, es decir, si realmente es una ley estatutaria por cuanto como ya lo decía alguno de mis antecesores desde el mismo epígrafe, incluso desde el objeto se plantea que va reglamentar, que va a regular la Ley 1751, que es una ley estatutaria, que va a desarrollarla, entonces ahí hay una contradicción si se quiere. Igual retoma gran parte de los contenidos del Proyecto de Ley número 010 del 2020 que en su momento se radicó como una ley ordinaria.

Y ya la Corte en varias sentencias se ha dedicado a realmente, qué es lo que se debe tener en cuenta en una ley estatutaria y es básicamente los contenidos, el qué, de lo que es el núcleo esencial del derecho ya el cómo, la forma, cómo se organiza un sistema y demás, cómo se financia, es de leyes orgánicas, ordinarias, de decretos y demás, no de leyes estatutarias, entonces llamamos la atención a los Honorables Senadores para que revisen este punto.

Igual se plantea en el artículo 2º, que se reforma el artículo 4º de la Ley 1751, si vamos a revisar lo que dice la Sentencia C-313 del 2014 de ese artículo 4º de la Ley 1751, la Corte considera ese artículo que no es estatutario, o sea, si alguna cosa pudiera ser estatutaria sería ese artículo que reforma el artículo de la ley estatutaria, pero les digo que la Corte dice que ese artículo no es.

Y eso es lo que define qué es el sistema de salud, pero claro aquí se nos quiere poner que vamos a elevar la Ley 100, el sistema general de seguridad social en salud a un nivel estatutaria y como decía algo de ustedes, el ponerlo allí, pues obviamente va a ser mucho más difícil después

cambiar mediante otra ley estatutaria cómo se debe hacer. Igualmente se plantea una restricción de la atención primaria, porque se le da a la atención primaria un enfoque prestacional, la atención primaria tiene un enfoque mucho más amplio que tiene que ver con la acción intersectorial de los determinantes sociales, sobre la participación de la sociedad, cómo crear esa capacidad de agencia de los residentes en este país y obviamente, cómo reorientar los servicios hacia un enfoque más preventivo, más promocional, más predictivo, cómo pasar de la competencia a la cooperación con redes integradas e integrales de servicios de salud.

También en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se desconoce algunas otras profesiones diferentes a la medicina, igual en el artículo 8º cuando se habla de la función esencial de salud pública, pues es muy restrictivo en lo que ya tenemos de funciones esenciales de la salud pública, en las 11 funciones esenciales de salud pública, la armonía de los servicios, la vigilancia sobre los factores de riesgo del ambiente, etcétera, ahí hay una restricción que sugerimos revisar respetuosamente.

También se plantea una función esencial del aseguramiento y obviamente, habría que recordar que los artículos 48 y 49 de la Constitución y el artículo 2º de la Ley Estatutaria, pues plantean que el aseguramiento, por un lado, y el servicio público esencial por el otro, son funciones indelegables del Estado y vemos como en el desarrollo de la ley se le entregan unas funciones que son esenciales, como la organización de los servicios, que sean las redes integradas de servicios, se le entregan a las EPS, entonces ahí hay unos artículos que tienen uno visos de inconstitucionalidad y que obviamente van en contra de la Ley Estatutaria.

Pero hay un artículo que nos preocupa mucho y es el artículo 18, el artículo 18 refiere a un plan básico de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, o sea seguimos con la segmentación de la población según su capacidad de pago por un lado, pero seguimos con el acotamiento de un plan básico, cosa que ya está resuelta en el artículo 15 de la ley estatutaria y la Sentencia C-313, donde se habla es de un plan explícito pero de exclusiones y darle una visión integral a todas las garantías que tenemos los colombianos en salud, aquí esto es francamente regresivo.

Igual les decía en la conformación de las redes en el artículo 24 que va en contra del artículo 2º de la Ley Estatutaria y el artículo 49 de la Constitución que plantea que la prestación del servicio público esencial en salud es una función indelegable en la dirección, supervisión, organización, regulación y coordinación; y eso de estar es a cargo del Estado.

Muy bien, no queda claro también, en parte del modelo que se plantea que en los municipios

categoría cuarta, quinta y sexta y la población ubicada en zonas de estrato uno de los municipios y distritos, ahí va concurrir el Estado con la atención primaria en salud, no queda claro de dónde va a ser la financiación y si va a ser que se va a duplicar esta financiación.

También es crítico el artículo 28, el artículo 28 pues trae a colación otras normas que son ordinarias incluso, como la Ley 1966, que plantea que cuando no haya hospitales públicos que no tengan sostenibilidad la financiera, pues tendrán que fusionarse, reestructurarse, etcétera, sigue con la mirada de la rentabilidad financiera para los hospitales públicos. Y entonces, eso va en contra obviamente de lo que estamos planteando de cómo fortalecer en las zonas rurales y rurales dispersas, incluso en capitales como Bogotá, donde hay unas subredes que requieren también una financiación adecuada.

Y aquí digamos me quiero detener un poco, porque gran parte ha apelado a un término que quisiéramos ir reevaluando y es el subsidio a la oferta, entonces se plantea que hay que subsidiar los servicios de salud, nosotros pensamos que hay que es garantizar una oferta adecuada, nosotros no decimos que hay que subsidiar la policía, o subsidiar la educación pública, o subsidiar el ICBF, no financiamos de manera eficiente, de manera efectiva con recursos adecuados para poder tener la soberanía sanitaria en todo el país.

También se plantea en el capítulo 8 de financiación, ahí se refleja es la intención de continuar incorporando consejos y lógicas en perspectiva del aseguramiento comercial en la prestación de servicios de salud, cosa que hoy tenemos, nos trajimos del estatuto orgánico financiero todas las normas con las cuales se vigilan a los bancos, se vigilan a los aseguradores comerciales, nos las trajimos al sector salud y con esas normas ya flexibilizadas, cómo les decía anteriormente, pues se vigilan EPS que deberían estar dedicadas es a la seguridad social, no a un seguro comercial signado por la compra-venta de servicios.

Unas conclusiones finales entonces, para nosotros no se trata de una norma estatutaria, es una norma general, ordinaria, es un proyecto de ley que se pudiera considerar regresivo, como ya lo decíamos anteriormente, porque limita incluso el acceso al derecho fundamental a la salud los términos que hoy está en la jurisprudencia, y en especial en la ley estatutaria. Mantiene el poder dominante de las EPS desplazando al Estado en unas funciones que son indelegables, se orienta más hacia el paradigma positivista de la prestación de servicios y de la medicalización de un enfoque biomédico, alejado del cuidado integral de la población, alejado de la determinación social, incluso.

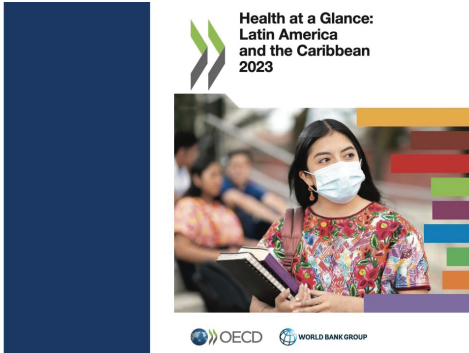
Y persiste, obviamente, en una mirada comercial, no propone medidas efectivas para proteger real y efectivamente los recursos del sistema, no hay en estos proyectos de ley. Y de alguna manera se crea una especie de tutela del Ministerio de Hacienda sobre el Ministerio de Salud en unos componentes, continúa promoviendo el debilitamiento de la oferta pública de servicios de salud a través de los hospitales y por ahí derecho se incumple el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Ese punto del Acuerdo de paz plantea que hay que fortalecer la república hospitalaria, en especial en las áreas rurales y rurales dispersas, aquí de alguna manera se echa al traste esto.

Finalmente, pensamos que aquí hay un paradigma, hay dos paradigmas en tensión, uno que defiende un enfoque individual, curativo, con un énfasis en la atención episódica de eventos agudos en atender las urgencias, apagar los incendios, más basado en la competencia entre los actores, fragmentado, segmentado según la capacidad de pago entre los que tienen algo de capacidad y los que no tiene nada y con múltiples barreras de acceso, lo que tenemos hoy.

Y lo que planteamos en el Proyecto de Ley número 339 es trascender del enfoque individual a un enfoque familiar y comunitario, más enfocado hacia la promoción, hacia el cuidado integral de la población con énfasis en la continuidad, en la coordinación asistencial, en el cuidado de la población en el lugar más adecuado, basado en la cooperación, en la complementariedad entre los actores a través de redes integradas e integrales de servicios, garantizar realmente la universalidad, la igualdad de trato de todos los residentes en el país y obviamente, en unas condiciones dignas para para todos.

Las funciones de las EPS, como ustedes saben, en el proyecto de ley pues no van a desaparecer, se van a transformar a gestoras con una base conceptual que retoma los acumulados en la gestión individual del riesgo, en sistemas de información, en la gestión de cohortes de pacientes, eso se mantiene, pero eso sí sin tener los recursos y entonces en una cooperación con el Estado donde se les va a reconocer por la auditoría, por la articulación de las redes y demás, entonces aquí no podemos hablar de estatización, porque los recursos llegarán desde el nivel central, desde la Adres a los hospitales y clínicas, donde los prestadores como ya se dijo, el 75% son privados.

De conformidad con la Ley 5ª de 1992, la Presidencia informa que se publican los documentos enviados al correo de la Comisión Primera del Honorable Senado de la República, [comisión.primer@senado.gov.co](mailto:comisión.primer@senado.gov.co) y los radicados en el trascurso de la audiencia y se envían los documentos a los honorables Senadores miembros de la Comisión Primera de Senado.



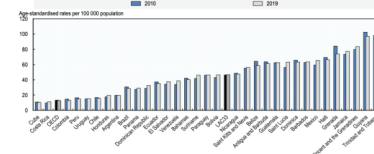
**Health at a Glance:  
Latin America  
and the Caribbean  
2023**

OECD WORLD BANK GROUP

**Mortalidad por diabetes**

Colombia (2019): 17 muertes por cada 100.000 habitantes.

Figure 3.38. Mortality rates for diabetes mellitus, 2010 and 2019



Source: Global Burden of Disease (2019), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

HEALTH AT A GLANCE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN 2023 © OECD/THE WORLD BANK 2023

3

**Mortalidad en adultos**

Figure 3.13. Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years per 1 000 population), 2000 and 2019 (or nearest year)

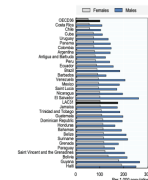
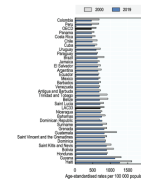


Figure 3.14. All-cause mortality rates for all populations, 2000 and 2019 (or nearest year)



**LAC31:** promedio de la probabilidad de morir fue de 176 por 1000 hombres adultos. Y 102 por 1000 mujeres adultas.

**OECD:** 101 por 1000 hombres y 52 por 1000 mujeres.

**Colombia:** 150 por 1000 hombres y 80 por 1000 mujeres (aprox).

Source: The World Bank World Development Indicators Data 2022. [Statista Link: https://data.worldbank.org/](https://data.worldbank.org/)

Source: Global Burden of Disease (2020), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

HEALTH AT A GLANCE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN 2023 © OECD/THE WORLD BANK 2023

2

**Mortalidad por cáncer**

Figure 3.15. All cancers, estimated mortality rates, 2000 and 2019 (or nearest year)

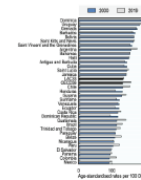


Figure 3.28. All cancers, estimated mortality rates, by sex, 2019 (or nearest year)



**Tasa de Mortalidad por Cáncer en LAC33 - 2019**

Promedio LAC: 134 por cada 100.000 habitantes

Promedio de países de la OCDE: 133 por cada 100.000 habitantes

Colombia (2019): 120 por cada 100.000 habitantes (aprox).

Source: Global Burden of Disease (2019), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

Source: Global Burden of Disease (2019), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

HEALTH AT A GLANCE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN 2023 © OECD/THE WORLD BANK 2023

4

**Enfermedad cardiovascular**

Figure 3.16. Cardiovascular diseases, estimated mortality rates, 2000 and 2020 (or nearest year)

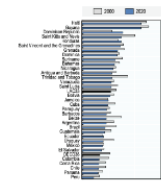
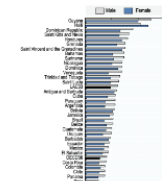


Figure 3.17. Cardiovascular diseases, estimated mortality rates, by sex, 2020 (or nearest year)



**Hombres:**

Ocupaca y Haiti: > 400 por cada 100,000 habitantes.  
Panamá, Panamá, Chile, Colombia y Costa Rica: Por debajo del promedio de la OCDE (184 por cada 100,000 habitantes).

Colombia: 200 por 100.000 hombres (3.16).

**Mujeres:**

Haiti y Ocupaca: Las más altas (475 y 399 por cada 100,000 habitantes, respectivamente).  
Paná: La más baja en la región (77 por cada 100,000 habitantes), junto con Panamá, Costa Rica y Chile, por debajo del promedio de la OCDE (113).

Colombia: 80 por 100.000 mujeres (3.16)

Source: Global Burden of Disease (2019), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

Source: Global Burden of Disease (2019), IHME. [Statista Link: https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046](https://doi.org/10.1016/j.lan.2020.09.046)

HEALTH AT A GLANCE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN 2023 © OECD/THE WORLD BANK 2023

5

**¿Hacia dónde debe dirigirse una reforma a la ley estatutaria de salud?**

**Wilson Giovanni Jiménez Barbosa**  
 Profesor Titular – Universidad Jorge Tadeo Lozano  
 Doctor en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud  
 Magister en Administración  
 wilson.gjimenezb@utadeo.edu.co

**EJES CENTRALES**

- ✓ Superar la fragmentación del sistema de Salud
- ✓ Lucro de particulares válido en la medida que se logre aportando a garantizar el derecho fundamental a la salud
- ✓ Colombia son múltiples “colombias” y a cada una de ellas se les debe garantizar el derecho fundamental a la salud.
- ✓ Déficit de talento humano



Fernando Ruiz Gómez

**UTADEO** EJES CENTRALES

- ✓ Incentivos para que se desplace el talento humano existente a las regiones y/o zonas urbanas donde se requiere
- ✓ Sistemas de información y calidad de los datos reportados
- ✓ Telemedicina e Inteligencia Artificial

**UTADEO**

# ¡Gracias!

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa  
 Doctor en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud  
 Magister en Administración  
 wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

**acemi** Asociación Colombiana de Ingeniería Médica y Salud

## AVANCES Y OPORTUNIDADES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Ana María Vesga Gaviria  
 Presidente Ejecutiva

### Cobertura de afiliación y servicios de salud y protección financiera

La cobertura en salud (98,8%) es la más alta de todos los servicios públicos y Salud es la dimensión que menos incide en la pobreza multidimensional (9,6%)

- La cobertura aumentó 74 puntos entre 1993 y 2023.
- En 1993 el quintil de población con mayor ingreso tenía 12 veces mayor cobertura que el quintil más pobre.
- El gasto de bolsillo (15%) es el menor de América Latina y de los países de la OCDE
- Las barreras de acceso a servicios de salud aportan 2,2% al Índice de Pobreza multidimensional, en 1997 era del 12%

Fuente: Fedesarrollo con microdatos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE

### MEJOR ACCESO Y MAYOR CALIDAD

- 97%** De los pacientes con hemofilia severa del régimen contributivo tienen profilaxis. Nivel más alto que Francia e
- 95,2%** Cobertura de tratamiento para VIH (96% en contributivo y 94,5% en subsidiado)
- 2,9%** Gestantes SIN control prenatal. En 1993 era 20%
- 19 entre 137** Puesto de Colombia entre los países con menor tasa de mortalidad por mala calidad de la atención en salud (Harvard)
- 15%** Reducción de la mortalidad evitable en Colombia entre 2010 y 2019, 25% menos muertes evitables que Brasil y 34% que México

### Acceso se traduce en resultados

En la última década Colombia fue uno de los países con mayor ganancia en años de vida saludable

Cambio en la esperanza de vida entre 2007-2017

País	In good health	In poor health	Net to life expectancy	Esperanza de vida, 2017
Japan	0,9	0,7	1,6	83,0
France	1,4	0,1	1,5	81,7
United Kingdom	0,8	0,9	1,7	80,3
Germany	0,1	1,1	1,4	80,3
United States	0,5	0,5		78,2
Colombia			2,4	76,9
China	1,3	1,6	2,9	76,3
México	-0,1			76,1
India			2,7	70,2

Fuente: McKinsey Global Institute, WHO

### Calidad de los servicios recibidos por su EPS y la red

**83%** Califican como buena o muy buena la atención recibida por la Red de su EPS

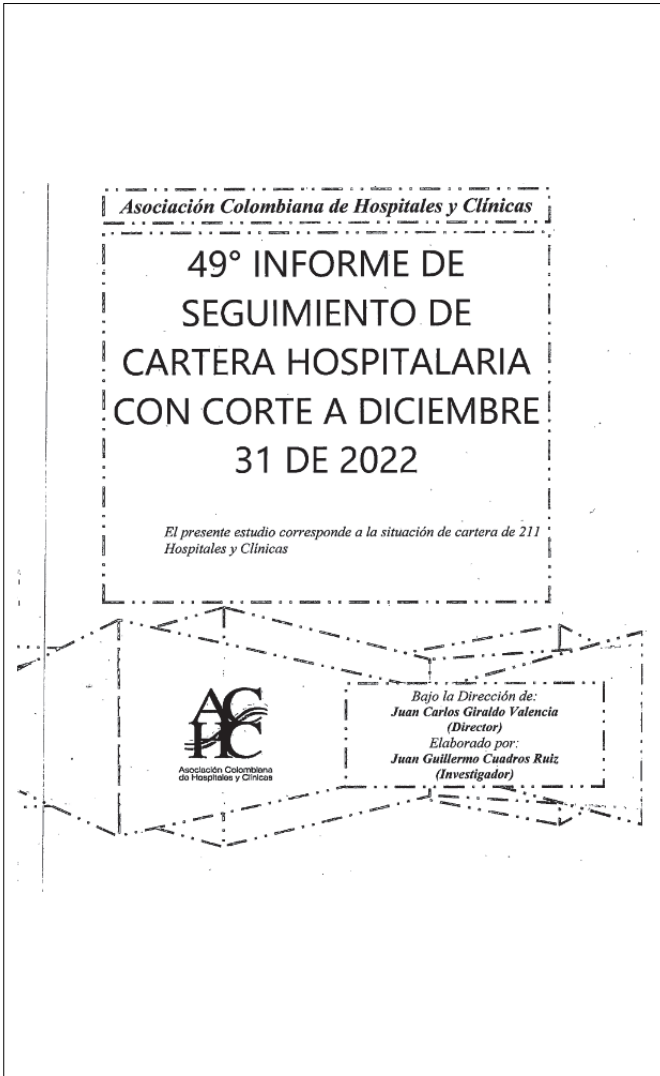
**85%** De los afiliados a una EPS califican su gestión en 3 o más en una escala de 1 a 5 (ANDI)

Fuente: ACEMI con microdatos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE

### Retos del Sistema de Salud actual

- 01 Población**
  - + Crónicos
  - + Viejos
- 02 Tecnología**
  - + Innovación
  - + Tratamientos de alto costo
- 03 PBS**
  - + Ampliismo
  - + Tutelas
- 04 No PBS**
  - + Gasto sociosanitario
  - + Innovación
- 05 Determinantes sociales**
  - + Articulación entre los sectores.
- 06 Gasto % PIB**
  - + A pesar de haber crecido (8%), es insuficiente (-10-11% Ocd)





**ESTUDIOS TÉCNICOS**  
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS  
**49° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA**  
 A 31 DE DICIEMBRE DE 2022 (cifras en miles de pesos \$)

**TABLA DE CONTENIDO**

1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. METODOLOGÍA .....	5
3. RESULTADOS .....	8
3.1. Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud .....	10
3.2. Entidades deudoras .....	11
3.2.1. Cartera por tipo de deudor o negocio .....	11
3.2.2. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo – EPS-C- .....	14
3.2.3. Entes Territoriales .....	20
3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado – EPS-S- .....	23
3.2.5. Módulos de cartera hospitalaria por regiones .....	30
3.2.6. Principales deudores por cartera de 60 días y más .....	33
3.2.7. Entidades deudoras intervenidas, en proceso de liquidación, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria .....	35
3.2.8. Aseguradoras SOAT .....	45
4. CONCLUSIONES .....	48

**ESTUDIOS TÉCNICOS**  
 ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS  
**49° INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA**  
 A 31 DE DICIEMBRE DE 2022 (cifras en miles de pesos \$)

**1. INTRODUCCIÓN**

Dirigido por:  
**Juan Carlos Giraldo Valencia<sup>1</sup>**  
 Director ACHC

Elaborado por:  
**Juan Guillermo Cuadros Ruiz<sup>2</sup>**  
 Miembro grupo de Investigación y Proyectos ACHC

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC- presenta su tradicional estudio de cartera hospitalaria, correspondiente a la situación de cuentas por cobrar de 211 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS<sup>3</sup>- con corte a diciembre 31 de 2022.

Por doceava vez consecutiva, se realiza el análisis respectivo bajo la metodología contable de las Normas Internacionales de Información Financiera –NIIF<sup>4</sup>-, a partir del 1 de enero del año 2017 y en donde se deben incluir los **“deterioros de cartera morosa por edades”**, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad.

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

1 Médico y dirigente de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación de impacto de proyectos sociales – CEPAL-, Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP, Magíster en administración de salud de la Universidad suesiana y Master en gestión de centros y servicios de salud de la Universidad de Barcelona.  
2 Administrador de Empresas y Maestro en MBA de la Universidad Nacional de Colombia.  
3 Se agradece a las Clínicas y hospitales por facilitar la información correspondiente en el nuevo formato (FT003) y contar con su oportuna participación.  
4 También conocidas por sus siglas en inglés como IFRS (International Financial Reporting Standards), son estándares técnicos contables adoptadas por el IASB, institución privada con sede en Londres. Constituyen los Estándares Internacionales o normas internacionales en el desarrollo de la actividad contable y suponen un manual contable de la forma como es aceptable en el mundo. Las NIIF son usadas en muchas partes del mundo, entre las que se incluye la Unión Europea, Hong Kong, Australia, Chile, Colombia, Malasia, Pakistán, India, Panamá, Guatemala, Perú, Rusia, Suíza, Singapur, Turquía, Ecuador y Nicaragua. Desde el 28 de marzo de 2018, alrededor de 75 países obligan al uso de las NIIF, o parte de ellas. Otros muchos países han decidido adoptar las normas en el futuro, bien mediante su adaptación directa o mediante su adaptación a las legislaciones nacionales de los distintos países.  
5 Generally Accepted Accounting Principles: su traducción es Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados y son de uso general en el mundo, los US GAAP son los principios de contabilidad Generalmente aceptados en Estados Unidos, mientras que los COL GAAP son los principios de contabilidad Generalmente aceptados en Colombia. En: <https://www.gerencia.com>  
6 El valor provisionado disminuye el valor de la cartera y se reconoce como gasto, de modo que su contabilización será un crédito a la cuenta provisión de cartera y un débito a la cuenta de gastos. La importancia que tiene la provisión de cartera radica principalmente en que permite depurar lo que la empresa en realidad tiene. Permite determinar con exactitud qué es lo que la empresa efectivamente puede cobrar de sus deudores, y la parte que no se pueda cobrar, se lleva como un gasto, lo cual afecta directamente los resultados del ejercicio, es decir, disminuye la utilidad en el valor que los clientes no pagan, que es el valor provisionado. Si no se hiciera la respectiva provisión de cartera, los estados financieros mostrarían valores irreales, puesto que mostrarían unas cuentas por cobrar que, si bien son reales, jamás se podrán cobrar, por lo que se estaría presentando una información contable inexacta, se estaría mostrando algo de que la empresa nunca podrá disponer. En: <https://www.gerencia.com/>

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

**Como la normatividad según NIIF obliga a incluir el “deterioro”, todas las desagregaciones del estudio de aquí en adelante serán presentadas bajo estos dos conceptos (CON Y SIN DETERIORO), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto “SIN INCLUIR EL “DETERIORO”, puesto que obedece a cartera hospitalaria AÚN PENDIENTE por parte de la entidad responsable de pago.**

Para este semestre, se tiene un incremento del volumen absoluto total y de la cartera morosa bajo los dos conceptos denominados “SIN INCLUIR EL DETERIORO (cartera bruta)” y “CON DETERIORO (cartera neta después de aplicar la metodología NIIF)”. Este último criterio enunciado, se precisa que corresponde al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de más difícil cobro”.

En esta oportunidad el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 211 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de más de **catorce billones veintinueve mil (\$ 14.0 billones de pesos aproximados)**; variación positiva del 1,4 % con respecto a la deuda reportada en el semestre a junio de 2022.

Respecto del semestre anterior, se evidencia un crecimiento de la cartera absoluta total y en mora frente a los semestres anteriores, debido a la reactivación de los servicios de salud, después de la caída en la facturación<sup>7</sup> y los ingresos de las IPS durante el periodo del año 2020, motivado por la pandemia mundial de COVID-19<sup>8</sup> y la consecuente declaratoria por parte del Gobierno Nacional del aislamiento preventivo obligatorio<sup>9</sup> y el estado de emergencia, económico, social y ecológico<sup>10</sup>, en donde los procedimientos y la prestación de servicios de salud presenciales no prioritarios se tuvieron que aplazar, postergar o prestar mediante la modalidad de tele salud, telemedicina o atención domiciliaria<sup>11</sup>.

Si se tuviese en cuenta la inclusión del “deterioro de cartera morosa por edades”, el valor de cuentas por cobrar a diciembre 31 de 2022 para los 211 hospitales y clínicas reportantes, sería de más de \$ 10.9

7 Efecto documentado en las ENCUESTAS FLASH DE FLUJO DE RECURSOS desarrolladas por la ACHC, durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020, frente a la facturación corriente (caída entre el 30% - 35% de los ingresos habituales recibidos por las IPS afiliadas) y los ingresos recibidos durante el año 2019 y enero-febrero de 2020, antes de que iniciara la pandemia por COVID-19 en Colombia.  
8 Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 (nuevo coronavirus).  
9 Decreto 457 de 2020.  
10 Decreto 117 de 2020.  
11 Según MINSALUD en un análisis de la tendencia de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 con datos preliminares de 2020, el efecto de la pandemia en la mortalidad se refleja en una disminución global del número de personas atendidas del -1,8% en comparación con el promedio de personas atendidas en el periodo 2015-2019. Los meses con mayor disminución de las atenciones fueron abril y julio, con decrecimientos del -46,1% y -35,8%, respectivamente. Al comparar estas variaciones con las diferencias de personas atendidas en los promedios de los periodos 2011-2014 y 2015-2019, cuando las atenciones globales aumentaron casi 25,4 puntos porcentuales, se puede comprender la marca y significativa disminución de personas atendidas en consulta ligada a la pandemia, especialmente durante la medida de aislamiento obligatorio. Para más información ver “Cambios en la tendencia de la mortalidad durante la pandemia por COVID-19 en Colombia: Explorando la tendencia COVID-19 en: <https://doi.org/10.26434/chemrxiv-2022-01>”  
12 <https://www.gerencia.com/>

billones de pesos. A continuación, se presenta la composición de cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo o no el deterioro bajo NIIF):

**Cuadro 1**  
**Composición de cartera por edad (ambos escenarios)**  
**A Diciembre 31 de 2022**

**SIN INCLUIR EL "DETERIORO"**

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(Miles de \$ y participación %)	
			(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)	
A 30 días más corriente	5.385.188.602	38,2%	55,2%	
De 31 a 60 días	923.956.141	6,6%		
De 61 a 90 días	689.187.066	4,9%		
Más de 91 días	7.050.695.226	50,3%		
<b>Total general</b>	<b>14.028.027.054</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.739.882.312</b>	

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF**

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(Miles de \$ y participación %)	
			(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)	
A 30 días más corriente	5.264.308.807	48,0%	44,0%	
De 31 a 60 días	879.449.391	8,0%		
De 61 a 90 días	633.074.333	5,8%		
Más de 91 días	4.197.820.125	38,2%		
<b>Total general</b>	<b>10.974.452.656</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.830.694.457</b>	

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 Instituciones.

Lo anterior indica, que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus "cuentas por cobrar morosas" un valor por más de \$ 3.0 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 21,8 % de la deuda total a diciembre de 2022 sin deterioros (\$ 14.0 billones aproximados); es decir para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 211 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 44,8 %
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 33,4 %
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 21,8 %
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0 %

Siguiendo este criterio (ver Cuadro 1 sin incluir el deterioro), la deuda total a diciembre de 2022 es superior en cerca de \$ 190 mil millones aproximados frente a la reportada a junio de 2022, lo que indica una variación del 1,4 % en el transcurso de un semestre, explicada como ya se indicó, por la reactivación en la prestación de los servicios de salud, posterior al inicio de la pandemia mundial de COVID-19.

Según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo

(50,6 %), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (22,8 %) y en tercer lugar el Estado (9,1 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de salud, de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES<sup>12</sup>, y la deuda del extinto Operador Fiduciario del FOSYGA. Estas tres categorías concentran el 82,5 % de la deuda total registrada a diciembre de 2022.

Po otro lado, se mantiene la participación dentro de la deuda de los principales actores, en donde las EPS del Régimen "Contributivo" y "Subsidiado" más la categoría "Estado" representan más del 80,0 % del total de la deuda (cerca de \$ 11,6 billones de pesos sin deterioro).

Las otras categorías de deudores donde se incluyen: planes complementarios y medicina prepagada, aseguradoras, administradoras de riesgos laborales, IPS, empresas, particulares, el magisterio y la categoría sin clasificar, suman el 17,5 % del total de la deuda reportada, frente al 17,6 % del semestre anterior.

**2. METODOLOGÍA**

***Desde el periodo anterior se decide fusionar o agrupar algunas categorías que representan en su conjunto, menos del 12% de todo el volumen de la deuda reportada por las instituciones hospitalarias, a lo largo de todos los estudios anteriormente elaborados por la ACHC, dejando abierta únicamente las categorías principales de mayor peso y representatividad dentro de la deuda total.***

El análisis que sustenta el presente estudio se hizo tomando como fuente de información primaria, los registros de deuda depurados de 211 IPS, a partir de la expedición de la Circular Externa N° 016 de Noviembre de 2016 (Inclusión del formato FT003 cuentas por cobrar-deudores), mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud derogó en su totalidad la información que debían reportar obligatoriamente las IPS en el marco de la Circular Externa N° 047 de 2007 por efecto de la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera-NIIF<sup>13</sup>.

Es importante aclarar que para los estudios anteriores al año 2017, se tuvieron en cuenta los contratos contemplados en la Circular Externa Única 047 de 2007 (archivo tipo de cuentas por cobrar) y la Circular Externa 049 de 2008, emanadas de la Supersalud; dichos formatos fueron identificados como archivo de deudores tipo 059 para las IPS de naturaleza privada y tipo 064 y 114 para las públicas. Igualmente se tuvieron en cuenta las Resoluciones 4362 de 2011<sup>13</sup> y su respectivo ajuste con la Resolución 1121 de

<sup>12</sup> Mediante artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA. Fondo-Cuenta, adscrito al Ministerio de Salud y Promoción Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación obligada de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho (renunciable) a la Seguridad Social. La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" en el artículo 66 crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS (ADRES por sus iniciales) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hará parte del SGSSS, estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. El artículo mencionado establece que una vez entre en operación la Entidad, se suplirá el FOSYGA (Las Decretos 1426 y 1431 de 2016 contemplan su estructura y funcionamiento). La ADRES empujó operaciones el 1 de agosto de 2017. En: <https://www.adresa.gov.co/inicio> y <https://www.adresa.gov.co/inicio> de la entidad-OrMC3%49 es la ADRES

<sup>13</sup> Incluye nuevas cuentas como la 1307 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR), por concepto de giro directo

2013<sup>14</sup> por las cuales se emite y se ajusta el nuevo Plan Único de Cuentas -PUC- para IPS de naturaleza privada; expedidas ambas por la Supersalud. De igual forma se incluye la Resolución 421 de 2011<sup>15</sup> de la Contaduría General de la Nación que tiene en cuenta estas mismas modificaciones del PUC para las IPS de naturaleza pública, denominado Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública. Se tuvo en cuenta igualmente, el Decreto 1095 de 2013, por el cual se reglamentó el inciso 2 del Artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, donde se estipula el procedimiento de aplicación de los giros directos<sup>16</sup> entre los agentes del Sistema. **Para el efecto, se presenta la clasificación ajustada de los siete (7) tipos de deudores establecida por la ACHC a partir del periodo anterior y los cuales se describen brevemente a continuación.**

- 1) Régimen contributivo: comprende el registro de la deuda de las EPS en operación que administran dicho régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación.
- 2) Estado: categoría bajo la cual se consolida la deuda de las entidades territoriales de salud (ETS), representadas en las secretarías departamentales y locales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos, en lo que se refiere a la atención de la población pobre no afiliada y la atención de servicios No POS<sup>17</sup>, más la deuda de las antiguas cajas de previsión social del orden territorial, que no se transformaron en Entidades Adaptadas de Salud (EAS), del extinto operador fiduciario del FOSYGA<sup>18</sup>, de la ADRES<sup>19</sup> y de otras entidades del Estado<sup>20</sup>.
- 3) Régimen subsidiado: comprende el registro de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS-S) en operación que administran este régimen, así como la de aquellas que entraron en liquidación, ya sean éstas EPS, cajas de compensación familiar, empresas solidarias, mutuales o indígenas; e igualmente incluye la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que anteriormente se fusionaron y aún registran deuda.
- 4) Entidades de medicina prepagada y planes complementarios.

- 5) Aseguradoras por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT- y por cubrimiento de pólizas de salud y accidentes y empresas donde se registra el nombre, sin identificar el tipo de cubrimiento.
- 6) Administradoras de riesgos profesionales o laborales.
- 7) Otros las cual incluye:
  - o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: deuda de otras instituciones que se clasifican en IPS públicas y privadas en general, las que conforman Uniones Temporales y capitadoras, cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.
  - o Empresas: en aquellos casos que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares, o deudas de compañías o empresas proplamente dichas sean nacionales o extranjeras.
  - o Particulares: corresponde al registro de la deuda de personas naturales.
  - o Magisterio: corresponde a la cartera que se registra para este grupo de trabajadores, anteriormente a través del Fondo Educativo Regional -FER- o de la Fiduciaria La Previsora, que administra los recursos de este régimen de excepción, u otras entidades que prestan servicios de atención al magisterio.
  - o Cartera sin clasificar y otros conceptos: categoría en la cual se registra la deuda de otras entidades e incluso de organismos internacionales, y que no corresponden a las categorías antes enunciadas, más anticipos, avances entre otros.

<sup>14</sup> Incluye nuevas cuentas como la 1306 Giros para abono a cartera pendientes de aplicar (CR), por concepto de giro directo.

<sup>15</sup> Incluye nuevas cuentas como la 140981 Giro directo por abono a cartera régimen subsidiado (Cr), por el mismo concepto de la nota anterior.

<sup>16</sup> Artículo 10 Ley 1608 de 2013, Resoluciones 0654 de 2014, 3503 de 2015, 3110 y 2916 de 2018 (contributivo), Resoluciones 2320 de 2011 y 1587, 4621 de 2016 y 3110 de 2018 (subsidiado).

<sup>17</sup> De acuerdo con lo establecido en el Decreto 804 de 1968 y la Resolución 6334 de diciembre de 2008 que reglamenta lo ordenado por la Sentencia T-780 de 2008.

<sup>18</sup> En muchos reportes se registra deuda de FOSGA, FISALUD y FIDUFOSYGA, las primeras fiducias que operaron los recursos del FOSYGA. Hasta 2017, el consorcio que manejaba estos recursos era el operador SAYP, integrado por FIDUPREVISORA y FIDUCOLDEX, (estas entidades operaban desde del día 29 de septiembre de 2011) y fueron reemplazadas por la ADRES.

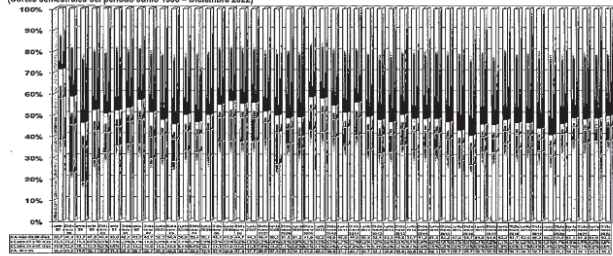
<sup>19</sup> Artículo 27 del Decreto 1423 de 2016. Transferencia de derechos y obligaciones: Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y del Fondo de Salvariento y Garantías para el Sector Salud - FONSASSET, se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Todos los derechos y obligaciones a cargo del FOSYGA pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES, una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este país.

<sup>20</sup> Fuerzas militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y Policía Nacional, INPEQ, SENA, ICBF, Fiscalía General de la Nación, Ministerios y demás entidades públicas que dependen de deportes de presupuesto general de la nación.

3. RESULTADOS

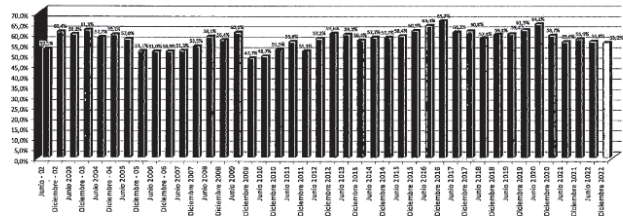
Observando la evolución de la cartera desde el año 1998 a la fecha (corte a diciembre de 2022), se puede evidenciar que las mayores concentraciones de cartera superior a 60 días se presentaron en junio - diciembre de 2003, diciembre de 2004, junio - diciembre de 2016, diciembre de 2019 y junio de 2022. En este punto se presenta una concentración menor en las cuentas por cobrar mayor a 90 días (50,3 % comparado frente al 51,6 % a junio de 2022). (Ver gráfico 1). Por su parte, se evidencia un incremento de 0,2 puntos porcentuales, en la concentración de cartera a 30 días más corriente con respecto a junio de 2022, ubicándose en el 38,2 %. La franja intermedia de cuentas por cobrar de 31 a 60 días y 61 a 90 presenta un incremento, ubicándose en 11,5 % frente al 10,4 % del semestre anterior.

Gráfico 1 Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad. SIN INCLUIR EL "DETERIORO" (Cortes semestrales del periodo Junio 1998 - Diciembre 2022)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

Gráfico 2 Comportamiento histórico de la composición de cartera en mora (mayor a 60 días), SIN INCLUIR EL "DETERIORO" (Cortes semestrales del periodo Diciembre 1998 - Diciembre 2022)



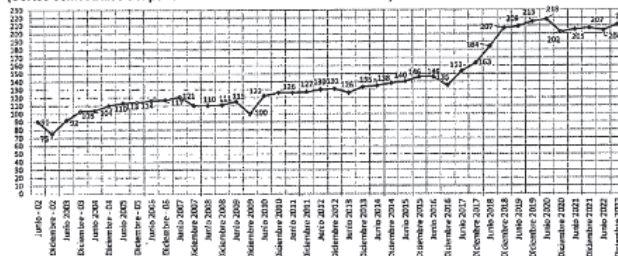
Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

Por su parte, la cartera considerada en mora (mayor a 60 días) presenta una disminución a diciembre de 2022 de 0,6 puntos porcentuales bajo la implementación de la metodología NIIF (55,2 % vs 55,8 % a junio de 2022), comparado con el semestre inmediatamente anterior. (Ver gráfico 2).

3.1. Reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 211 IPS que reportaron información en el actual corte, 107 son de naturaleza privada, 102 de naturaleza pública y 2 de carácter mixto. A su vez, el 41,7 % de las instituciones son de alta complejidad, el 23,2 % de mediana y el 35,1 % de baja (Ver Cuadro 2).

Gráfico 3 Comportamiento histórico del número de IPS reportantes (Cortes semestrales del periodo Diciembre 1998 - Diciembre 2022)



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera.

Cuadro 2 IPS que reportaron informe de cartera según naturaleza jurídica y complejidad de atención A Diciembre 30 de 2022

Naturaleza jurídica	Complejidad	Número	Part % por N.J.	Complejidad	Número	Part % por complejidad
PRIVADA	ALTA	74	35,1%	ALTA	86	41,7%
	MEDIANA	23	10,5%	MEDIANA	46	23,2%
	BAJA	10	4,7%	BAJA	74	35,1%
<b>TOTAL PRIVADA</b>		<b>107</b>	<b>50,7%</b>	<b>Total general</b>	<b>211</b>	<b>100%</b>
PÚBLICA	ALTA	12	5,7%			
	MEDIANA	26	12,3%			
	BAJA	64	30,3%			
<b>TOTAL PÚBLICA</b>		<b>102</b>	<b>48,3%</b>			
MIXTA	ALTA	2	0,9%			
<b>TOTAL general</b>		<b>211</b>	<b>100,0%</b>			

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

3.2. Entidades deudoras

De acuerdo con la clasificación descrita en la metodología, el análisis de las entidades deudoras se realiza según tipo de deudor o negocio; Empresas Promotoras de Salud -EPS- del Régimen Contributivo, Entes Territoriales y -EPS-S del Régimen Subsidiado, incluyendo luego un análisis de las principales entidades deudoras, y finalmente el panorama actual de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial o programa de recuperación, frente al cruce de su respectiva población afiliada a la fecha de corte de este informe, e incluyendo el cambio de movilidad<sup>21</sup> -CM- entre regímenes (a diciembre 31 de 2022).

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

Los anteriores análisis se realizan con base en la **deuda absoluta mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022 (cartera considerada en mora)** y frente a los resultados del informe de cartera del periodo inmediatamente anterior.

3.2.1. Cartera por tipo de deudor o negocio

La deuda considerada en mora (60 días y más)<sup>22</sup>, se ubicó en el orden de los \$ 7.7 billones aproximados (Ver Cuadro 1 sin incluir el deterioro), representando el 55,2 % del total de la deuda; inferior al 55,8 % del corte anterior, bajo la implementación de la metodología NIIF a partir de 2017. Por su parte, el monto absoluto de cartera mayor a 60 días presentó un incremento de \$ 17.519 millones frente a junio de 2022. La deuda absoluta de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y los entes territoriales sigue estando representada en entidades como NUEVA EPS, la intervenida para liquidar MEDIMÁS EPS, la intervenida para liquidar COOMEVA EPS, la vendida y luego intervenida para liquidar CAFESALUD EPS, EPS SANITAS, el EXTINTO OPERADOR FIDICIARIO DEL FOSYGA y la ADRES, COOSALUD, la liquidada CONVIDA, SURA EPS - SUSALUD EPS y finalmente EMSSANAR ESS.

Cabe resaltar como ya se indicó, que, dentro de la concentración de cartera morosa mayor a 60 días a diciembre de 2022, situada en 55,2 %, ésta se compone de un 21,8 % de cartera de más difícil cobro o "deteriorada" según lo indica la metodología NIIF.

Por tipo de deudor, las EPS del régimen contributivo mantienen la mayor participación en la deuda total (50,8 %), siguiéndole en orden las EPS-S del régimen subsidiado (22,8 %), el Estado (9,1 %) y las demás previamente definidas y de naturaleza diversa (17,5 %, incluyendo la categoría Otros conceptos).

Las EPS del régimen subsidiado aumentaron su participación en 1,1 puntos porcentuales frente junio de 2022 (22,8 % frente al 21,7 %). De otro lado, las EPS del régimen contributivo disminuyeron su

<sup>21</sup> Decreto 3047 del 27 de Diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisben, el cual tiene como objetivo establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS.

<sup>22</sup> Según lo estipulado en el artículo 13, literal d) de la Ley 1122 de 2007, referente al flujo y protección de los recursos, por concepto de venta de servicios en salud por parte de las IPS.

participación en 0,5 puntos porcentuales. Igualmente, la categoría "Estado" disminuyó su participación (9,1 % frente al 9,5 % a junio de 2022).

De otro lado, la deuda conjunta total absoluta de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, aumentó en cerca de \$ 218 mil millones de pesos con respecto a junio de 2022 y si le sumamos la categoría Estado, la diferencia se ubica en más de \$ 174 mil millones de pesos.

En relación con la diferencia absoluta y la concentración de cartera mayor a 60 días, comparada con la situación del semestre anterior, las EPS del régimen subsidiado aumentaron su participación en 2,1 puntos (con un incremento de la deuda morosa en cerca de \$ 180 mil millones frente al período anterior). Por su parte, el régimen contributivo disminuyó en 4,3 puntos porcentuales su participación (en este caso en un incremento de valor de cerca de \$ 293 mil millones aproximados).

La categoría "Estado" presentó un incremento de 3,5 puntos porcentuales en la cartera de mayor a 60 días, y del valor absoluto pasando de \$ 925.600 millones a \$ 939.750 millones a diciembre de 2022, explicado especialmente por las concentraciones de la deuda mayor a 60 días de las subcategorías como del desaparecido "Operador fiduciario del FOSYGA" (100,0 %), de los entes territoriales (concentración morosa del 82,3 %) y de la entidad administradora de los recursos del sistema de salud ADRES<sup>23</sup> (concentración morosa del 75,5 % frente al 72,4 % a junio de 2022). Es de anotar que la deuda referida en este acápite de ADRES, corresponde al proceso relacionado con el reconocimiento y pago de *Reclamaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Terroristas*, es decir, no se tienen en cuenta los demás procesos de reconocimiento, pago y giro de recursos a favor de los actores del SGSSS<sup>24</sup> y que, según sus informes, equivalen al 99,3% del uso total de los recursos apropiados para la vigencia 2022, estimados en 70,4 billones de pesos.<sup>25</sup>

Todos los resultados mostrados de aquí en adelante, donde a primera vista se evidencian "posibles mejoras o disminuciones de cartera morosa", cuando se observan los cuadros denominados - **INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF**-, se explican como consecuencia de la inclusión de los *deterioros de cartera morosa* en 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de más difícil cobro", según lo obligó la Circular N° 016 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>23</sup> La ADRES empezó operaciones el 1 de agosto de 2017.  
<sup>24</sup> Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, recuento de los recursos del SGSSS.  
<sup>25</sup> Presentación ADRES año 2022.

**Cuadro 3**  
**Composición de cartera por tipo de deudor (ambos escenarios)**  
**Diciembre 31 de 2022**

**SIN INCLUIR EL "DETERIORO"**

(Millones de \$ y participación %)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2023
1. REG. CONTRIBUTIVO	2.632.419.327	40,3%	517.070.122	7,3%	376.335.662	5,7%	3.347.759.023	47,1%	7.105.584.400	96,6%	91,2%
2. ESTADO	280.466.807	22,2%	48.136.084	3,8%	36.271.665	3,0%	901.478.973	71,0%	1.276.461.529	9,1%	9,5%
<b>ADRES</b>	46.846.523	19,6%	11.412.451	4,6%	7.251.359	2,5%	190.855.864	72,6%	249.188.096	1,8%	1,7%
ENTE TERRITORIAL	103.727.346	14,6%	22.246.866	3,1%	20.945.745	2,5%	596.177.204	78,4%	713.007.164	5,1%	5,5%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	81.589.229	100,0%	81.589.229	0,6%	0,6%	
OTRAS	129.188.933	57,0%	14.526.784	6,4%	10.074.561	4,4%	72.856.861	32,1%	226.626.140	1,6%	1,7%
3. REG. SUBSIDIADO	996.490.269	31,2%	237.726.124	7,4%	166.115.602	5,7%	1.795.393.852	58,1%	3.197.716.678	22,8%	21,7%
4. PC Y MP	227.957.018	74,2%	32.730.090	10,7%	8.205.102	2,7%	36.240.563	12,6%	307.132.618	2,2%	2,0%
5. ASEGURADORAS	185.994.789	41,3%	21.332.361	4,7%	19.363.372	4,1%	234.486.302	49,5%	450.183.793	3,2%	3,3%
6. ARL (RIESGOS LABORALES)	22.496.301	49,5%	2.439.902	5,4%	1.278.428	2,8%	19.234.801	42,3%	44.447.433	0,3%	0,3%
7. OTROS CONCEPTOS (IPS, EMPRESAS, PARTICULARES, MAGISTERIO, SIN CLASIFICAR)	797.287.126	47,6%	64.029.487	3,9%	78.818.849	4,8%	724.119.869	43,8%	1.652.535.324	11,8%	11,9%
<b>TOTAL GENERAL</b>	6.595.189.602	38,2%	923.995.141	8,6%	639.187.086	4,9%	7.059.995.229	50,3%	14.629.487.054	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF**

(Millones de \$ y participación %)

Tipo de Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2023
1. REG. CONTRIBUTIVO	2.816.297.443	61,1%	498.663.821	9,1%	346.128.764	6,3%	1.842.353.482	33,6%	5.506.440.009	60,2%	60,3%
2. ESTADO	278.346.194	29,8%	45.469.266	4,9%	37.950.379	4,0%	672.446.243	61,3%	933.443.081	8,4%	8,0%
<b>ADRES</b>	46.972.483	24,8%	11.089.729	5,8%	6.859.261	3,4%	133.010.592	65,6%	199.538.038	1,8%	1,8%
ENTE TERRITORIAL	100.643.370	20,7%	21.179.477	4,4%	20.964.870	4,2%	343.664.178	70,7%	486.041.895	4,4%	5,0%
OPERADOR FIDUCIARIO (EXTINTO FOSYGA)		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	38.056.779	100,0%	38.056.779	0,3%	0,4%	
OTRAS	129.729.340	61,9%	13.220.078	6,3%	9.832.248	4,6%	57.826.734	27,6%	209.408.401	1,9%	2,1%
3. REG. SUBSIDIADO	965.205.096	41,1%	217.358.112	9,4%	147.460.720	6,3%	1.002.230.353	43,2%	2.322.255.559	21,2%	20,5%
4. PC Y MP	226.794.296	76,7%	32.423.238	11,0%	7.882.234	2,7%	28.905.977	9,6%	286.596.346	2,7%	2,6%
5. ASEGURADORAS	181.428.656	48,8%	20.626.441	5,6%	17.897.649	4,7%	147.511.357	38,6%	370.165.112	3,4%	3,6%

aproximados y una morosidad del (42,6 %, 40,4 % y 28,9 % respectivamente). Estas tres entidades participan dentro del total de deuda del régimen contributivo con el 50,3 %, lo cual es bastante representativo a la hora de identificar los principales deudores. (Ver Cuadro 4).

Adicionalmente, se sigue presentando la deuda de la venta<sup>34</sup> inicial y posterior intervención para liquidar de *CAFESALUD EPS*<sup>35</sup>, la cual operó hasta el 31 de julio de 2017, por lo que su concentración de cartera morosa para este corte es del 100% y su deuda (\$ 302 mil millones aproximados) aparece reasignada en la categoría "privado en liquidación". Por otro lado, la enajenación de la anterior entidad mencionada dio como origen la creación de una nueva denominada *MEDIMAS EPS SAS*<sup>36</sup> de naturaleza privada, e igualmente intervenida para liquidar en el año 2022 y en donde su deuda al 31 de diciembre de 2022 se sitúa en el orden de los \$ 504 mil millones aproximadamente, convirtiéndose en la quinta mayor deudora del R. Contributivo por monto total de deuda. Por último, tenemos dentro de este régimen, la deuda de la denominada *FUNDACIÓN SALUD MIA EPS*<sup>37</sup>, la cual presenta una deuda de \$ 3.339 millones de pesos al cierre de este corte y la puesta en funcionamiento a partir del segundo semestre de 2022 de *SALUD BOLIVAR EPS SAS*<sup>38</sup>, con \$ 2.3 millones de pesos.

**Cuadro 4**  
**Cartera de las EPS del régimen contributivo por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)**  
**A Junio 30 de 2022**

**SIN INCLUIR EL "DETERIORO"**

(Millones de \$ y participación %)

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2023
PRIVADO EN OPERACIÓN	EPS SANITAS	416.089.036	50,3%	76.910.004	9,3%	46.842.542	5,6%	287.084.457	34,3%	925.695.039	11,8%	9,8%
	SURA EPS SALUD	410.518.440	35,3%	38.936.306	3,4%	26.207.287	2,4%	155.313.767	14,7%	630.975.800	8,3%	8,6%
	COOSALUD	193.704.424	45,6%	39.170.329	9,2%	30.023.889	7,1%	182.201.330	38,1%	425.265.077	6,0%	5,0%
	FAMERSA	100.861.952	49,0%	47.774.558	11,6%	36.619.442	8,8%	126.771.824	33,7%	415.044.788	5,8%	6,4%
	COMPENSAR EPS	283.187.145	72,0%	35.966.770	9,1%	15.739.223	4,0%	58.613.865	14,9%	393.496.966	5,9%	6,5%
	OTRAS											
	<b>TOTAL</b>											

<sup>34</sup> COMUNICADO N° 1, DIRIGIDO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVEEDORES. Por prestación de servicios de salud brindados por cada uno de los terceros que corresponden a la red hasta el 31 de julio de 2017. En el marco del proceso que Cafesalud en Reorganización Institucional adelantó, respecto del reconocimiento de acreencias, a partir de las cero horas del 1 de agosto de 2017, MEDIMAS EPS SAS, será responsable del aseguramiento y por ende de los servicios de salud. En: <http://bit.ly/3w0p0qz>

<sup>35</sup> La orden por parte del gobierno nacional mediante Resolución N° 002422 del 25 de Noviembre de 2015 expedida por la Superintend. por medio de la cual se aprobó el Plan Especial de Asignación de Afiliados, presentado por Saludcoop entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo en Liquidación, fue transferir los afiliados de dicha EPS a CAFESALUD. Más de 4,5 millones de usuarios fueron trasladados.  
<sup>36</sup> MEDIMAS EPS es una Sociedad por Acciones Simplificada que nació a partir del plan de reorganización institucional aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2426 del 19 de julio de 2017. Inicio el 1 de agosto de 2017 operaciones como un nuevo operador del aseguramiento en Salud en Colombia, con la cesión de los afiliados de Cafesalud EPS S.A. La sociedad Prestamos S.A.S (matriz) ejerce situación de control y grupo empresarial sobre MEDIMAS EPS S.A.S. (subsidiada). En: <https://medimas.com.co/institucional/>  
<sup>37</sup> Creación mediante Resolución 8173 del 27 de diciembre 2017. Superintendencia Nacional de Salud. Dicha entidad inicia operaciones del 1 de septiembre 2018 bajo la denominación de Entidad Sin Ánimo de Lucro "ESAL". El socio fundador es la Fundación Cardiovascular de Colombia (FVCV).  
<sup>38</sup> Por Documento Privado del 10 de diciembre de 2020 de Accionista Único, Inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá el 10 de diciembre de 2020, con el No. 02643073 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada Salud Bolívar EPS S.A.S. SALUD BOLIVAR EPS S.A.S tiene como único socioista a Soluciones Bolívar S.A.S., entidad que es integrante del Grupo Bolívar. En: <https://www.saludbolivareps.com/bolivar-es-reserva-de-la-eps>

6. ARL (RIESGOS LABORALES)	21.865.387	55,6%	2.362.466	5,6%	1.191.441	3,0%	13.720.681	35,1%	39.140.974	0,4%	0,4%
7. OTROS CONCEPTOS (IPS, EMPRESAS, PARTICULARES, MAGISTERIO, SIN CLASIFICAR)	791.409.641	51,8%	62.525.779	4,1%	72.428.147	4,8%	590.850.428	39,2%	1.507.411.994	13,7%	13,9%
<b>TOTAL GENERAL</b>	6.284.283.871	48,0%	878.449.391	8,2%	633.674.333	5,6%	4.197.620.123	38,2%	19.974.492.659	100,0%	100,0%

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.  
Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran íntegramente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de difícil cobro".

**3.2.2. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo – EPS-C-**

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo ascendió a los \$ 7.1 billones aproximados sin deterioro, con una morosidad (60 días y más) del 52,4 % en comparación con el 56,8 % del período anterior (disminución de 4,3 puntos porcentuales entre un corte y otro) y un monto de deuda mayor a 60 días de más de \$ 3.7 billones de pesos.

La cartera de todas las EPS en operación para este período es de cerca de \$ 5.5 billones, con un promedio de 31,7 % de cartera mayor a 60 días, inferior al 35,9 % a junio de 2022. Por otro lado, tenemos a las EPS intervenidas para liquidar como *MEDIMAS*<sup>39</sup>, *COOMEVA*<sup>40</sup>, *CRUZ BLANCA*<sup>41</sup>, *SALUDCOOP*<sup>42</sup>, *GOLDEN GROUP*<sup>43</sup>, *SALUDVIDA*<sup>44</sup> entre otras y que fueron reasignadas a la categoría de "privado en liquidación" con una concentración morosa del 100,0 % en promedio. Desde hace seis cortes se tiene como novedad, la aparición de *COOSALUD EPS* dentro de las entidades privadas en operación, debido a su habilitación en el régimen contributivo<sup>45</sup>, con una deuda total de \$ 425.245 millones de pesos y una concentración morosa del 45,2 %. A partir de seis periodos atrás se tiene la inclusión de la *EPS MUTUAL SER ESS*, quien a partir del año 2019 fue autorizada también para operar igualmente en el régimen contributivo<sup>46</sup> y a la fecha presenta una deuda total de \$ 1.982 millones de pesos y una concentración morosa del 30,9 %.

Entonces como *NUEVA EPS*, *SANITAS EPS* y *SURA EPS* en su respectivo orden, encabezan el listado de principales deudores por monto total; entre las tres suman más de \$ 3.6 billones de pesos

<sup>39</sup> Resolución 8646 del 08 de marzo de 2022, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia.  
<sup>40</sup> Resolución 1896 del 25 de enero de 2022, por la cual se ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión de por parte de la Superintendencia.  
<sup>41</sup> Resolución 8939 del 07 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia.  
<sup>42</sup> Resolución N° 002414 del 24 de noviembre de 2015 expedida por la Superintendencia, por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar dicha entidad.  
<sup>43</sup> Resolución N° 00312 del 15 de Julio de 2015 expedida por la Superintendencia, por medio de la cual el agente especial liquidador declara la terminación de la existencia legal de la entidad.  
<sup>44</sup> Resolución 1898 del 01 de octubre de 2019, por la cual se ordena la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia.  
<sup>45</sup> La Superintendencia anunció, mediante la Resolución 0637 de 2019, la viabilidad para que la EPS COOSALUD inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 12 departamentos. En: <https://www.supersalud.gov.co/sites/colombia/informacion/supersalud-autonoma-coosalud-eps-comienza-operar-en-el-regimen-contributivo-en-12-departamentos>  
<sup>46</sup> La Superintendencia anunció, mediante la Resolución 5511 de 2019, la viabilidad para que la EPS MUTUAL SER ESS inicie operaciones en el régimen contributivo a partir del año 2019 en 19 departamentos. En: <https://www.supersalud.gov.co/sites/colombia/informacion/supersalud-autonoma-funcionamiento-para-el-regimen-contributivo-a-la-eps-mutual-ser>

Entidad	SALUD TOTAL EPS	S.O.S. EPS	COMPENSA CO VALLE	ALIANSALUD EPS	FUNDACIO N SALUD MA EPE	MURJAL SERVICIOS SALUD BOLIVAR EPS SAS
TOTAL PRIVADO EN OPERACION	1.876.768.423	55,7%	294.263.393	8,4%	194.698.195	5,8%
MIXTA EN OPERACION	963.620.924	46,4%	232.620.729	11,0%	183.677.786	8,7%
TOTAL MIXTA EN OPERACION	963.620.924	46,4%	232.620.729	11,0%	183.677.786	8,7%
PRIVADO EN LIQUIDACION	913.147.500	48,7%	61.643.664	3,2%	111.018.409	5,9%
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACION	913.147.500	48,7%	61.643.664	3,2%	111.018.409	5,9%
TOTAL GENERAL	2.840.419.327	48,3%	517.070.122	7,3%	378.335.982	5,3%

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Entidad	COMPENSA CO ANTIOQUIA HUMANA VIVIR EPS	SEGURO SOCIAL EPS	CAJANAL
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACION	233.169	0,0%	0,0%
PUBLICO EN LIQUIDACION	453.732.832	100,0%	453.732.832
TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACION	453.732.832	100,0%	453.732.832
Total general	2.840.419.327	48,3%	517.070.122

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se dio incluir por parte de las IPS los "deteriores de cartera morosa por edades", los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "asignar la cartera en mora de difícil cobro".

La deuda de la NUEVA EPS de carácter mixta alcanzó un monto cercano a los \$ 2.1 billones de pesos aproximados, lo que representa el 29,8 % frente al total de deuda de todo el régimen contributivo (0,9 puntos porcentuales menos frente a la participación de toda la deuda del corte a junio de 2022). De igual modo, registra un 42,6 % de cartera morosa frente al 46,5 % de la deuda en mora reportada en el periodo a junio de 2022.

En el Gráfico número 439 se observa un total de 9 empresas del régimen contributivo en operación, con sus respectivas concentraciones de cartera mayor a 60 días, ordenado por la población afiliada que reporta cada entidad a diciembre de 2022 en este régimen; dichas entidades concentran el 94,7 % de afiliados del contributivo (superior a los 22,2 millones de afiliados a nivel nacional). La EPS que mayor cantidad de afiliados concentra como la NUEVA EPS<sup>40</sup> (4,7 millones aproximados en el régimen contributivo), presenta para este periodo un valor de cartera morosa del 42,6 %.

Las empresas que le siguen con mayor número de afiliados son: SURA EPS con 4,5 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 28,9 % frente al 33,1 % a junio de 2022), EPS SANITAS con más de 4,4 millones de afiliados aproximados (cartera morosa del 40,4 % frente al 50,7 % a junio de 2022), SALUD TOTAL con cerca de 3,3 millones de afiliados (cartera morosa del 31,7 % frente al 32,1 % a junio de 2022) y FAMI/SANAR EPS SAS con cerca de 2,2 millones (cartera morosa del 42,5 % frente al 39,7 % a junio de 2022). Estas cinco entidades mencionadas anteriormente, concentran el 81,8 % de afiliados de todo el Régimen Contributivo (superior a los 19,2 millones de afiliados).

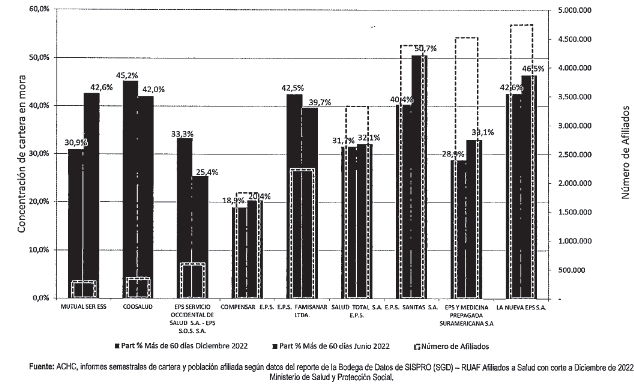
Adicionalmente, se debe hacer una mención especial a entidades como ALIANSALUD y COMPENSAR, que concentran entre las dos el 8,8 % de afiliados de todo el régimen contributivo (cerca de 2,1 millones) y a su vez presentan unas concentraciones de cartera morosa inferiores al 20 % (17,7 % y 18,9 %, respectivamente) dentro del régimen contributivo.

39 La ordenación del Gráfico 4 por entidad deudora, obedece el número de afiliados por EPS, según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a Diciembre de 2022, y estrictamente a la concentración (%) de cartera en mora mayor a 60 días a Diciembre de 2022.  
40 A Diciembre 31 de 2022 dicha entidad reporta más de 10,0 millones de afiliados entre contributivo y subsidiado según la BCJA del Minestad.

INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGIA NIIF

N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más o	Part %	De 31 a 60 días	Part %	De 61 a 90 días	Part %	Más de 91 días	Part %	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022
PRIVADO EN OPERACION	SURTA EPS	418.706.634	52,4%	74.637.715	9,4%	49.792.898	5,2%	281.034.011	33,0%	730.202.487	14,4%
PRIVADO EN OPERACION	SURA EPS - EUSALUD EPS	403.244.633	59,1%	35.032.288	5,2%	23.991.522	4,1%	120.263.705	20,6%	683.562.817	19,8%
PRIVADO EN OPERACION	COOPERSALUD COMPENSAR EPS	150.627.773	43,0%	38.626.941	9,4%	28.048.758	7,2%	133.648.523	34,4%	350.354.431	7,1%
PRIVADO EN OPERACION	FAMISANAR EPS	180.217.622	52,0%	42.829.398	12,4%	30.368.023	8,7%	91.711.711	26,4%	347.226.755	9,3%
PRIVADO EN OPERACION	S.O.S. EPS	129.626.218	64,5%	14.213.134	7,1%	12.782.251	6,3%	44.467.534	22,1%	201.148.127	3,7%
PRIVADO EN LIQUIDACION	SURA EPS	2.309	100,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2.309	0,0%
TOTAL PRIVADO EN OPERACION		1.847.099.201	59,4%	276.175.994	8,7%	175.321.370	5,6%	817.286.624	26,3%	3.118.041.819	55,0%
MIXTA EN OPERACION	NUEVA EPS	963.207.243	46,6%	226.516.607	11,1%	173.624.394	8,9%	570.828.782	29,4%	1.942.187.258	38,3%
TOTAL MIXTA EN OPERACION		963.207.243	46,6%	226.516.607	11,1%	173.624.394	8,9%	570.828.782	29,4%	1.942.187.258	38,3%
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACION											
TOTAL GENERAL											

Gráfico 4 Composición por número de afiliados y cartera mayor de 60 días de entidades del R-Contributivo. SIN INCLUIR EL "DETERIORO" Diciembre 31 de 2022 Vs Junio 30 de 2022



Fuente: ACHC, informes semestrales de cartera y población afiliada según datos del reporte de la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RUAF Afiliados a Salud con corte a Diciembre de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social.

**3.2.3. Entes Territoriales**

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

A diciembre 31 de 2022 el monto total adeudado es de \$ 713.097 millones sin deterioro (reducción<sup>41</sup> de \$ 47.611 millones frente a los \$ 770.708 millones registrados a junio de 2022). Esta categoría representa el 5,1% de la deuda total con respecto a los más de \$ 14.0 billones registrados durante este corte (reducción de 0,4 puntos porcentuales frente a la participación reportada a junio de 2022. Ver Cuadro 3). Este monto corresponde a la deuda agregada de treinta y dos departamentos, incluyendo el Distrito Capital, más el conjunto de municipios reportados. (Ver Cuadro 5).

Por otro lado, la concentración de la cartera en mora correspondiente a 60 días y más, presenta un incremento pasando de un 78,4% en junio pasado, a un 82,3% en el presente corte (diferencia de 3,9 puntos porcentuales). Por su parte, la cifra absoluta de cartera en mora para este tipo de deudor se redujo, pasando de \$ 596.743 millones en junio de 2022 a \$ 587.122 millones con corte a diciembre de 2022.

Al observar el Cuadro 5 podemos detallar que, para este semestre, el departamento de NORTE DE SANTANDER sigue liderando la cartera de los entes territoriales; específicamente presenta un endeudamiento total de \$ 145.801 millones, equivalente al 20,4% de la deuda total de los Entes Territoriales (reducción de 1,0 puntos porcentuales en la participación de deuda total con respecto a la registrada en el corte a junio de 2022).

En cuanto al valor absoluto de la cartera total para dicho departamento, esta se redujo más de \$ 2.466 mil millones en el último semestre. Por su parte, la concentración de cartera mayor a 60 días aumentó, pasando del 75,5% al 83,0% en el actual semestre (incremento de 7,5 puntos porcentuales).

Adicionalmente y por monto total de deuda absoluta, el distrito capital BOGOTÁ D.C., la categoría OTROS MUNICIPIOS y el departamento de ANTIOQUIA, presentan los máximos volúmenes de deuda (suman un total de más de \$ 260 mil millones entre las tres), con una participación del 36,5% sobre el total de deuda de los Entes Territoriales y una concentración de cartera morosa promedio del 76,2% a diciembre de 2022. Por su parte, los antiguos territorios nacionales o corregimientos departamentales como VAUPÉS, GUAJIRA y VICHADA, son los que presentan los menores saldos de deuda total.

41 Posiblemente por el pago del Acuerdo de Punto Final Territorial a cargo del gobierno nacional. Para más información ver: <https://la.sipro.gov.co/acuerdoterminofinal/>  
ACUERDO DE PUNTO FINAL: es una política que tiene por objeto preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como vía para garantizar el derecho fundamental de salud, en el mediano y largo plazo. Tiene dos componentes centrales: a) Saneamiento: que comprende la inyección de recursos al sector, a través del pago de deudas reconocidas en el proceso de liquidación de CAPRECOM y el saneamiento de la cartera asociada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC y; b) la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios de sistema. Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad".

**Cuadro 5**  
Cartera de los entes territoriales por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)  
A Diciembre 31 de 2022

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Ente Territorial Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
										Dic 2022	Jun 2022
NORTE DE SANTANDER	19.897.733	13,6%	4.867.712	3,3%	5.544.263	3,8%	115.461.677	79,2%	145.801.365	20,4%	19,6%
BOGOTÁ D.C.	19.949.662	17,6%	6.399.836	4,7%	4.403.465	3,5%	63.341.372	73,7%	113.061.336	15,9%	13,0%
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	15.437.794	18,8%	2.158.909	2,9%	1.137.263	1,4%	63.403.183	77,2%	82.134.129	11,9%	11,3%
ANTIOQUIA	15.021.782	23,1%	2.937.833	4,5%	2.542.338	3,5%	44.564.632	68,9%	65.056.586	9,1%	9,7%
VALLE DEL CAUCA	8.394.411	13,8%	1.399.270	2,3%	798.870	1,2%	60.240.375	82,0%	60.832.926	8,6%	10,3%
BOYACÁ	1.303.839	4,2%	310.019	1,0%	468.043	1,6%	28.869.383	93,2%	30.771.264	4,3%	4,1%
CLINDINAMARCA	1.344.991	8,0%	170.214	0,9%	393.838	1,7%	20.869.771	91,5%	22.598.913	3,2%	3,2%
CÓRDOBA	585.859	2,8%	26.265	0,1%	216.107	1,1%	19.346.233	96,0%	20.163.460	2,8%	2,6%
HUILA	1.736.446	10,2%	619.361	3,1%	492.213	2,9%	14.311.768	83,8%	16.871.767	2,4%	2,6%
BOLÍVAR	421.798	2,8%	189.855	1,3%	137.492	0,9%	14.424.472	95,1%	15.173.618	2,1%	2,5%
NARIÑO	1.116.387	7,6%	102.896	0,7%	378.898	2,5%	13.428.103	89,0%	15.085.849	2,1%	2,0%
CALDAS	2.694.791	21,6%	151.878	1,2%	172.254	1,4%	9.927.062	75,9%	12.645.984	1,8%	1,4%
SANTANDER	2.952.520	25,1%	327.878	2,9%	126.531	1,1%	7.924.224	69,9%	11.333.957	1,6%	1,6%
ATLÁNTICO	1.129.995	10,1%	220.884	2,0%	112.127	1,0%	9.744.922	86,9%	11.207.928	1,6%	2,4%
QUINDÍO	243.215	2,5%	277.011	2,8%	129.778	1,3%	8.739.407	93,4%	9.889.406	1,4%	1,6%
SUCRE	3.168.005	32,2%	647.924	6,6%	545.155	5,6%	6.488.084	69,7%	9.890.767	1,4%	2,6%
CAUCA	422.128	4,8%	115.205	1,3%	216.887	2,4%	8.406.967	91,8%	9.160.972	1,3%	1,3%
LA GUAJIRA	88.339	0,8%	62.402	0,7%	14.446	0,2%	8.679.617	98,4%	8.824.704	1,2%	1,1%
RISARALDA	3.176.963	36,7%	1.445.699	16,7%	1.078.224	12,6%	2.846.376	34,1%	8.647.122	1,2%	1,1%
TOLIMA	761.494	9,2%	371.269	4,5%	420.491	5,1%	6.754.219	81,3%	8.317.382	1,2%	1,4%
PUTUMAYO	683.983	9,0%	429.386	5,8%	298.517	4,1%	5.956.236	81,1%	7.349.126	1,0%	0,9%
MAGDALENA	297.875	4,7%	62.864	1,0%	9.893	0,2%	6.016.497	94,2%	6.387.633	0,9%	0,8%
META	1.341.037	22,9%	37.674	0,6%	1.614.356	17,3%	3.480.558	69,3%	5.873.624	0,8%	0,8%
CESAR	30.432	0,8%	32.670	0,8%	-	0,0%	3.596.022	99,3%	3.619.704	0,5%	0,5%
ARAUCA	48.326	1,3%	15.347	0,4%	74.206	2,1%	3.444.692	95,2%	3.582.551	0,5%	0,4%
AMAZONAS	145.025	7,4%	-	0,0%	-	0,0%	1.824.804	92,6%	1.969.829	0,3%	0,2%

CHOCÓ	325.104	17,3%	-	0,0%	218.588	11,9%	1.338.313	71,1%	1.842.005	0,3%	0,2%
CAQUETÁ	29.238	2,1%	-	0,0%	1.332.098	97,9%	1.361.338	92,9%	1.361.338	0,2%	0,2%
CASANARE	123.277	11,2%	-	0,0%	990.736	88,8%	1.104.013	92,9%	1.104.013	0,2%	0,2%
SAN ANDRÉS ISLAS	475.011	69,8%	-	0,0%	459.616	49,2%	994.629	61,1%	994.629	0,1%	0,2%
GUAVIARE	96.034	14,7%	-	0,0%	559.089	55,3%	555.123	61,1%	555.123	0,1%	0,1%
VICHADA	213.977	43,1%	-	0,0%	282.308	56,9%	495.285	61,1%	495.285	0,1%	0,0%
GUAJANÍA	51.622	17,4%	-	0,0%	245.216	82,6%	266.841	0,0%	266.841	0,0%	0,0%
VAUPÉS	26.269	8,9%	-	0,0%	270.405	91,1%	296.674	0,0%	296.674	0,0%	0,0%
<b>Total general</b>	<b>163.727.346</b>	<b>14,5%</b>	<b>22.246.899</b>	<b>3,1%</b>	<b>20.949.745</b>	<b>2,9%</b>	<b>556.177.284</b>	<b>79,4%</b>	<b>713.097.114</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIF**

Ente Territorial Deudor	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO	
										Dic 2022	Jun 2022
NORTE DE SANTANDER	19.876.641	14,1%	4.867.712	3,4%	5.544.263	3,8%	110.838.705	78,5%	141.190.321	29,0%	28,9%
BOGOTÁ D.C.	19.904.423	27,6%	5.296.896	7,4%	4.402.678	5,1%	42.094.174	58,7%	71.700.171	14,8%	12,6%
OTROS MUNICIPIOS NO CLASIFICADOS	13.820.328	26,0%	2.081.085	3,0%	1.058.190	2,0%	35.344.861	87,8%	52.382.470	10,8%	10,0%
ANTIOQUIA	14.590.415	27,9%	2.225.159	4,3%	2.420.000	4,7%	32.860.145	93,2%	52.026.716	10,7%	11,4%
VALLE DEL CAUCA	7.508.351	30,1%	1.336.906	5,4%	794.513	3,2%	52.276.749	91,3%	24.918.516	5,1%	7,3%
BOYACÁ	1.303.839	7,0%	310.019	1,7%	465.889	2,5%	46.487.249	88,8%	48.568.986	3,8%	3,9%
HUILA	1.736.394	11,9%	517.247	3,6%	460.843	3,4%	11.788.649	81,2%	14.524.804	3,0%	3,3%
CLINDINAMARCA	1.344.991	10,2%	169.762	1,3%	393.838	3,0%	11.229.650	86,9%	13.137.141	2,7%	2,9%
CALDAS	2.694.791	20,1%	151.878	1,6%	172.254	1,6%	6.233.670	97,4%	9.262.989	1,9%	1,2%
BOLÍVAR	393.412	4,4%	100.864	1,1%	109.624	1,2%	8.388.715	93,3%	9.002.316	1,9%	2,2%
NARIÑO	1.123.362	13,6%	102.896	1,2%	378.898	4,6%	6.628.882	80,5%	8.233.588	1,7%	1,6%
CÓRDOBA	585.859	7,3%	26.265	0,3%	215.107	2,8%	6.928.239	89,9%	7.736.467	1,5%	1,5%
RISARALDA	3.172.625	41,1%	1.445.699	16,7%	1.077.946	14,0%	2.028.941	26,2%	7.723.971	1,6%	1,4%
SANTANDER	2.952.520	38,8%	327.878	4,3%	128.802	1,7%	4.205.590	55,2%	7.614.590	1,6%	1,5%
SUCRE	3.198.005	45,2%	647.924	9,2%	545.155	7,8%	2.647.359	37,8%	7.008.442	1,4%	2,3%
ATLÁNTICO	1.128.299	17,0%	220.884	3,3%	112.122	1,7%	5.480.226	78,0%	6.641.531	1,4%	2,6%
PUTUMAYO	683.983	12,2%	429.386	7,9%	298.517	5,5%	4.062.128	74,5%	5.454.013	1,1%	0,7%
TOLIMA	758.927	14,7%	371.269	7,2%	410.670	7,6%	3.639.574	70,3%	5.180.339	1,1%	1,1%

QUINDÍO	243.215	5,4%	298.463	6,8%	129.778	2,9%	3.844.456	86,9%	4.475.911	0,9%	1,2%
META	1.341.037	37,2%	37.674	1,1%	1.014.355	28,0%	1.166.337	32,8%	3.598.493	0,7%	0,6%
LA GUAJIRA	88.339	2,3%	62.402	2,1%	14.446	0,5%	2.865.101	95,2%	3.010.287	0,6%	0,7%
CAUCA	416.472	14,0%	102.350	3,5%	96.925	3,3%	2.347.020	79,2%	2.964.767	0,6%	0,6%
MAGDALENA	297.879	12,4%	57.926	2,4%	216.887	2,4%	2.049.460	85,1%	2.407.044	0,5%	0,6%
ARAUCA	48.306	2,3%	15.347	0,7%	74.206	3,6%	1.929.046	93,3%	2.066.306	0,4%	0,3%
CESAR	30.432	2,3%	32.670	2,5%	-	0,0%	1.267.037	96,2%	1.330.336	0,3%	0,3%
CHOCÓ	325.104	30,6%	-	0,0%	213.978	20,2%	5.171.719	49,0%	1.699.722	0,3%	0,1%
AMAZONAS	145.025	19,9%	-	0,0%	-	0,0%	882.510	80,1%	727.534	0,1%	0,2%
CAQUETÁ	29.238	5,2%	-	0,0%	-	0,0%	537.174	94,8%	636.412	0,1%	0,1%
SAN ANDRÉS ISLAS	475.011	68,5%	-	0,0%	-	0,0%	7.367	1,5%	492.378	0,1%	0,2%
CASANARE	123.277	26,6%	-	0,0%	-	0,0%	340.333	73,6%	463.610	0,1%	0,1%
VICHADA	213.977	67,9%	-	0,0%	-	0,0%	101.158	32,1%	315.135	0,1%	0,0%
GUAVIARE	96.034	37,7%	-	0,0%	-	0,0%	158.715	62,3%	254.750	0,1%	0,1%
GUAJANÍA	51.622	58,9%	-	0,0%	-	0,0%	36.079	41,1%	87.622	0,0%	0,0%
VAUPÉS	26.269	51,9%	-	0,0%	-	0,0%	24.922	48,1%	50.891	0,0%	0,0%
<b>Total general</b>	<b>100.643.370</b>	<b>20,7%</b>	<b>21.179.477</b>	<b>4,4%</b>	<b>20.564.870</b>	<b>4,2%</b>	<b>343.654.178</b>	<b>70,7%</b>	<b>485.041.593</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se dejó incluir por parte de las IPS los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran básicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto coligado de "castigar" la cartera en mora de difícil cobro".

**3.2.4. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado - EPS-S-**

tenemos la *revocatoria total de autorización de funcionamiento* ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud de la EPS COMFACOR<sup>42</sup>, la cual pasa a la categoría "privado en liquidación", con una deuda total a la fecha de \$ 22.104 millones, al igual que la EPS EMDISALUD<sup>43</sup> que fue intervenida para liquidar con una deuda total de \$ 106.863 millones y una concentración morosa del 100,0 %. Durante los dos últimos años, la Superintendencia ordenó la liquidación de AMBUO ESS<sup>44</sup>, COMFAMILIAR CARTAGENA<sup>45</sup>, COMFACUND<sup>46</sup>, COMPARTA, por lo cual para este período aparecen en dicha categoría, al igual que la EPS COMFAMILIAR NARIÑO<sup>47</sup> quien se sometió a retiro voluntario y el caso ya referenciado de MEDIMÁS EPS SAS. Por último, tenemos que en este grupo también se incluye la más reciente liquidación en el año 2022 de la EPS COMFAMILIAR HUILA<sup>48</sup>, con una deuda total a la fecha de \$ 109.200 millones y una concentración morosa del 100,0 %

En el presente estudio, las tres EPS-S privadas en operación que mayor deuda total reportan son: EMSSANAR, ASMET SALUD y ECOPOSOS ESS, con un nivel de endeudamiento total (entre las tres) de \$ 887.212 millones, equivalente al 27,7 % de participación sobre la deuda de todo el régimen subsidiado y unas concentraciones de cartera morosa del (43,5 %, 49,8 % y 68,3 % respectivamente).

Por el lado de las EPS públicas, CONVIDA pasa a ser la EPS en liquidación<sup>49</sup> por orden de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2022, como la mayor entidad deudora con un acumulado registrando de \$ 224.101 millones y una concentración de cartera morosa del 100,0 % a diciembre de 2022.

Es necesario recordar que actualmente CONFAMA en alianza con el sector público (la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia), opera la llamada ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS<sup>50</sup> S.A.S (más conocida como SAVIA SALUD<sup>51</sup> EPS). Por lo anterior, se puede observar un significativo monto total de deuda de esta entidad por valor de \$ 438.183 millones, donde el 30,9 % corresponde a cartera en mora (interior en 2,8 puntos porcentuales con respecto a junio de 2022). A su vez esta entidad de carácter mixto concentra el 13,7 % de toda la deuda del régimen subsidiado para este corte, siendo la mayor deudora de todo el régimen subsidiado en los últimos catorce estudios consecutivos, desde que la EPS pública CAPRECOM<sup>52</sup> fue liquidada<sup>53</sup>.

42 Resolución N° 000298 del 31 de enero de 2019 Superintendencia Nacional de Salud. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/contenidos/guest/guest/superintendencia-nacional-de-salud-orden-liquidar-programa-de-comfacor>  
 43 Resolución 9222 del 02 de octubre de 2019, por la cual se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia  
 44 Resolución N° 1214 del 8 de febrero de 2021 Superintendencia Nacional de Salud.  
 45 Resolución N° 12754 del 8 de noviembre de 2020 Superintendencia Nacional de Salud.  
 46 Resolución N° 12945 del 5 de noviembre de 2020 Superintendencia Nacional de Salud.  
 47 Resolución N° 003761 del 28 de junio de 2021 Superintendencia Nacional de Salud.  
 48 Resolución N° 5521 del 6 de agosto de 2022 Superintendencia Nacional de Salud.  
 49 Resolución N° 20220300005874-6 del 14 de septiembre de 2022 Superintendencia Nacional de Salud.  
 50 En 2012 se da la autorización para su creación mediante el Acuerdo Municipal No.66 de 2012 y la Ordenanza Departamental No.39 de 2012. El 27 de marzo de 2013 dicha autorización se materializó en la Asamblea de Constitución, en la cual acogió la razón social ALIANZA MEDELLÍN-ANTIOQUIA EPS SAS. El 1 de mayo comienza operaciones y el 15 de julio, después de la publicación en la Gaceta Oficial de Superintendencia de Industria y Comercio, adopta la marca y recibe el nombre de SAVIA SALUD EPS.  
 51 Savia Salud es una Entidad Promotora de Salud para el régimen subsidiado que tiene operación actual en 116 municipios de Antioquia. Savia Salud es una EPS mixta resultado de una alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Confama, nuestro operador". Tomado de la página oficial En: <https://www.saviasalud.com/que-es/index.php/organizacion/alianza-estrategica>  
 52 El Gobierno Nacional, a través del Decreto 2519 del 28 de Diciembre del 2015, dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública.

En esta clasificación tenemos igualmente a la NUEVA EPS<sup>54</sup> de carácter mixta, a partir de su obtención de habilitación para operar en el régimen subsidiado desde diciembre de 2015, con un monto actual de deuda total de \$ 140.477 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 40,9 % a diciembre de 2022.

Adicionalmente para este período se tiene la novedad que el programa de salud de CAJACOP<sup>55</sup> anunció que inició operaciones como una EPS el pasado 1 de diciembre de 2022. Este cambio es el resultado de la aprobación del Plan de Reorganización Institucional (PRI), por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicha entidad tiene una deuda de \$ 109.197 millones y una concentración de cartera morosa ubicada en el 58,2 % a diciembre de 2022.

Por último, se debe mencionar también que las EPS COMFABOY<sup>56</sup> y MANEXKA EPS<sup>57</sup> (la primera por liquidación voluntaria, la segunda por orden de la Superintendencia Nacional de Salud), pasaron igualmente a la categoría "privado en liquidación".

**Cuadro 6**  
**Cartera de las EPS del régimen subsidiado por edad y naturaleza jurídica (ambos escenarios)**  
**A Diciembre 31 de 2022**

		SIN INCLUIR EL "DETERIORO"										(Millones de \$ y participación %)	
N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más etc	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022	Part % TOTAL COMPARATIVO Jun 2022	
		PRIVADO EN OPERACIÓN											
	EMSSANAR ESS	174.189.591	42,4%	58.144.213	14,2%	46.897.650	11,3%	132.016.146	32,1%	410.837.700	12,8%	12,6%	
	ASMET SALUD ESS	123.235.916	30,6%	32.102.448	10,1%	27.275.949	8,0%	123.943.052	31,8%	303.657.364	9,5%	8,9%	
	ECOPOSOS ESS	92.788.104	23,0%	13.938.502	4,1%	6.533.099	1,6%	111.092.241	28,3%	172.733.935	5,4%	5,0%	
	CAJACOP	37.274.553	9,3%	8.602.824	2,6%	8.392.453	2,1%	55.511.297	14,3%	109.797.027	3,4%	3,7%	
	COOBAUD	46.176.216	11,7%	8.477.414	2,4%	5.292.553	1,3%	46.781.599	12,0%	105.722.087	3,1%	3,0%	

53 A julio de 2021 se había hecho efectivo el pago por parte del gobierno nacional, del Acuerdo de Punto Final por valor de \$514 mil millones de pesos de la liquidación final de dicha EPS. <https://ajp.sisalud.gov.co/soportealcliente/100000024-6>  
 54 LA NUEVA EPS recibió un porcentaje de los afiliados pertenecientes a la EPS del Régimen subsidiado CAPRECOM, luego de la liquidación de esta última en el mes de diciembre del año 2015 y mediante la Resolución N° 002664 del 17 de Diciembre de 2015 expedida por la Superintendencia, la cual habilita a la NUEVA EPS para operar en este régimen.  
 55 La aprobación del PRI que transforma el programa de salud de CAJACOP en CAJACOP EPS quedó consignado en la Resolución N° 2023010000024-6 de la Superintendencia Nacional de Salud. Luego de ello, se presentó un cronograma de implementación y los soportes de perfeccionamiento del PRI ante el ente de vigilancia y control. Una de las grandes ventajas de CAJACOP como EPS es su permanencia por 10 años más en el sistema de salud, caracterizándose por ser una de las empresas del aseguramiento más grandes del régimen subsidiado con 1.470.000 afiliados en los departamentos de Boyacá, Meta, Atlántico, Bolívar, Magdalena, Sucre, Córdoba, La Guajira y Cesar. Como parte del proceso de reorganización, CAJACOP dejó estirada la totalidad de sus activos y pasivos a la que será la nueva EPS, así como sus afiliados, el modelo de atención, la red prestadora, los contratos y empleados que harán parte de la empresa promotora.  
 56 Retiro dado efectivamente a partir del 1 de octubre de 2017. Resolución 2918 de 25 de agosto de 2017. El día 15 de abril de 2018 se expidió la Resolución N° 002, mediante la cual la Liquidadora del PROGRAMA DE SALUD EPS S EN LIQUIDACIÓN OPERADO POR COMFABOY, procedió a la determinación, calificación y graduación de derechos y obligaciones a cargo del ente en liquidación, con fundamento en las disposiciones legales allí indicadas. Ver: <https://www.comfaboy.org/politica/002-liquidacion-voluntaria-eps>  
 57 Resolución 0527 de 27 de marzo de 2017 y Sentencia T-03 de 2018. Superintendencia ordena liquidación de la EPS indígena Manexka. Ver: <https://www.supersalud.gov.co/contenidos/guest/guest/superintendencia-nacional-de-salud-orden-liquidacion-de-la-eps-indigena-manexka>

MUTUAL EER ESS		24.054.847	75,4%	6.185.075	9,7%	5.840.239	8,9%	11.726.920	13,9%	88.247.281	3,1%	2,2%
TOTAL PRIVADO EN OPERACIÓN												
PUBLICO EN OPERACIÓN												
TOTAL PUBLICO EN OPERACIÓN												
PRIVADO EN LIQUIDACIÓN												
TOTAL PRIVADO EN LIQUIDACIÓN												
MIXTA EN OPERACIÓN												
TOTAL MIXTA EN OPERACIÓN												
TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACIÓN												
TOTAL GENERAL												

COMFABOY		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	196.759	100,0%	196.759	0,0%	0,0%		
PUBLICO EN LIQUIDACIÓN												
TOTAL PUBLICO EN LIQUIDACIÓN												
TOTAL GENERAL												

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF**

		INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF										(Millones de \$ y participación %)	
N. J. Deudor	Entidad deudora	A 30 días más etc	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % TOTAL COMPARATIVO Jun 2022	Part % TOTAL COMPARATIVO Dic 2022	
		PRIVADO EN OPERACIÓN											
	EMSSANAR ESS	152.495.791	47,0%	52.842.818	15,2%	34.622.077	9,8%	98.308.498	27,9%	348.565.875	14,8%	14,1%	
	ASMET SALUD ESS	114.023.969	35,8%	29.933.261	12,0%	25.697.011	10,3%	79.487.031	33,9%	249.113.247	10,7%	12,1%	
	ECOPOSOS ESS	38.507.368	11,8%	11.476.299	4,8%	5.533.732	2,1%	77.656.245	33,2%	133.274.633	5,2%	5,4%	
	CAJACOP	35.651.257	10,7%	8.835.789	3,6%	8.247.235	3,1%	43.652.498	18,9%	97.534.897	4,2%	5,0%	
	COOBAUD	73.827.576	22,8%	8.277.988	3,3%	5.338.171	2,1%	8.655.396	3,2%	96.050.020	4,1%	2,0%	
	CAJACOP EPS	45.627.210	13,9%	5.348.449	2,1%	5.293.777	2,1%	30.371.799	13,9%	86.625.235	3,9%	4,1%	
	A.I.C. EERI	80.666.373	24,9%	2.909.716	1,1%	8.261.820	3,1%	14.935.203	6,8%	104.573.712	4,6%	3,9%	
	MANEXKA EPS	22.446.127	6,9%	4.225.589	1,6%	2.492.116	1,0%	17.315.559	7,8%	47.451.341	2,0%	1,7%	
	FIADO SALUD EPS	7.947.072	2,4%	2.228.532	0,9%	3.095.241	1,2%	15.325.223	6,9%	32.546.521	1,4%	1,1%	





En el Cuadro 7, podemos observar en detalle la cartera agrupada de entidades reportantes para el presente periodo, en donde en términos generales, la concentración de la cartera morosa regional (mayor a 60 días) es superiores al 46,0 % y en donde en su respectivo orden tenemos a la COSTA ATLÁNTICA y BOGOTÁ D.C. como aquellas que encabezan el listado de morosidad.

Por monto absoluto de cartera total, dichas deudas para el conjunto de regiones analizadas están por encima de \$ 1.0 billón de pesos, en donde BOGOTÁ D.C y ANTIOQUIA lideran el posicionamiento.

**3.2.6. Principales deudores por cartera de 60 días y más**

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

Las principales entidades deudoras por participación relativa de la cartera mayor a 60 días "SIN INCLUIR EL DETERIORO" (57,6 % a diciembre de 2022 vs el 63,6 % del semestre anterior) presentaron una disminución de 6,0 puntos porcentuales. El monto de cartera morosa de las primeras diez entidades del ranking, por valor de 3.8 billones, es inferior en más de \$ 212 mil millones con respecto a junio de 2022.

Se agrega adicionalmente, que la totalidad de la cartera SIN DETERIORO de estas entidades a diciembre 31 de 2022 suma un total de más de \$ 6.6 billones (47,4 % del total de los más de \$ 14.0 billones presentados en el siguiente informe), lo cual es bastante representativo para referenciar a los mayores poseedores de deuda actual.

A continuación, se presenta el análisis tradicional de los 10 principales deudores al 31 de diciembre de 2022.

**Cuadro 8**  
**Concentración de cartera de 60 días y más por los principales deudores**  
**A Diciembre 31 de 2022**

**SIN INCLUIR EL "DETERIORO"**

Entidad deudora	60 días y más	TOTAL	(Miles de \$ y participación %)	
			Concentración (%) de 60 días y más	
			Diciembre 2022	Junio 2022
1. NUEVA EPS (ambos regímenes)	961.796.506	2.261.222.686	42,5%	46,6%
2. MEDIMAS EPS SAS (liquidada ambos regímenes)	600.427.065	600.427.065	100,0%	100,0%
3. COOMEVA EPS (liquidada)	506.185.970	506.185.970	100,0%	100,0%
4. CAFESALUD EPS (liquidada ambos regímenes)	335.497.502	335.497.502	100,0%	100,0%
5. EPS SANITAS	333.706.999	825.655.038	40,4%	50,7%
6. OPERADOR FIDUCIARIO (extinto) Y ADRES	269.866.251	330.758.225	81,5%	79,7%
7. COOSALUD (ambos regímenes)	238.353.783	525.967.185	45,3%	43,9%
8. CONVIDA (liquidada)	224.101.591	224.101.591	100,0%	76,5%
9. SURA EPS - SUSALUD EPS	181.521.054	628.974.800	28,9%	33,1%
10. EMSSANAR ESS (intervención para administrar)	178.507.796	410.820.700	43,5%	33,4%
<b>Total general</b>	<b>3.829.794.517</b>	<b>6.649.610.743</b>	<b>57,6%</b>	<b>63,6%</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Respecto del informe a diciembre de 2022 (Ver Cuadro 8), la NUEVA EPS en operación, sigue encabezando el ranking con \$ 962 mil millones aproximados de cartera en mora y una concentración respectiva del 42,5 % frente al 46,6 % del corte anterior, seguida de la intervenida para liquidar MEDIMAS EPS SAS, con una deuda en mora de \$ 600.427 millones y una concentración del 100,0 % a diciembre de 2022, en más de cuatro años de haber iniciado operaciones y después de haber sido liquidada finalmente en el año 2022.

En la tercera ubicación tenemos a la intervenida para liquidar COOMEVA EPS con \$ 506.185 millones de cartera morosa y una concentración del 100,0 % a diciembre de 2022, debido al proceso liquidatorio. En la cuarta posición aparece la liquidada CAFESALUD EPS, con un total de cartera mayor más de 60 días de \$ 335.497 millones y una concentración del 100,0 % por motivo de su venta y posterior intervención para liquidar.

En la posición número 5 se ubica la segunda entidad activa en operación, EPS SANITAS con un monto total de cartera morosa de \$ 333.706 millones y una concentración del 40,4 % a diciembre de 2022.

El extinto OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA y el cual operó hasta julio de 2017, se ubica en la sexta posición del ranking, sumándole la deuda de la nueva entidad que pasó a reemplazaria; hablamos de la ADRES, ambas con un monto en conjunto de cartera en mora de \$ 269.696 millones y una concentración respectiva del 81,5 % (superior en 1,9 puntos) frente al 79,7 % del corte anterior. Valga precisar, que la concentración de cartera morosa de la nueva entidad ADRES, es del 75,5 % (\$ 188.107 millones) a diciembre de 2022.

Por su parte, COOSALUD en operación, con un monto total de cartera morosa de \$ 238.353 y una concentración del 45,3 % se ubica en la séptima posición. En la octava posición se ubica la liquidada CONVIDA con \$ 224.101 millones de cartera en mora y una concentración del 100,0 % a diciembre de 2022. En la novena posición tenemos a SURA EPS - SUSALUD EPS en operación con \$ 181.521 millones de morosidad y una concentración del 28,9 %.

Finalmente, tenemos a la intervenida para administrar (toma de posesión) EMSSANAR ESS con \$ 178.507 millones de vencimiento y una participación de cartera morosa del 43,5 % en la última posición.

Como es tradicional, es importante aclarar que la presente ordenación por entidad deudora, obedece estrictamente a la cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022, en donde en su respectivo orden, la NUEVA EPS encabeza el listado, seguida de MEDIMAS EPS SAS y así sucesivamente tal y como se evidencia en el Cuadro número 8, puesto que si la ordenación se hiciera por la concentración (%) de cartera mayor a 60 días y más, el orden sería diferente; las primeras entidades serían las intervenidas para liquidar MEDIMAS EPS SAS, COOMEVA y CAFESALUD EPS.

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

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

Vale aclarar que, para este corte, se ha decidido incluir las 21 EPS que a la fecha de elaboración de este estudio (abril de 2023), presentan algún tipo de medida especial a saber:

- Intervención para liquidar (11) equivalente al 52,4 %
- Intervención para administrar y/o toma de posesión (2) equivalente al 9,5 %
- Vigilancia especial (6) equivalente al 28,6 %
- Programa de recuperación (2) equivalente al 9,5 %

Adicionalmente consolida la información de las EPS que ya fueron liquidadas ya sea por intervención de la Supersalud o porque decidieron retirarse voluntariamente (proceso de venta y posterior intervención para liquidar de CAFESALUD EPS, COMFABOY y COMFAMILIAR NARIÑO por retiro voluntario, COMFACOR, CRUZ BLANCA, SALUDVIDA, EMDISALUD, COMFACUNDI, COMFAMILIAR CARTAGENA, AMBUO ESS, COMPARTA, COOMEVA EPS, MEDIMAS EPS SAS, COMFAMILIAR HUILA y CONVIDA liquidadas por orden de la Supersalud, entre otras) y que a diciembre 31 de 2022 seguían presentando saldos de deuda por pagar.

En el Cuadro número 9, se puede apreciar que la deuda total de estas entidades SIN DETERIORO representa el 30,4 % de la deuda total con corte a diciembre de 2022 (equivalente a cerca de \$ 4.3 billones) y que la deuda mayor a 60 días y más, representa el 43,1 % de la deuda morosa total del presente estudio (o sea \$ 3.3 billones aproximados). El presente Cuadro guarda la ordenación frente a la cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022.

Cuadro 9
Concentración de cartera por entidades deudoras intervenidas, liquidadas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria, (ambos escenarios), Cartera Diciembre 31 de 2022

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

(Miles de \$ y participación %)

Table with 16 columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más ote, Part % edad, De 31 a 60 días, Part % edad, De 61 a 90 días, Part % edad, Más de 91 días, Part % edad, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total. Rows 1-21.

Table with 16 columns: N°, ENTIDAD DEUDORA, TIPO DE RÉGIMEN, ESTADO, NATURALEZA JURÍDICA, A 30 días más ote, Part % edad, De 31 a 60 días, Part % edad, De 61 a 90 días, Part % edad, Más de 91 días, Part % edad, TOTAL, Part % total, 60 días y más, Part % total. Rows 22-46.

Nº	ENTIDAD DEJODORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más etc	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % total
47	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	25.085	100,0%	25.085	0,0%	25.085	100,0%
48	CONFENALCO QUINDÍO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	19.155	100,0%	19.155	0,0%	19.155	100,0%
49	CAFAMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	2.957	100,0%	2.957	0,0%	2.957	100,0%
50	CONFENALCO CUNDINAMARCA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.749	100,0%	1.749	0,0%	1.749	100,0%
51	CONFENALCO SANTANDER	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	957	100,0%	957	0,0%	957	100,0%
52	CAUSAM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	505	100,0%	505	0,0%	505	100,0%
53	CONFORTITE-FAMESALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	318	100,0%	318	0,0%	318	100,0%
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>747.830.096</b>	<b>17,8%</b>	<b>182.555.774</b>	<b>4,3%</b>	<b>129.970.706</b>	<b>3,0%</b>	<b>3.206.995.634</b>	<b>75,2%</b>	<b>4.267.352.130</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.336.966.311</b>	<b>78,2%</b>
Participación (%) entidades deudoras (VENIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS, EN VIGILANCIA ESPECIAL O PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL CARTERA 211 IPS					<b>5.365.138.692</b>	<b>38,2%</b>	<b>929.956.341</b>	<b>6,6%</b>	<b>689.187.036</b>	<b>4,9%</b>	<b>7.058.695.226</b>	<b>50,9%</b>	<b>14.829.027.054</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.739.882.332</b>	<b>55,2%</b>
						<b>13,9%</b>		<b>19,0%</b>		<b>18,9%</b>		<b>45,9%</b>		<b>30,4%</b>		<b>43,1%</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 6 de Abril de 2023. En: <https://www.supersalud.gov.co/ps-conuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIF**

(Miles de \$ y participación %)

Nº	ENTIDAD DEJODORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más etc	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % total
1	MEDIVAS EPS SAS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	248.758.992	100,0%	248.758.992	10,0%	248.758.992	100,0%
2	COMDEVA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	148.336.649	100,0%	148.336.649	6,0%	148.336.649	100,0%
3	COMVIA	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PUBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	132.013.770	100,0%	132.013.710	5,6%	132.013.710	100,0%
4	EMSAFAR 155	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	362.455.751	47,0%	52.842.518	15,2%	34.022.109	8,8%	96.936.448	27,9%	545.626.826	15,2%	332.321.007	37,7%
5	ASMIT SALUD ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	314.035.999	45,8%	20.923.201	12,0%	25.667.041	10,3%	79.497.616	31,9%	340.123.857	10,0%	229.164.647	47,2%
6	ALIANZA MEDICINA ANDOLIA EPS S.A.S.	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	ABERTA	227.842.083	59,9%	19.181.969	17,9%	28.162.719	7,4%	74.974.312	19,7%	340.161.083	16,7%	338.137.041	27,1%
7	CONFAMILAR NEULA	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	90.053.827	100,0%	90.053.827	4,0%	90.053.827	100,0%
8	ECOPRODES ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	PRIVADA	38.552.356	28,5%	11.676.956	8,8%	5.535.732	4,2%	77.626.245	28,2%	133.371.699	5,9%	89.151.577	62,4%
9	S.O.S. EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA	129.925.218	84,5%	14.213.134	7,1%	12.382.204	6,3%	44.867.535	22,1%	200.408.191	8,8%	57.281.825	28,4%
10	CARREVALDO EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	55.430.873	100,0%	55.430.873	2,4%	55.430.873	100,0%
11	SALUDAPTA EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	36.841.667	100,0%	36.841.667	1,6%	36.841.667	100,0%
12	SALUDCOOP EPS OC	REG. CONTRIBUTIVO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	26.364.033	100,0%	26.364.033	1,2%	26.364.033	100,0%
13	EMISALUD	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	26.099.921	100,0%	26.099.921	1,2%	26.099.921	100,0%
14	AMBUCO ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	24.896.986	100,0%	24.896.986	1,2%	24.896.986	100,0%
15	CONFAMILAR CARTAGENA	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	22.739.803	100,0%	22.739.803	1,0%	22.739.803	100,0%
16	COMPARTA ESS	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	20.471.696	100,0%	20.471.696	0,9%	20.471.696	100,0%
17	OLAJ BLANCA EPS	CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	17.505.252	100,0%	17.505.252	0,8%	17.505.252	100,0%
18	CARECCOM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PUBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	16.364.334	100,0%	16.364.334	0,7%	16.364.334	100,0%
19	CONFAMILAR NARIÑO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	13.305.919	100,0%	13.305.919	0,6%	13.305.919	100,0%
20	CAREPROCA EPS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PUBLICA	4.541.348	26,4%	487.121	2,9%	789.581	4,6%	11.261.266	61,9%	17.080.316	0,8%	12.050.847	70,3%
21	COMFACOR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	9.093.020	100,0%	9.093.020	0,4%	9.093.020	100,0%
22	CONFORTENTE	REG. SUBSIDIADO	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	PRIVADA	35.078.547	60,9%	1.213.235	4,9%	771.083	3,1%	4.641.833	32,2%	41.664.698	1,8%	8.812.915	25,2%
23	CONFACHOCÓ	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	30.466.795	68,1%	295.180	1,3%	305.757	2,0%	4.324.888	28,3%	35.398.620	0,7%	4.622.696	30,0%
24	SALUD COPIATRA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	3.395.815	100,0%	3.395.815	0,1%	3.395.815	100,0%

Nº	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % total
25	SILKASALUD EPS	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	1.889.656	100,0%	1.889.656	0,1%	1.889.656	100,0%
26	MANORRA EPS	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.714.519	100,0%	1.714.519	0,1%	1.714.519	100,0%
27	COMFAMILAR GUABIA	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	1.627.781	34,8%	1.341.823	28,7%	1.439.244	30,7%	275.158	5,8%	4.683.457	0,3%	1.713.923	36,0%
28	COLSUBSIDIO	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.487.375	100,0%	1.487.375	0,1%	1.487.375	100,0%
29	BUSAKAWA EPS	REG. SUBSIDIADO	VIGILANCIA ESPECIAL	PRIVADA	1.246.707	36,8%	712.724	21,8%	291.624	8,2%	1.089.018	34,2%	3.339.073	0,1%	1.170.644	37,4%
30	COMFACURUI	REG. SUBSIDIADO	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.106.379	100,0%	1.106.379	0,0%	1.106.379	100,0%
31	CAFAM	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	874.569	100,0%	874.569	0,0%	874.569	100,0%
32	EPS CONDOR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	616.310	100,0%	616.310	0,0%	616.310	100,0%
33	SOSALUD EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	566.763	100,0%	566.763	0,0%	566.763	100,0%
34	SEGURO SOCIAL EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	417.670	100,0%	417.670	0,0%	417.670	100,0%
35	MULTIMÉDICAS EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	393.657	100,0%	393.657	0,0%	393.657	100,0%
36	COMFAMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	264.734	100,0%	264.734	0,0%	264.734	100,0%
37	GOLDEN GROUP EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	199.497	100,0%	199.497	0,0%	199.497	100,0%
38	COMFABOY	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	79.911	100,0%	79.911	0,0%	79.911	100,0%
39	CAJAMAL	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	57.603	100,0%	57.603	0,0%	57.603	100,0%
40	SALUD COLOMBIA EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	55.639	100,0%	55.639	0,0%	55.639	100,0%
41	RED SALUD EPS	REG. CONTRIBUTIVO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	53.269	100,0%	53.269	0,0%	53.269	100,0%
42	COMFAMILAR CARMACOL	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	28.845	100,0%	28.845	0,0%	28.845	100,0%
43	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	25.685	100,0%	25.685	0,0%	25.685	100,0%
44	COMFENALCO ANTIOQUEÑA	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	24.480	100,0%	24.480	0,0%	24.480	100,0%
45	CAJASALUD	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PÚBLICA		0,0%		0,0%		0,0%	19.073	100,0%	19.073	0,0%	19.073	100,0%
46	COMFENALCO QUINDIÓ	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	12.936	100,0%	12.936	0,0%	12.936	100,0%
47	COMFENALCO TOLIMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	2.861	100,0%	2.861	0,0%	2.861	100,0%
48	COMFENALCO CUNDIBAMBA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	1.702	100,0%	1.702	0,0%	1.702	100,0%
49	COMFENALCO SANTANDER	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	957	100,0%	957	0,0%	957	100,0%

Nº	ENTIDAD DEUDORA	TIPO DE RÉGIMEN	ESTADO	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % total
50	CAJASAN	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	116	100,0%	116	0,0%	116	100,0%
51	CAFAMA	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
52	COMFACORTE-FAMILIAR	REG. SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	161	100,0%	161	0,0%	161	100,0%
53	MUMANA VIVIR EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	LIQUIDADA	PRIVADA		0,0%		0,0%		0,0%	(228.573)	100,0%	(228.573)	0,0%	(228.573)	100,0%
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>705.746.525</b>	<b>31,0%</b>	<b>181.796.418</b>	<b>7,1%</b>	<b>109.576.684</b>	<b>4,8%</b>	<b>1.289.445.995</b>	<b>57,1%</b>	<b>2.276.565.422</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.409.022.679</b>	<b>61,9%</b>
<b>TOTAL CARTERA 211 IPS AFILIADAS A LA ACHC</b>					<b>5.264.908.807</b>	<b>48,0%</b>	<b>879.949.593</b>	<b>8,0%</b>	<b>453.074.333</b>	<b>5,8%</b>	<b>4.197.626.125</b>	<b>38,2%</b>	<b>10.974.652.696</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.810.694.457</b>	<b>44,0%</b>
<b>Participación (%) entidades deudoras (VENDIDAS, INTERVENIDAS, LIQUIDADAS, EN VIGILANCIA ESPECIAL O PROGRAMA DE RECUPERACIÓN) / TOTAL CARTERA 211 IPS</b>						<b>13,4%</b>		<b>18,4%</b>		<b>17,3%</b>		<b>31,0%</b>		<b>26,7%</b>		<b>29,3%</b>

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 instituciones.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de difícil cobro".

Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 6 de Abril de 2023. En: <https://www.supersalud.gov.co/les-comuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

A continuación se presenta la población afiliada a estas EPS que presentan algún tipo de medida especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o que han sido liquidadas voluntariamente, con su respectiva concentración de cartera en mora a diciembre 31 de 2022.

Cuadro 10
Composición por número de afiliados y concentración de cartera mayor de 60 días a Diciembre 31 de 2022
Entidades deudoras intervenidas, en vigilancia especial, en programa de recuperación o liquidación voluntaria

SIN INCLUIR EL "DETERIORO"

Table with 7 columns: N°, Régimen de Afiliación, Entidad Deudora, Número de Afiliados R. CONTRIBUTIVO, Número de Afiliados R. SUBSIDIADO, Número de Afiliados R. EXCEPCIÓN, % Número de Afiliados R. INTERVENIDOS EN VIGILANCIA ESPECIAL, PARTICIPACIÓN EN VIGILANCIA ESPECIAL Y EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DICIEMBRE DE 2022.

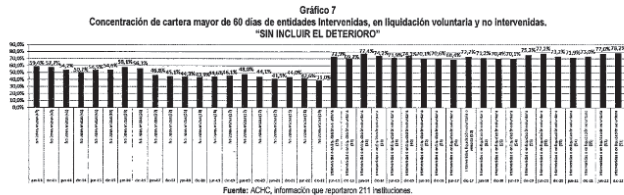
Table with 5 columns: REG., CONTRIBUTIVO, ENTIDAD DEUDORA, VALOR, VALOR, VALOR. Includes rows for various entities like CRUZ BLANCA EPS, DUSAKAWI EPSI, ECCOPROS ESS, etc.

Fuente: Población afiliada según: fiel copia de la Base de Datos de SISPRO (SGD) - RIJAF Afiliados a Salud con corte a Diciembre de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social.
Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 6 de Abril de 2023. En: https://www.supersalud.gov.co/es-cc/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas

A continuación, se presenta el comportamiento de la cartera morosa para el conjunto de EPS intervenidas, en liquidación voluntaria y no intervenidas.

En el Gráfico número 7 se puede ver como el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades intervenidas o en liquidación voluntaria. A la fecha de corte de este estudio dicha concentración alcanza a nivel del 78,2 % (superior en 1,2 puntos respecto a junio de 2022), explicado en parte por la liquidación de EPS en el último tiempo; aun así en los últimos 20 cortes observamos participaciones de cartera vencida por encima del 68 %.

Por el lado de las EPS que no presentan intervención, este porcentaje se ubica en el 39,0 %, mostrando igualmente una menor concentración durante el último semestre evaluado (con una reducción de 3,8 puntos porcentuales respecto del último corte).



Fuente: ACHC, información que reportaron 211 millones.
Nota aclaratoria: La presente clasificación, obedece a la información de EPS en medidas especiales suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, al día 6 de Abril de 2023. En: https://www.supersalud.gov.co/es-cc/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas

3.2.8. Aseguradoras SOAT

El siguiente es el comportamiento de la cartera adeuda por la Aseguradoras autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT-

El Cuadro 11 guarda la ordenación frente a la cifra absoluta de cartera en mora mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022, en el podemos observar que las trece entidades autorizadas, presentan una concentración de cartera en mora promedio del 54,7 % e igualmente en términos generales un empeoramiento en la mayoría los deudores con respecto a la situación presentada a junio de 2022 en términos de cartera morosa (61,7 % vs 55,7 %). El monto total de cartera absoluto "SIN DETRIORO" de las aseguradoras SOAT asciende a los \$ 271.944 millones a diciembre de 2022, inferior en \$ 15.761 millones frente a junio de 2022.

Las entidades autorizadas concentran globalmente el 1,9 % de toda la deuda SIN DETERIORO reportada en el estudio a diciembre de 2022 (más de \$ 14.0 billones). Las aseguradoras de mayor morosidad absoluta que se ubican en las 5 primeras posiciones son: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS de carácter público, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A; entre las 5 adeudan un total de \$ 236.068 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 61,3 % a diciembre de 2022, frente al 56,9 % del periodo inmediatamente anterior.

Si el criterio de ordenación se hiciese por la concentración de morosidad SIN DETERIORO, tendríamos la información del Gráfico 5, donde QBE SEGUROS S.A (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A), LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS de carácter público, COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS MUNDIAL), AXA COLPATRIA SEGUROS S.A y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A, completan las 5 primeras posiciones en su ordenación.

**Cuadro 11**  
**Cartera de las Aseguradoras SOAT por edad y naturaleza jurídica, (ambos escenarios)**  
**A Diciembre 31 de 2022**

**SIN INCLUIR EL "DETERIORO"**

(Miles de \$ y participación %)

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % MORA TOTAL Dic 2022	Part % MORA TOTAL Jun 2022
COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS MUNDIAL)	PRIVADA	15.608.989	26,6%	2.861.696	4,9%	2.663.307	4,5%	37.611.039	64,0%	58.775.200	21,6%	40.304.216	68,6%	64,0%
LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	PUBLICA	11.945.254	22,4%	2.111.845	4,2%	2.901.906	5,7%	34.234.954	57,7%	50.503.968	18,8%	37.136.870	73,4%	72,4%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	PRIVADA	15.611.465	31,4%	2.878.905	5,7%	2.583.486	5,0%	28.125.234	37,8%	50.349.010	18,5%	31.668.640	62,9%	61,8%
SEGUROS DE VIDA SUDAMERICANA S.A. OBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)	PRIVADA	15.489.889	35,6%	1.933.938	4,4%	1.590.256	3,7%	24.458.740	36,3%	43.480.724	16,0%	26.056.596	59,9%	58,4%
SEGUROS DE VIDA SUDAMERICANA S.A. OBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)	PRIVADA	17.253.932	52,5%	1.933.851	5,9%	1.191.301	3,6%	12.461.842	38,2%	32.870.215	12,3%	13.683.043	41,0%	27,2%
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA D.C.	PRIVADA	398.527	8,9%	13.207	0,3%	225	0,0%	4.078.044	90,8%	4.480.502	1,7%	4.078.269	90,8%	93,1%
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	PRIVADA	3.213.599	40,3%	841.038	10,5%	553.520	6,9%	3.168.718	42,2%	7.976.836	2,9%	3.922.283	48,2%	59,5%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	3.995.140	47,3%	548.472	6,5%	570.852	6,8%	3.324.731	39,4%	8.439.194	3,1%	3.893.583	46,2%	32,4%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	8.449.412	50,8%	251.121	1,7%	234.775	1,6%	2.877.994	42,2%	6.813.242	2,5%	3.112.709	45,7%	51,6%
ALLIANZ SEGUROS S.A. NAFFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	PRIVADA	1.698.134	39,1%	182.498	4,9%	235.263	6,3%	1.872.002	49,8%	3.757.997	1,4%	2.107.365	56,1%	53,4%
ALLIANZ SEGUROS S.A. NAFFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	PRIVADA	874.128	48,5%	239.091	11,8%	141.965	7,1%	755.669	37,6%	2.010.853	0,7%	897.631	44,6%	4,0%
CAIDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES (BNP PARIBAS)	PRIVADA	1.018.559	51,0%	182.125	9,2%	107.419	5,4%	666.586	33,8%	1.974.889	0,7%	774.035	39,2%	28,9%
OTRAS		51.278	68,9%	-	0,0%	-	0,0%	15.324	38,1%	76.602	0,0%	25.324	33,1%	41,5%
TOTAL GENERAL		58.775.200	53,1%	12.922.585	5,1%	12.746.819	4,7%	138.075.937	57,0%	271.944.163	100,0%	187.822.376	61,7%	58,7%
TOTAL CARTERA ZLS IPS AFILIADAS A LA ACHC		5.365.188.692	38,2%	923.956.141	6,6%	689.187.086	4,9%	7.050.695.225	50,3%	14.029.027.054	100,0%	7.789.882.312	55,2%	
PARTICIPACIÓN CARTERA ASEGURADORAS SOAT/ TOTAL CARTERA ZLS IPS ACHC			1,7%		1,3%		1,8%		2,2%		1,9%		2,2%	

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 Instituciones.

**INCLUYENDO EL "DETERIORO" BAJO METODOLOGÍA NIIF**

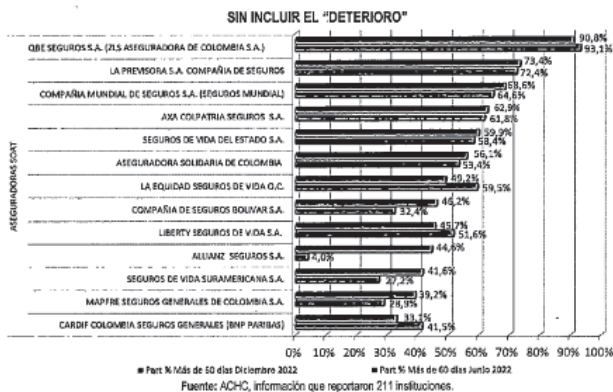
(Miles de \$ y participación %)

ENTIDAD DEUDORA	NATURALEZA JURÍDICA	A 30 días más cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	TOTAL	Part % total	60 días y más	Part % MORA TOTAL Dic 2022	Part % MORA TOTAL Jun 2022
COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. (SEGUROS MUNDIAL)	PRIVADA	15.413.104	35,2%	2.551.240	6,1%	2.522.990	5,8%	23.105.988	52,9%	43.694.310	20,3%	25.629.977	58,7%	57,8%
LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	PUBLICA	11.283.731	30,9%	2.023.434	5,6%	2.801.605	7,7%	20.631.136	55,9%	36.558.956	17,0%	23.241.791	63,6%	63,2%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	PRIVADA	15.695.557	38,3%	2.774.328	6,8%	2.381.553	5,8%	20.057.611	49,1%	40.881.049	19,0%	21.440.964	54,9%	55,0%
SEGUROS DE VIDA SUDAMERICANA S.A. OBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)	PRIVADA	15.488.683	47,2%	1.878.985	5,7%	1.504.288	4,6%	13.910.575	42,5%	32.732.311	15,2%	15.474.843	47,0%	48,0%
SEGUROS DE VIDA SUDAMERICANA S.A. OBE SEGUROS S.A. (ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)	PRIVADA	16.963.601	57,2%	1.957.493	6,3%	1.118.823	3,8%	9.716.340	32,8%	29.656.117	13,8%	10.835.360	36,5%	24,1%
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	PRIVADA	398.259	10,1%	13.207	0,4%	202	0,0%	3.491.754	80,4%	3.903.422	1,3%	3.491.356	89,6%	91,8%
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	PRIVADA	3.991.874	50,5%	542.624	6,9%	567.037	7,2%	2.802.524	35,5%	7.904.059	3,7%	1.369.561	17,0%	28,8%
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA D.C.	PRIVADA	3.189.189	44,7%	815.341	11,7%	572.808	7,8%	2.588.357	36,3%	7.155.695	3,3%	5.111.265	43,0%	53,8%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	3.412.507	61,3%	235.327	4,2%	220.723	4,0%	1.693.689	30,5%	5.564.445	2,6%	1.916.612	34,4%	39,0%
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	PRIVADA	1.683.548	48,4%	181.304	5,4%	231.224	6,9%	1.493.653	44,3%	3.371.710	1,6%	1.716.877	51,2%	46,7%
ALLIANZ SEGUROS S.A. NAFFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	PRIVADA	874.128	46,0%	239.091	12,6%	141.965	7,5%	645.567	34,0%	1.900.711	0,9%	787.532	41,4%	1,8%
CAIDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES (BNP PARIBAS)	PRIVADA	1.018.531	60,8%	181.764	10,8%	104.432	6,4%	689.329	22,0%	1.676.060	0,8%	475.763	28,4%	20,3%
OTRAS		51.278	54,6%	14.234	5,2%	14.562	5,3%	95.704	34,7%	276.110	0,1%	110.326	39,9%	26,4%
TOTAL GENERAL		89.315.427	41,5%	13.459.079	6,2%	12.145.239	5,6%	100.469.256	46,6%	215.309.042	100,0%	112.554.535	52,3%	47,5%
TOTAL CARTERA ZLS IPS AFILIADAS A LA ACHC		5.264.308.807	48,0%	873.443.391	8,0%	633.074.333	5,8%	4.197.620.125	38,2%	10.974.452.656	100,0%	4.830.694.657	44,0%	
PARTICIPACIÓN CARTERA ASEGURADORAS SOAT/ TOTAL CARTERA ZLS IPS ACHC			1,7%		1,3%		1,9%		2,4%		2,0%		2,3%	

Fuente: ACHC, información que reportaron 211 Instituciones.

Nota: Tener en cuenta que para este periodo se debió incluir por parte de las IPS los "deterioros de cartera morosa por edades", los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad, lo cual implica una disminución del valor absoluto y de la concentración de cartera morosa a partir de 2017, debido al efecto obligado de "castigar la cartera en mora de difícil cobro".

**Gráfico 8**  
**Composición de cartera mayor de 60 días de Aseguradoras SOAT**  
**Diciembre 31 de 2022 Vs Junio 30 de 2022**



**4. CONCLUSIONES**

Los estudios de cartera hospitalaria se vienen realizando desde el año 1998, lo que corresponde a un periodo de 25 años consecutivos de seguimiento. El estudio de cartera Número 49<sup>62</sup> elaborado por la ACHC contó con un total de 211 Clínicas y Hospitales reportantes.

Se debe tener en cuenta, que para los doce últimos periodos (junio 2017 – diciembre 2022) se debió incluir por parte de las IPS en sus estados de cuentas por cobrar, los “deterioros de cartera morosa por edades”, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Lo anterior, según lo estipulado por la Supersalud mediante la Circular Externa N° 016 de 2016, bajo la entrada en vigor de las Normas Internacionales de Información Financiera -NIIF.

Lo anterior indica, que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus “cuentas por cobrar morosas” un valor por más de \$ 3.0 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 21,8 % de la deuda total a diciembre de 2022 sin deterioros (\$ 14.0 billones aproximados); es decir para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 211 instituciones es la siguiente:

- Cartera corriente y sin vencimiento: 44,8 %
- Cartera morosa (mayor a 60 días): 33,4 %
- Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 21,8 %
- Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0 %

Ahora bien, como la normalidad según NIIF obliga a incluir el “deterioro”, todas las desagregaciones del estudio fueron presentadas bajo estos dos conceptos (CON Y SIN DETERIORO), haciendo siempre énfasis principalmente en el análisis del concepto “SIN INCLUIR EL “DETERIORO”, puesto que obedece a cartera hospitalaria AÚN PENDIENTE DE PAGO por parte de la entidad responsable.

Es decir, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 211 instituciones que reportaron información en el presente corte, es de más de catorce billones veintinueve mil (\$ 14.0 billones de pesos aproximados) y una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 55,2 % (más de \$ 7.7 billones).

Si se tuviese en cuenta la inclusión del “deterioro de cartera morosa por edades”, bajo lo ordenado por la metodología NIIF, el valor de cuentas por cobrar a diciembre de 2022 para los 211 hospitales y clínicas reportantes sería de más de \$ 10.9 billones de pesos y una concentración de cartera morosa del 44,0 % (\$ 4.8 billones).

Independientemente de los dos escenarios mostrados, vale la pena destacar que este estudio presenta un incremento en el monto absoluto de la cartera total y en mora adeudada a las Clínicas y Hospitales reportantes, en comparación con todos los cortes anteriores.

En cuanto a la relación de cartera por edades comparada frente al semestre a junio de 2022, se observa un incremento a diciembre de 2022 de la cartera a 30 días más corriente (38,2 % vs 38,0 %) y una reducción en la participación de la cartera mayor a 90 días (50,3 % frente al 51,6 % del periodo a junio de 2022). La franja intermedia de 31 a 90 días presenta igualmente un incremento, ubicándose en 11,5 %, frente al 10,4 % del semestre pasado.

**Cabe resaltar como ya se indicó que, dentro de la cartera morosa mayor a 60 días a diciembre de 2022, situada en 55,2 %, ésta se compone de un 21,8 % considerada como cartera de más difícil cobro o “deteriorada” según lo indica la metodología NIIF.**

De manera global y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (50,6 %), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (22,8 %) y en tercer lugar la categoría Estado (9,1 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, el extinto OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA, la deuda de la nueva Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES- y otras entidades del estado como fuerzas militares, policía nacional, ministerios, entre otros.

La morosidad, expresada como la concentración en cartera de 60 días y más es del 74,0 % para la categoría Estado (compuesta del 100,0 % de cartera morosa del desaparecido OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA, del 82,3 % de cartera morosa de los Entes Territoriales y del 75,5 % de cartera morosa de la ADRES), seguida del 61,4 % para las EPS del Régimen Subsidiado y finalmente del 52,4 % para las EPS del Régimen Contributivo. Todas las concentraciones de cartera en mora anteriores por encima del 52,0 % para cada tipo de deudor principal.

Es de anotar que la deuda referida en este acápite de ADRES, corresponde al proceso relacionado con el reconocimiento y pago de Reclamaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Terroristas, es decir, no se tienen en cuenta los demás procesos de reconocimiento, pago y giro de recursos a favor de los actores del SGSSS<sup>63</sup> y que, según sus informes, equivalen al 99,3% del uso total de los recursos apropiados para la vigencia 2022, estimados en 70,4 billones de pesos.<sup>64</sup>

En síntesis, las EPS del Régimen “Contributivo” y “Subsidiado” más la categoría “Estado” representan el 82,5 % del total de la deuda a diciembre de 2022 (cerca de \$ 11.6 billones de pesos sin deterioro).

En el régimen contributivo, la mayor deudora es la NUEVA EPS de carácter mixto con un monto de \$ 2.1 billones de pesos aproximados. Por otro lado, la NUEVA EPS registra un 42,6 % de deuda superior a 60 días (reducción de 3,8 puntos porcentuales frente a la concentración de cartera de 60 días y más a junio de 2022).

Igualmente, destacan las concentraciones de cartera en mora de las EPS de carácter privado en operación del régimen contributivo, en su respectivo orden son: COMFENALCO VALLE (67,0 %) y COOSALUD (45,2 %).

En el régimen subsidiado, la mayor deudora sigue siendo la EPS mixta SAVIA TRÁNSITO O ALIANZA MEDELLÍN ANTIQUÍA S.A.S, con un monto total de \$ 438.183 millones, donde el 30,9 % corresponde a cartera en mora, seguida de las EPS-S privadas en operación, EMSSANAR ESS con \$ 410.820 millones y un 43,5 % de cartera vencida a diciembre de 2022 y ASMET SALUD ESS con \$ 303.658 millones y un 49,8 % de vencimiento.

Por el lado de los Entes Territoriales (municipios y departamentos), el corte a diciembre de 2022 arroja un monto total adeudado de \$ 713.097 millones, inferior que el reportado a junio de 2022; el cual representa actualmente el 5,1 % de la deuda total del estudio actual. De otra parte, la cartera en mora (60 días y más) concentra el 82,3 % frente al 78,4 % registrado en diciembre pasado.

En la clasificación de este tipo de deudor, el DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER se presenta como la entidad que mayor deuda total reporta en esta categoría (\$ 145.601 millones y 83,0 % de vencimiento a diciembre de 2022).

En cuanto a los principales deudores del actual estudio de cartera hospitalaria, según el monto absoluto de la cartera mayor a 60 días a diciembre 31 de 2022 SIN DETERIORO, se destacan la

NUEVA EPS (ambos regímenes), la intervenida para liquidar MEDIMÁS EPS SAS (ambos regímenes), la intervenida para liquidar COOMEVA EPS, la vendida e intervenida para liquidar CAFESALUD EPS (ambos regímenes) y la EPS SANITAS, como aquellas entidades que encabezan el ranking de las entidades que adeudan mayor valor absoluto de cartera considerada en mora (concentraciones de cartera morosa por encima del 40,0% y deudas superiores a los dos billones de pesos en el caso de la NUEVA EPS).

La deuda total a diciembre de 2022 SIN DETERIORO, de las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado, en situación de liquidación, intervención, sometidas a la medida cautelar de vigilancia especial, en programa de recuperación, o liquidación voluntaria, presentan una concentración conjunta de cartera morosa mayor a 60 días del 78,2 %, equivalentes a más de \$ 3.3 billones de pesos.

Por otro lado, dicha participación conjunta es del 30,4 %, cuando se observa la deuda total por edades de estas 53 EPS, sobre la deuda total del estudio a diciembre de 2022 (o sea sobre los más de \$ 14.0 billones de pesos).

Estas 53 EPS concentran a su vez, el 17,2 % del total de afiliados al Sistema de Salud en Colombia a junio de 2022, o sea unos 8,9 millones de afiliados aproximadamente, lo cual es una cifra significativa de la población que se encuentra posiblemente en “riesgo”<sup>65</sup>, frente a la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, se puede ver como el comportamiento de la concentración de la cartera mayor a 60 días de las entidades con intervención se mantiene en niveles superiores al 78,0 %, frente a las EPS No intervenidas (39,0 %) a diciembre de 2022.

Por último, se presenta el comportamiento de la cartera adeudada por las compañías autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-, en donde el panorama general promedio indica que la concentración de cartera vencida agrupada de estas entidades es del 54,7 % a diciembre de 2022 con respecto al 49,9 % en el pasado corte a junio de 2022<sup>66</sup>. Las entidades que mayor adeudan siguiendo el criterio del monto absoluto de la cartera mayor a 60 días, en su respectivo orden son: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS de carácter público, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO


62 Actualizado al informe de resultados de Indicadores de Permanencia Previsionales publicado por la Superintendencia Nacional de Salud a Septiembre del 2022 y en el marco del cumplimiento de los Decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016, 180 de 2018, 718 de 2017, 882 DE 2018 y 1663 de 2019, sobre habilitación financiera en donde el resultado de las EPS deudoras del margen de solvencia fue de: \$ 512 mil millones para el R. Contributivo, \$ 3.3 billones para el R. Subsidiado y de \$ 0 para las EPS que prestan servicios en ambos regímenes; para un gran DEFICITO TOTAL de \$ 3.8 billones de pesos. A la fecha (septiembre 2022), solo existen 1 EPS en todo el sistema de salud, desde la primera publicación de los indicadores de permanencia financiera en junio de 2016, que cumple a CABALIDAD los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica; esta es ALIANZASALUD de un total de 34 EPS evaluadas a través del tiempo. Ver informe completo en <https://docs.supersalud.gov.co/Portals/0/Web/Superintencion/ResponEstadisticas/EPSEstadosRegimenContributivo/INFORME%20DE%20DEVALUACIONES%20DE%20INDICADORES%20DE%20PERMANENCIA%20FINANCIERA%20A%20SEPTIEMBRE%202022.pdf>

63 Durante el corte a 2022, las compañías Aseguradoras SOAT presentaban déficit líquido anual por valor de \$ 523.107 millones de pesos corrientes, según los datos publicados por la CÁMARA TÉCNICA SOAT – FASECOLDIA En: <https://www.camaratecnica.com/indicadores-financieros-del-margen-de-solvencia-de-las-companias-aseguradoras-soat/>

60 Artículo 67 de la Ley 1753 de 2016, recaudo de los recursos del SGSSS.  
61 Presentación ADRES año 2022.

**S.A y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A;** entre las 5 adeudan un total de \$ 236.068 millones con una concentración de cartera morosa promedio entre las cinco del 61,3 % a diciembre de 2022, frente al 56,9 % del periodo inmediatamente anterior.

Para el conjunto total de aseguradoras, se presenta una mejoría de su situación con respecto a junio de 2022, si se toma en cuenta el monto absoluto de cartera total adeudado **SIN DETERIORO** (\$ 271.944 millones a diciembre de 2022, frente a los \$ 267.705 millones a junio de 2022).



**HÉROES FAST**  
LLEGA A COLOMBIA. NIÑOS CON LA MISIÓN DE SALVAR LA VIDA DE SUS ABUELOS Y FAMILIARES

- El **ataque cerebrovascular (ACV)** es la primera causa de discapacidad en adultos en el mundo, según datos de la **OMS**.
- Héroes FAST** es una iniciativa galardonada a nivel global que enseña a los niños qué hacer ante los **síntomas del ACV**.

Está demostrado que el educar a los niños puede ser un catalizador para impactar positivamente también a sus cuidadores. Es por ello que la prestigiosa Iniciativa Héroes FAST, una campaña de educación infantil aprobada por la Organización Mundial del ACV con presencia en más de 17 países, llega a Colombia.

El proyecto **Héroes FAST** está diseñado para que los niños entre 6 y 12 años aprendan los signos y síntomas del ataque cerebrovascular, una condición que afecta a 17 millones de personas en el mundo anualmente, y conozcan los pasos de atención en salud para que los abuelos y/o cuidadores tengan un tratamiento oportuno.

"El tiempo es la mejor arma que tenemos contra un ataque cerebrovascular. **Héroes FAST** busca que los niños se vuelvan pequeños héroes que asumirán, desde los colegios, la misión de educar a otros y salvar a sus abuelos y todos los personas de su familia que puedan presentar un ACV, sabiendo cómo reaccionar eficazmente ante los síntomas y así, evitar el daño neuronal permanente o la muerte de sus seres queridos", explica la **doctora Andrea Correa**, líder de la **Iniciativa Angels para Colombia**.

Un **ACV** ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre a una parte del cerebro, bien sea por obstrucción de un coágulo o por la ruptura de un vaso sanguíneo. Al no poder recibir nutrientes y oxígeno, las células del cerebro se mueren rápidamente.

Para mayor información de **Héroes FAST** consulta: <https://co-es.fastheroes.com/>

De portada

# Estudio descriptivo de salarios de cargos administrativos y asistenciales 2022

Realizado por **Fernando Bohórquez Robayo**, consultor de la **ACHC**

## 1. Presentación y metodología

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

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

El trabajo se elaboró con información correspondiente a la remuneración del año 2022, y estuvo compuesto por una población en la que participaron 101 instituciones afiliadas a la ACHC, 45% de complejidad alta, 31% de complejidad media y 24% de complejidad baja. Por naturaleza jurídica, el 39% corresponde

a instituciones públicas y 61% a privadas. Los hospitales y clínicas que participaron en el estudio representan 13.987 camas, ubicadas en diferentes regiones del país, a las cuales se les encuestó sobre 92 cargos (35 administrativos y 57 asistenciales) y por las diferentes modalidades de contratación.

Cabe aclarar que este estudio tiene una continuidad anual que empezó desde el 2006. A continuación, se expone una serie de criterios para tener en cuenta la comprensión del estudio.

### 1.1 Formas de remuneración

Las siguientes fueron las formas de remuneración que se consideraron en el estudio:

- Sueldo total.** Es el salario básico multiplicado por el factor prestacional (cesantías, intereses de cesantías, prima legal, vacaciones, bonificaciones permanentes y otras primas que afectan el factor prestacional), más horas extras, dominicales y festivos, beneficios extralegales (bonificaciones y primas que no afectan el factor prestacional).
- Salario integral.** Trabajadores que devenguen diez o más salarios mínimos legales mensuales, más el

30% de factor prestacional, e incluye el pago de todas las prestaciones sociales, horas extras, recargo de trabajo nocturno, dominical y festivos.

- Prestación de servicios.** No genera vínculo laboral y, por ello, no obliga al contratante a pagar prestaciones sociales.
- Otras formas de contratación.** Las más comunes son por evento, cápita, bolsa de empleo y asociaciones.
- Contratación por hora.** Remuneración pactada de acuerdo con la duración de la labor tasada en horas.

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

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

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

### 1.2 Conceptos

En este apartado se presentan la particularidad de los principales conceptos en el estudio:

- Tipo de complejidad** declarado por las instituciones de acuerdo con el nivel de atención: baja, media y alta.
- Naturaleza jurídica** de las instituciones: públicas o privadas.
- Regiones y ciudades:**
  - Región Costa Atlántica: conformada por los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar y La Guajira.

- Región Centro Oriente: conformada por los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Huila, Casanare y Meta.
- Región Occidente: conformada por los departamentos de Chocó, Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca y Nariño.
- Ciudades que se tuvieron en cuenta: Bogotá y Medellín.

### 1.3 Funciones estadísticas

Las funciones estadísticas que se utilizan en el trabajo fueron mínimo, máximo, mediana y promedio. No obstante, es importante anotar que los análisis de comparación se realizan con base en la mediana.

### 1.4 Comparaciones

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

### 2. Resultados del trabajo

Algunos de los cargos que se seleccionaron para la publicación fueron médicos especializados en anestesiología, cirugía general, cuidados intensivos, infectología, medicina interna, neurología, oncología, otorrinolaringología y psiquiatría. Sin embargo, también se reconocieron en el estudio otros cargos, como médico general con especialidad en áreas administrativas, odontólogo especializado, enfermera general,



bacterióloga, óptica, químico farmacéuta, terapeuta ocupacional, auditor médico, responsable de control interno, responsable del área de planeación, jefe de comunicación y técnico administrativo.

**2.1 Médico especializado en anestesiología**

**2.1.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	10.128.626	14.447.153	
Salario integral – mediana	18.208.323	14.788.035	
Contratación por prestación de servicios – mediana	11.176.000	14.332.699	
Otras formas de contratación – mediana	16.403.586	26.346.400	
Contratación por hora – mediana	164.355	77.994	

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	6,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6%
Media	9,4%	15,0%	62,2%	3,9%	9,4%	100%
Alta	50,6%	4,1%	32,1%	12,2%	0,9%	100%

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

**2.1.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	14.168.213	14.170.565
Salario integral – mediana		17.278.420
Contratación por prestación de servicios – mediana	12.800.000	13.954.700
Otras formas de contratación – mediana	13.755.420	41.000.000
Contratación por hora – mediana	82.960	75.288

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

**2.1.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	33,8%	0,0%	47,4%	13,6%	5,3%	100%
Privado	48,0%	8,9%	32,8%	9,6%	1,1%	100%

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

**2.1.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	10.626.645	14.726.093	14.693.477
Salario integral – mediana	16.237.200	14.788.035	17.984.210
Contratación por prestación de servicios – mediana	12.613.000	14.848.721	12.562.685
Otras formas de contratación – mediana		12.734.110	30.025.876
Contratación por hora – mediana		79.900	82.950

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica presentan la mejor remuneración por salario integral; las de Centro Oriente, por prestación de servicios, y las de la región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.1.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	72,0%	20,0%	8,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	42,9%	4,8%	42,7%	7,1%	2,5%	100%
Occidente	42,6%	6,2%	32,8%	16,0%	2,4%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.1.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	12.741.051	17.801.292
Salario integral – mediana	13.916.400	21.354.038
Contratación por prestación de servicios – mediana	15.000.000	17.078.100
Otras formas de contratación – mediana	11.692.800	
Contratación por hora – mediana	79.900	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración por prestación de servicios, mientras que las de Medellín, por salario integral.

**2.1.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	45,0%	5,0%	38,7%	8,2%	3,1%	100%
Medellín	86,4%	0,8%	12,8%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.2 Médico especializado en drugía general**

**2.2.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		14.641.245	14.968.034
Salario integral – mediana		16.879.205	
Contratación por prestación de servicios – mediana		13.250.000	13.712.402
Otras formas de contratación – mediana		16.829.900	23.000.000
Contratación por hora – mediana	70.000	67.856	70.500

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
Media	8,5%	0,0%	55,3%	10,6%	25,5%	100%
Alta	28,6%	21,5%	36,9%	5,4%	7,2%	100%

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

**2.2.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	18.421.925	14.682.338
Salario integral – mediana		16.879.205
Contratación por prestación de servicios – mediana	13.712.402	13.990.000
Otras formas de contratación – mediana	16.829.900	23.000.000
Contratación por hora – mediana	71.856	69.177



**Como Gestor Farmacéutico contamos con Módulos Verticales de Almacenamiento - MVL para agilizar nuestros pedidos**

Gracias a nuestro proyecto de transformación digital, hemos automatizado nuestras operaciones de *picking* y *packing*, aumentando en un 41% nuestra productividad en el alistamiento de pedidos.

Comunícate con tu asesor o con nuestras líneas de ventas (604) 6050303 - 310 362 3171



Con tres robots de última generación mantenemos un flujo constante de 2000 referencias diarias, desde los equipos en nuestro Centro de Distribución de Medicamentos hasta las zonas de preparación, para la entrega óptima de despachos a nuestros asociados y clientes corporativos.

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

**2.2.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	28,1%	0,0%	59,9%	2,5%	9,4%	100%
Privado	28,0%	35,7%	27,2%	8,6%	1,7%	100%

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

**2.2.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	6.400.000	15.802.025	14.869.456
Salario Integral – mediana	12.971.000	16.633.385	18.050.125
Contratación por prestación de servicios – mediana	8.613.694	12.479.390	14.944.042
Otras formas de contratación – mediana		15.270.444	20.694.678
Contratación por hora – mediana		70.250	67.856

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, y las de la Región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.2.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	35,7%	14,3%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	18,6%	31,6%	37,1%	0,7%	12,0%	100%
Occidente	40,1%	2,2%	41,8%	14,8%	1,1%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.2.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	14.782.669	18.148.632
Salario Integral – mediana	16.879.205	
Contratación por prestación de servicios – mediana	9.534.542	15.732.167
Contratación por hora – mediana	70.000	

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

**2.2.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	18,0%	37,3%	36,1%	0,0%	8,6%	100%
Medellín	83,1%	0,0%	16,9%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.3 Médico especializado en cuidados intensivos**

**2.3.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		10.455.000	17.828.825
Salario Integral – mediana		18.091.381	17.652.369
Contratación por prestación de servicios – mediana		12.425.000	15.788.592
Otras formas de contratación – mediana			30.668.219
Contratación por hora – mediana			90.000

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Media	21,4%	0,0%	67,9%	10,7%	0,0%	100%
Alta	23,9%	20,7%	27,8%	7,2%	20,5%	100%

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

**2.3.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	19.177.300	17.563.493
Salario Integral – mediana	17.276.108	17.831.529
Contratación por prestación de servicios – mediana	16.617.505	12.000.000
Otras formas de contratación – mediana	18.336.438	48.000.000
Contratación por hora – mediana	94.292	81.452

12 | noviembre - diciembre de 2022

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

**2.3.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	12,0%	0,0%	46,4%	6,0%	35,5%	100%
Privado	29,5%	30,0%	22,0%	7,1%	11,3%	100%

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

**2.3.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	20.490.000	16.006.744	17.828.825
Salario Integral – mediana	18.112.808	15.854.987	18.330.000
Contratación prestación de servicios – mediana	5.972.910	15.567.371	14.374.296
Otras formas de contratación – mediana		18.336.438	43.000.000
Contratación por hora – mediana		90.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, mientras que las pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente, por otras formas de contratación.

**2.3.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	5,0%	5,0%	90,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	16,9%	27,6%	19,9%	3,3%	32,3%	100%
Occidente	37,1%	9,4%	40,3%	13,2%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Occidente, y por horas, en la región Centro Oriente.

**2.3.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	14.682.338	18.720.000
Salario Integral – mediana	1707.7657	
Contratación por prestación de servicios – mediana	16.594.742	16.300.267
Otras formas de contratación – mediana	18.336.438	
Contratación por hora – mediana	93.315	

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

**2.3.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	19,9%	28,5%	18,3%	4,1%	29,3%	100%
Medellín	87,7%	0,0%	12,3%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.4 Médico especializado en infectología**

**2.4.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		19.357.361	15.079.541
Salario Integral – mediana			13.349.985
Contratación prestación de servicios – mediana		5.242.197	15.320.700
Otras formas de contratación – mediana			24.100.000
Contratación por hora – mediana			116.035

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario Integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Media	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100%
Alta	32,4%	26,2%	27,6%	9,7%	4,1%	100%

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

**2.4.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	13.390.037	19.388.746
Salario Integral – mediana		13.349.985
Contratación por prestación de servicios – mediana	15.234.527	5.242.197
Otras formas de contratación – mediana		24.100.000
Contratación por hora – mediana		116.035

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

**2.4.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	38,9%	0,0%	61,1%	0,0%	0,0%	100%
Privado	29,4%	31,8%	21,8%	11,8%	5,0%	100%

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

**2.4.5 Reporte por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	2010,737	13.390,037	19.827,634
Salario integral – mediana		13.000,500	13.921,985
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.533,298	12.222,220	10.238,362
Otras formas de contratación – mediana		12.200,000	36.000,000
Contratación por hora – mediana		116,035	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de planta; las de región Centro Oriente, por prestación de servicios, y las de región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.4.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	32,4%	37,8%	18,9%	2,7%	8,1%	100%
Occidente	28,8%	13,7%	41,1%	16,4%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones pertenecientes a la región Centro Oriente y por prestación de servicios en la región Occidente.

**2.4.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	12.956,296	19.924,500
Salario integral – mediana	13.001,000	
Contratación por prestación de servicios – mediana	14.673,533	15.277,614
Contratación por hora – mediana	110,070	

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

**2.4.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	39,3%	46,4%	10,7%	0,0%	3,6%	100%
Medellín	57,6%	0,0%	42,4%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.5 Médico especializado en medicina interna**

**2.5.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		7.205,987	16.421,114
Salario integral – mediana	22.414,560	15.483,904	15.655,850
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.887,500	15.000,000	12.233,884
Otras formas de contratación – mediana		23.560,171	16.905,465
Contratación por hora – mediana	98,173	73,000	68,353

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	22,2%	22,2%	0,0%	55,6%	100%
Media	8,3%	5,6%	69,4%	11,1%	5,6%	100%
Alta	18,4%	39,4%	27,0%	8,6%	6,6%	100%

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

**2.5.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	14.168,213	16.434,940
Salario integral – mediana		15.700,000
Contratación por prestación de servicios – mediana	15.000,000	11.306,600
Otras formas de contratación – mediana	14.501,921	28.000,000
Contratación por hora – mediana	75,673	70,677

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

**2.5.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	21,5%	0,0%	60,0%	11,3%	7,2%	100%
Privado	15,9%	53,0%	16,0%	7,3%	8,2%	100%

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

**2.5.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	14.400,000	14.781,443	16.522,603
Salario integral – mediana	15.745,894	15.700,000	15.611,700
Contratación por prestación de servicios – mediana	8.157,497	11.837,184	12.742,692
Otras formas de contratación – mediana	10.186,425	30.275,211	
Contratación por hora – mediana		76,567	70,050

**En el sector salud, no existen dos historias clínicas iguales.**



**INTEGRALIDAD, la pieza clave Xoma.**

Un SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL es aquel que registra, identifica, discrimina, evalúa los datos, informa y aclamó diferencia cada caso desde el ingreso, hasta facturar, al dar de alta al paciente.

**Xoma**  
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

Contacto:  
Daniel Hernández Báez  
+57 314 410 4360

CRMEDIA | PAPER | MIS SOLUCIONES | www.xomaline.com

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, mientras que las de la región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.5.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	23,5%	23,5%	52,9%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	8,7%	50,2%	24,9%	4,7%	11,5%	100%
Occidente	34,9%	10,4%	36,5%	17,3%	1,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Occidente, y por salario integral, en la región Occidente.

**2.5.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	12.907,730	17.951,301
Salario integral – mediana	15.381,583	15.758,099
Contratación por prestación de servicios – mediana	11.092,000	15.770,253
Otras formas de contratación – mediana	5.810,930	
Contratación por hora – mediana		80,133

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

**2.5.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	7,9%	55,1%	22,7%	5,2%	9,0%	100%
Medellín	58,7%	17,7%	23,6%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.6 Médico especializado en neumología**

**2.6.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		14.735,561	13.797,650
Salario integral – mediana			15.877,338
Contratación por prestación de servicios – mediana		9.321,547	11.629,000
Otras formas de contratación – mediana			22.000,000
Contratación por hora – mediana	108,050		120,000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación, mientras que las de complejidad media, por planta.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
Media	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
Alta	23,9%	27,8%	39,5%	7,3%	1,5%	100%

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

**2.6.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	11.368.302	20.881.846
Salario integral – mediana	16.759.044	14.985.632
Contratación por prestación de servicios – mediana	16.066.667	9.470.834
Otras formas de contratación – mediana		22.000.000
Contratación por hora – mediana		114.025

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

**2.6.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	47,1%	5,8%	47,1%	0,0%	0,0%	100%
Privado	18,7%	32,5%	36,1%	9,0%	3,6%	100%

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

**2.6.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		13.593.844	16.799.045
Salario integral – mediana	11.993.300	17.588.825	15.867.458
Contratación por prestación de servicios – mediana		8.254.050	11.600.000
Otras formas de contratación – mediana		11.000.000	33.000.000
Contratación por hora – mediana		114.025	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, mientras que las de la región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.6.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	24,4%	29,3%	39,0%	2,4%	4,0%	100%
Occidente	28,5%	17,0%	40,9%	13,6%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.6.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	13.593.844	21.004.244
Salario integral – mediana	17.588.825	17.142.552
Contratación por prestación de servicios – mediana	8.254.050	16.229.023
Contratación por hora – mediana	108.050	

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

**2.6.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	21,6%	32,4%	43,2%	0,0%	2,7%	100%
Medellín	55,1%	15,0%	29,9%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.7 Médico especializado en neurología**

**2.7.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana		14.441.500	13.779.125
Salario integral – mediana		14.490.862	14.490.862
Contratación por prestación de servicios – mediana		5.136.500	11.666.350
Otras formas de contratación – mediana			15.900.000
Contratación por hora – mediana		75.000	

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Media	61,5%	0,0%	15,4%	0,0%	23,1%	100%
Alta	35,0%	18,4%	36,9%	8,6%	0,0%	100%

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

**2.7.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	13.779.125	13.737.502
Salario integral – mediana		14.490.862
Contratación por prestación de servicios – mediana	14.698.542	9.432.400
Otras formas de contratación – mediana		15.900.000
Contratación por hora – mediana		75.000

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

**2.7.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	23,7%	0,0%	76,3%	0,0%	0,0%	100%
Privado	41,4%	21,5%	24,9%	10,1%	2,0%	100%

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

**2.7.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		12.739.539	16.404.608
Salario integral – mediana		15.927.658	13.067.545
Contratación por prestación de servicios – mediana	5.508.929	11.274.700	11.668.000
Otras formas de contratación – mediana		6.800.000	25.000.000
Contratación por hora – mediana			75.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica reflejan la mayor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios; las de Centro Oriente, por salario integral, y las de Occidente, otras formas de contratación.

**2.7.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	42,9%	57,1%	0,0%	100%
Centro Oriente	31,7%	26,9%	40,4%	1,0%	0,0%	100%
Occidente	49,7%	5,3%	27,6%	13,2%	4,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por otras formas de contratación en las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica; por prestación de servicios, en las de Centro Oriente, y por planta, en las de la región Occidente.

**2.7.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo Total de Planta – Mediana	12.522.555	16.527.603
Salario Integral – Mediana	17.532.316	11.476.397
Contratación Prestación de Servicios – Mediana	8.670.888	9.880.173

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

**2.7.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	33,7%	29,3%	30,0%	0,0%	0,0%	100%
Medellín	81,6%	4,6%	13,8%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.8 Médico especializado en oftalmología**

**2.8.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Medio	Alta
Sueldo total de planta – mediana		11,049,564	13,564,426
Salario Integral – mediana		13,646,270	16,575,000
Contratación prestación de servicios – mediana		10,725,371	12,295,339
Otras formas de contratación – mediana			16,400,000
Contratación por hora – mediana	73,500	73,212	

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
Medio	2,1%	0,4%	97,0%	0,0%	0,4%	100%
Alta	28,5%	11,6%	38,9%	11,4%	0,0%	100%

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

**2.8.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza Jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	13,390,037	13,165,951
Salario Integral – mediana		15,110,635
Contratación por prestación de servicios – mediana	12,992,677	10,769,151
Otras formas de contratación – mediana		16,400,000
Contratación por hora – mediana	73,212	73,500

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

**2.8.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	26,8%	0,0%	70,7%	0,0%	2,4%	100%
Privado	10,6%	4,2%	81,8%	3,8%	0,3%	100%

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

**2.8.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		13,390,037	13,635,624
Salario Integral – mediana		16,699,800	13,000,000
Contratación prestación de servicios – mediana		15,000,000	5940,151
Otras formas de contratación – mediana		4,800,000	28,000,000
Contratación por hora – mediana		73,500	73,212

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

**2.8.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Centro Oriente	31,3%	12,5%	53,1%	1,0%	1,0%	100%
Occidente	8,2%	1,5%	86,2%	3,7%	0,4%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.8.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	12,519,801	16,286,413
Salario Integral – mediana	16,699,800	13,000,000
Contratación por prestación de servicios – mediana	14,853,960	7,211,269
Contratación por hora – mediana	73,500	

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

**2.8.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	28,1%	14,0%	56,1%	0,0%	1,8%	100%
Medellín	11,9%	0,7%	87,8%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.9 Médico especializado en oncología**

**2.9.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Medio	Alta
Sueldo total de planta – mediana			13,390,037
Salario Integral – mediana		28,286,922	26,991,489
Contratación por prestación de servicios – mediana			23,000,000
Otras formas de contratación – mediana			29,000,000

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Medio	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Alta	13,0%	29,9%	25,9%	27,3%	0,0%	100%

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

**2.9.3 Reporte por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	13,390,037	11,924,444
Salario Integral – mediana	29,345,727	26,991,489
Contratación prestación de servicios – mediana	23,189,639	21,183,966
Otras formas de contratación – mediana	6,089,216	38,000,000

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

**2.9.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	42,1%	15,8%	26,3%	15,8%	0,0%	100%
Privado	3,4%	35,6%	30,5%	30,5%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes al sector público y por salario Integral, en las del sector privado.

**2.9.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	8,888,888	14,328,435	13,967,099
Salario Integral – mediana	26,991,489	23,841,003	28,286,922
Contratación por prestación de servicios – mediana		22,278,784	23,000,000
Otras formas de contratación – mediana		17,544,608	47,000,000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente presentan la mejor remuneración por salario integral, mientras que las de Occidente, por otras formas de contratación.

**2.9.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	22,6%	35,5%	25,8%	16,1%	0,0%	100%
Occidente	4,5%	25,0%	34,1%	36,4%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por salario integral en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente, y por otras formas de contratación en las de Occidente.

**2.9.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	13,390,037	14,960,000
Salario Integral – mediana	23,841,003	28,172,864
Contratación por prestación de servicios – mediana	21,367,933	18,430,965
Otras formas de contratación – mediana	6,089,216	

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

**2.9.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	23,1%	42,3%	23,1%	11,5%	0,0%	100%
Medellín	14,3%	57,9%	28,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.10 Médico especializado en otorrinolaringología**

**2.10.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana			13.779.125
Salario integral – mediana			15.723.964
Contratación por prestación de servicios – mediana	9.535.270	7.752.535	
Otras formas de contratación – mediana			21.250.000
Contratación por hora – mediana	71.849	73.212	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta reflejan la mejor remuneración por otras formas de contratación; las de complejidad media, por prestación de servicios, y las de complejidad baja, por horas.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100%
Media	0,0%	0,0%	95,0%	0,0%	4,4%	100%
Alta	29,5%	19,5%	44,2%	6,8%	0,0%	100%

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

**2.10.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	13.323.628	14.406.153
Salario integral – mediana		15.723.964
Contratación por prestación de servicios – mediana	7.516.210	8.694.499
Otras formas de contratación – mediana		21.250.000
Contratación por hora – mediana	73.212	71.849

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

**2.10.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	37,8%	0,0%	56,8%	0,0%	5,4%	100%
Privado	16,0%	17,7%	57,0%	6,2%	3,1%	100%

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

**2.11 Médico especializado en psiquiatría**

**2.11.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	9.311.153	11.585.821	13.390.037
Salario integral – mediana			16.575.000
Contratación por prestación de servicios – mediana	7.054.120	9.114.327	9.584.667
Otras formas de contratación – mediana		7.650.253	9.800.000
Contratación por hora – mediana	48.919	73.212	62.500

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	71,9%	0,0%	15,6%	0,0%	12,5%	100%
Media	88,0%	0,0%	7,5%	3,0%	1,9%	100%
Alta	29,2%	8,6%	47,2%	13,6%	1,4%	100%

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

**2.11.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	11.891.805	11.969.654
Salario integral – mediana		16.575.000
Contratación por prestación de servicios – mediana	9.292.333	7.054.120
Otras formas de contratación – mediana	7.650.253	9.800.000
Contratación por hora – mediana	73.212	55.710

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

**2.11.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	51,3%	0,0%	44,9%	2,6%	1,3%	100%
Privado	51,5%	7,5%	25,5%	11,6%	3,7%	100%

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

**2.10.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		13.390.037	14.168.213
Salario integral – mediana		17.025.850	14.133.522
Contratación por prestación de servicios – mediana		7.533.420	6.391.844
Otras formas de contratación – mediana		8.500.000	34.000.000
Contratación por hora – mediana	71.849		73.212

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

**2.10.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Centro Oriente	23,5%	24,7%	45,7%	1,2%	4,9%	100%
Occidente	18,4%	3,5%	67,6%	8,2%	2,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.10.7 Reporte por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	13.390.037	14.169.968
Salario integral – mediana		17.025.850
Contratación por prestación de servicios – mediana	6.074.797	10.024.922
Contratación por hora – mediana	71.849	

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

**2.10.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	25,3%	26,7%	42,7%	0,0%	5,3%	100%
Medellín	55,6%	0,0%	44,4%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.11.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		11.242.397	13.644.089
Salario integral – mediana		16.575.000	
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.369.600	10.000.000	7.516.004
Otras formas de contratación – mediana		2.690.000	12.325.127
Contratación por hora – mediana		55.710	73.212

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios, mientras que las de Centro Oriente, por salario integral, y las de Occidente, por planta.

**2.11.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	44,0%	8,5%	41,8%	4,4%	4,3%	100%
Occidente	66,2%	0,0%	12,0%	20,7%	1,1%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.11.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	11.242.397	14.145.854
Salario integral – mediana		16.575.000
Contratación por prestación de servicios – mediana	9.584.667	8.920.996
Contratación por hora – mediana	55.710	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá presentan la mayor remuneración bajo la modalidad de salario integral, mientras que las de la ciudad de Medellín, por planta.

**2.11.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	44,7%	9,1%	41,7%	0,0%	4,5%	100%
Medellín	83,1%	0,0%	15,9%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.12 Médico general especializado en áreas administrativas**

**2.12.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	12.576.229	8.660.952	8.306.904
Salario integral – mediana			16.076.250
Contratación por prestación de servicios – mediana		8.623.995	

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Baja	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Media	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Alta	88,4%	1,2%	10,5%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.12.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	8.373.757	8.314.782
Salario integral – mediana		16.076.250
Contratación por prestación de servicios – mediana	5.247.990	12.000.000

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

**2.12.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Público	74,2%	0,0%	25,8%	0,0%	0,0%	100%
Privado	92,9%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.12.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	7.214.546	8.912.303	8.308.231
Salario integral – mediana		16.076.250	
Contratación por prestación de servicios – mediana		11.239.250	8.623.995

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral, mientras que las de Centro Oriente y Occidente por prestación de servicios.

**2.12.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Costa Atlántica	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	79,4%	0,0%	20,6%	0,0%	0,0%	100%
Occidente	96,6%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.12.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	9.244.025	10.830.247
Contratación por prestación de servicios – mediana	11.239.250	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios, mientras que las de la ciudad de Medellín, por planta.

**2.12.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Porcentaje contratación por hora	Total
Bogotá	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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



**PREGUNTA POR NUESTROS SERVICIOS**

- Medicina general**
- Detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)**
- Anticoncepción**
- Ginecología**
- Urología**
- Pruebas rápidas de VIH, Sífilis y Hepatitis B**
- Vacunación**
- Fertilidad**

Profamilia.org.co  
Línea gratuita nacional  
800 912 4830

Chat Emilia 808 691 0221  
Bogotá: (601) 443 4000 Medellín: (604) 283 6688  
Cali: (602) 386 0001 Barranquilla: (605) 319 7928

**2.13 Odontólogo especializado**

**2.13.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	5.369.214	10.301.095	
Contratación por prestación de servicios – mediana	12.000.000	4.127.405	5.349.173
Otras formas de contratación – mediana			18.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de otras formas de contratación, mientras que las de complejidad media y baja, por prestación de servicios.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	18,2%	0,0%	81,8%	0,0%	100%
Media	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100%
Alta	67,3%	0,0%	30,3%	2,4%	100%

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

**2.13.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mínimo	3.759.598	9.332.427
Contratación por prestación de servicios – mediana	5.349.173	5.372.000
Otras formas de contratación – mediana		18.000.000

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

**2.13.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	31,0%	0,0%	69,0%	0,0%	100%
Privado	81,7%	0,0%	14,7%	3,7%	100%

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

**2.13.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		10.161.362	8.658.681
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.389.557	5.837.074	5.776.857
Otras formas de contratación – mediana			18.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica reflejan la mejor remuneración por prestación de servicios; las de Centro Oriente, por planta, y las de Occidente, por otras formas de contratación.

**2.13.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	74,6%	0,0%	25,4%	0,0%	100%
Occidente	27,3%	0,0%	65,5%	7,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por prestación de servicios en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Occidente, y por planta en la región Centro Oriente.

**2.13.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato - Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	10.263.658	10.338.533
Contratación por prestación de servicios – mediana	5.837.074	4.981.713

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

**2.13.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	73,8%	0,0%	26,2%	0,0%	100%
Medellín	42,9%	0,0%	57,1%	0,0%	100%

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

**2.14 Enfermera general**

**2.14.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	4.267.594	4.713.824	5.289.171
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.534.661	3.770.784	3.551.722
Otras formas de contratación – mediana	2.997.250	4.154.925	2.380.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	94,9%	0,0%	3,0%	2,1%	100%
Media	80,9%	0,0%	7,9%	11,5%	100%
Alta	86,6%	0,0%	8,8%	4,6%	100%

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

**2.14.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	5.494.987	4.531.038
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.544.645	3.554.000
Otras formas de contratación – mediana	3.000.000	2.590.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

**2.14.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	57,3%	0,0%	35,4%	7,3%	100%
Privado	94,3%	0,0%	0,8%	4,9%	100%

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

**2.14.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	3.432.246	4.863.168	5.251.471
Contratación por prestación de servicios – mediana		3.557.861	3.537.568
Otras formas de contratación – mediana	1.600.000	2.800.000	3.144.650

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

**2.14.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	85,0%	0,0%	0,0%	15,0%	100%
Centro Oriente	78,8%	0,0%	13,7%	7,5%	100%
Occidente	95,0%	0,0%	2,1%	2,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.14.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo Total de Planta – Mediana	5.150.874	5.606.491
Contratación Prestación de Servicios – Mediana	3.551.722	
Otras Formas de Contratación – Mediana	2.920.420	

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

**2.14.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	78,1%	0,0%	16,0%	6,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.15 Bacterióloga**

**2.15.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	4.481.611	5.157.330	5.130.880
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.204.223	2.709.218	3.438.359
Otras formas de contratación – mediana	3.486.931	3.150.000	3.843.830

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	91,8%	0,0%	6,8%	1,4%	100%
Media	69,7%	0,0%	24,2%	6,1%	100%
Alta	87,9%	0,0%	6,7%	5,5%	100%

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

**2.15.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	5.203.510	4.682.575
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.205.040	3.729.000
Otras formas de contratación – mediana	4.032.049	2.478.970

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reflejan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

**2.15.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	58,7%	0,0%	28,8%	12,5%	100%
Privado	97,1%	0,0%	0,1%	2,7%	100%

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



2.15.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	3.693.205	5.130.880	5.062.909
Contratación por prestación de servicios – mediana		3.277.608	3.347.736
Otras formas de contratación – mediana	1.859.774	3.843.830	3.486.991

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

2.15.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	70,6%	0,0%	0,0%	29,4%	100%
Centro Oriente	82,0%	0,0%	10,7%	7,3%	100%
Occidente	94,3%	0,0%	3,1%	0,6%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

2.15.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	4.971.725	6.137.507
Contratación por prestación de servicios – mediana		3.357.583
Otras formas de contratación – mediana	3.937.939	

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

2.15.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	83,6%	0,0%	10,3%	6,1%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

2.16 Optómetra

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

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	3.501.809	6.638.155	5.221.860
Contratación por prestación de servicios – mediana	1.700.000	1.849.714	3.093.307
Otras formas de contratación – mediana			4.500.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta, media y baja presentan la mejor remuneración por planta.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100%
Media	42,9%	0,0%	57,1%	0,0%	100%
Alta	64,7%	0,0%	17,6%	17,6%	100%

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

2.16.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

Tipo de contrato / Naturaleza Jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	4.403.608	5.670.505
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.000.000	2.250.000
Otras formas de contratación – mediana		4.500.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta.

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

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	40,0%	0,0%	60,0%	0,0%	100%
Privado	52,6%	0,0%	38,9%	8,3%	100%

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

2.16.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	2.750.299	4.519.495	5.712.278
Contratación por prestación de servicios – mediana		2.450.100	2.000.000
Otras formas de contratación – mediana			4.500.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración por planta.

2.16.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	68,8%	0,0%	31,3%	0,0%	100%
Occidente	37,5%	0,0%	50,0%	12,5%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Centro Oriente, y por prestación de servicios en las de Occidente.

2.16.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	7.626.168	6.119.150
Contratación prestación de servicios – mediana		3.736.514

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

2.16.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

2.17 Químico farmacéuta

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

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	5.500.809	5.049.408	5.103.242
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.500.000	4.160.000	4.437.202
Otras formas de contratación – mediana			4.591.277

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	92,9%	0,0%	7,1%	0,0%	100%
Media	90,9%	0,0%	9,1%	0,0%	100%
Alta	87,1%	0,0%	8,2%	4,7%	100%

La mayoría del personal es vinculado de planta en las instituciones de complejidad alta, media y baja.

2.17.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	5.683.483	5.060.600
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.140.000	
Otras formas de contratación – mediana		4.591.277

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado reportan la mayor remuneración por planta.

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

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	46,3%	0,0%	35,8%	17,9%	100%
Privado	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

2.17.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo Total de Planta – Mediana	4.585.656	5.600.000	5.027.779
Contratación Prestación de Servicios- Mediana		4.160.000	3.836.854
Otras Formas de Contratación – Mediana			4.591.277

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

**2.17.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	76,6%	0,0%	14,1%	9,2%	100%
Occidente	96,2%	0,0%	3,8%	0,0%	100%

La mayoría del personal está contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.17.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	5.783.495	5.498.837
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.169.000	6.035.370
Otras formas de contratación – mediana	4.591.277	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta, mientras que las de Medellín, por prestación de servicios.

**2.17.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	73,4%	0,0%	15,6%	11,0%	100%
Medellín	96,2%	0,0%	3,8%	0,0%	100%

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

**2.18 Terapeuta ocupacional**

**2.18.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	3.484.527	4.675.585	4.209.894
Contratación por prestación de servicios – mediana	1.157.000	6.108.000	2.632.000
Otras formas de contratación – mediana		3.305.451	3.644.036

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y baja presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta, mientras que las de complejidad media, por prestación de servicios.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	75,9%	0,0%	24,1%	0,0%	100%
Media	64,7%	0,0%	11,8%	23,5%	100%
Alta	69,8%	0,0%	21,7%	8,9%	100%

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

**2.18.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	4.940.723	3.884.300
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.184.257	2.433.231
Otras formas de contratación – mediana	3.511.402	5.949.750

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

**2.18.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	44,2%	0,0%	41,9%	14,0%	100%
Privado	78,8%	0,0%	14,4%	6,9%	100%

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

**2.18.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		4.144.845	4.209.884
Contratación por prestación de servicios – mediana		2.532.866	6.108.000
Otras formas de contratación – mediana		3.383.337	6.155.701

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Centro Oriente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta, mientras que las de la región Occidente, por otras formas de contratación.

**2.18.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Centro Oriente	66,4%	0,0%	28,7%	4,9%	100%
Occidente	79,2%	0,0%	3,8%	17,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.18.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	4.405.390	5.399.536
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.632.000	
Otras formas de contratación – mediana	3.383.337	

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

**2.18.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	66,0%	0,0%	28,0%	6,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.19 Auditor médico**

**2.19.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	8.577.707	7.381.433	8.124.966
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.300.000	6.500.000	4.404.000
Otras formas de contratación – mediana	2.254.172		

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	65,0%	0,0%	20,0%	15,0%	100%
Media	84,5%	0,0%	11,5%	0,0%	100%
Alta	97,0%	0,0%	3,0%	0,0%	100%

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

**2.19.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	8.942.430	7.876.190
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.702.000	
Otras formas de contratación – mediana	2.254.172	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a los sectores público y privado presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta.

**2.19.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	65,9%	0,0%	26,8%	7,3%	100%
Privado	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.19.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	7.153.101	7.842.528	8.151.446
Contratación por prestación de servicios – mediana		6.500.000	4.300.000
Otras formas de contratación – mediana			2.254.172

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de contratación de planta.

## Llega el fin del año 2022, y como mensaje regalo queremos compartir con ustedes la parábola del bambú japonés.

"Dicen que el bambú japonés tiene un modo muy particular de crecer. Una vez que siembras la semilla, te preocupas por cuidarla y regarla, pero aparentemente nada sucede.

Pasan algunos meses, y a la vista no crece. Más aún, nada se hará visible durante los siete primeros años.

Esto hace que quien lo siembra por primera vez crea que todo es un esfuerzo perdido, pero sorprendentemente y después de siete años, el bambú crece más de treinta metros en sólo seis semanas. Entonces: ¿Tardó sólo seis semanas en crecer? La respuesta es no, en realidad durante los primeros siete años el bambú se dedica a desarrollar y fortalecer las raíces, gracias a lo cual esta planta se vuelve fuerte y resistente, teniendo una existencia productiva, útil y duradera..."



Desde 2015, la alianza Avedian + Processum es líder en Colombia en la implementación de tecnologías y servicios para mejorar los resultados clínicos y económicos en instituciones de salud y en la optimización de diversas modalidades de pago aplicables en acuerdos de voluntades, bajo la metodología internacional de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

Hoy queremos agradecer a nuestros amigos, clientes, socios y aliados por permitirnos crecer en estos siete años y apoyarlos también en su desarrollo.

**¡Les deseamos prosperidad y ventura para el 2023!**



### 2.19.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	91,3%	0,0%	8,7%	0,0%	100%
Occidente	92,3%	0,0%	4,8%	2,9%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

### 2.19.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	8.035.353	9.481.051
Contratación por prestación de servicios – mediana	4.404.000	

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

### 2.19.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	92,3%	0,0%	7,7%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

### 2.20 Responsable área control interno

#### 2.20.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	5.199.137	6.518.973	8.138.934
Salario integral – mediana		14.738.100	18.029.102
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.200.000	3.600.000	7.030.000

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	60,9%	0,0%	39,1%	0,0%	100%
Media	85,7%	9,5%	4,8%	0,0%	100%
Alta	78,1%	18,8%	3,1%	0,0%	100%

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

### 2.20.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	6.648.566	6.604.823
Salario integral – mediana		16.174.100
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.250.000	7.000.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada planta, mientras que las instituciones pertenecientes al sector privado, por salario integral.

### 2.20.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	76,2%	0,0%	23,8%	0,0%	100%
Privado	73,5%	23,5%	2,5%	0,0%	100%

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

### 2.20.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	5.550.147	8.117.247	6.005.085
Salario integral – mediana		16.476.200	15.872.000
Contratación por prestación de servicios – mediana	7.000.000		3.250.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de prestación de servicios, mientras que las de las regiones Centro Oriente y Occidente por salario integral.

### 2.20.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	65,7%	10,0%	33,3%	0,0%	100%
Centro Oriente	72,0%	26,0%	0,0%	0,0%	100%
Occidente	72,9%	2,1%	20,8%	0,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

### 2.20.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	11.194.047	9.533.527
Salario integral – mediana		16.476.200

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

### 2.20.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	45,2%	53,8%	0,0%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

### 2.21 Responsable área de planeación

#### 2.21.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	8.651.029	7.834.431	11.926.431
Salario integral – mediana		13.542.100	15.529.581
Contratación por prestación de servicios – mediana		2.400.000	
Otras formas de contratación – mediana	1.700.000		

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y media presentan la mayor remuneración bajo la modalidad denominada salario integral, mientras que las de complejidad baja, por planta.

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	87,5%	0,0%	0,0%	12,5%	100%
Media	84,6%	7,7%	7,7%	0,0%	100%
Alta	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.21.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	11.729.926	8.340.880
Salario integral – mediana		14.535.841
Contratación por prestación de servicios – mediana		2.400.000
Otras formas de contratación – mediana	1.700.000	

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes al sector público presentan la mejor contratación bajo la modalidad de planta, mientras que las pertenecientes al sector privado, por salario integral.

**2.21.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	94,4%	0,0%	0,0%	5,6%	100%
Privado	75,0%	21,4%	3,6%	0,0%	100%

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

**2.21.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana		11.082.256	8.260.585
Salario integral – mediana		18.579.606	13.000.000
Contratación por prestación de servicios – mediana			2.400.000
Otras formas de contratación – mediana			1.700.000

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de salario integral.

**2.21.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Centro Oriente	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%	100%
Occidente	83,3%	8,3%	4,2%	4,2%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Centro Oriente y Occidente.

**2.21.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contrato / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	10.524.819	11.834.000
Salario integral – mediana		18.579.606

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá presentan la mayor remuneración bajo la modalidad de vinculación denominada salario integral, mientras que las de la ciudad de Medellín, por planta.

**2.21.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	73,3%	26,7%	0,0%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.22 Jefe de comunicación**

**2.22.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	5.469.881	4.034.428	6.226.242
Salario integral – mediana		16.476.200	20.986.204
Contratación por prestación de servicios – mediana	2.750.000	3.341.666	3.400.000
Otras formas de contratación – mediana		4.013.934	

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

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

Complejidad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	40,0%	0,0%	60,0%	0,0%	100%
Media	58,3%	8,3%	25,0%	8,3%	100%
Alta	93,8%	3,1%	3,1%	0,0%	100%

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

**2.22.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Tipo de contrato / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	6.909.014	5.711.690
Salario integral – mediana		18.731.202
Contratación por prestación de servicios – mediana	3.338.400	3.814.737
Otras formas de contratación – mediana	4.013.934	

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

**2.22.4 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por naturaleza jurídica**

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	40,0%	0,0%	50,0%	10,0%	100%
Privado	89,7%	5,1%	5,1%	0,0%	100%

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

**2.22.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región**

Tipo de contrato / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	3.820.072	6.307.570	5.887.063
Salario integral – mediana		18.731.202	
Contratación por prestación de servicios – mediana		3.341.666	3.369.200
Otras formas de contratación – mediana			4.013.934

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica y Occidente presentan la mejor remuneración bajo la modalidad de planta, mientras que las de la región Centro Oriente, por salario integral.

**2.22.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región**

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	85,0%	10,0%	5,0%	0,0%	100%
Occidente	72,0%	0,0%	24,0%	4,0%	100%

La mayoría del personal es contratado de planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

**2.22.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad**

Tipo de contratación / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	6.324.097	6.755.265
Salario integral – mediana		18.731.202

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

**2.22.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad**

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

**2.23 Técnicos administrativos**

**2.23.1 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por complejidad de acuerdo con el nivel de atención**

Tipo de contrato / complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta – mediana	2.895.398	2.463.423	2.314.772
Contratación por prestación de servicios – mediana	6.000.000	1.852.529	1.738.000
Otras formas de contratación – mediana	1.694.413	2.709.940	2.701.241

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones de complejidad alta y media presentan la mejor remuneración bajo la modalidad denominada otras formas de contratación, y las de baja, por prestación de servicios.

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

Complejidad	Porcentaje de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Baja	91,0%	0,0%	2,5%	4,4%	100%
Media	87,1%	0,0%	9,2%	3,8%	100%
Alta	93,5%	0,0%	1,8%	4,7%	100%

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

2.23.3 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por naturaleza jurídica

Tipo de contratación / Naturaleza jurídica	Público	Privado
Sueldo total de planta – mediana	3.439.032	1.908.887
Contratación por prestación de servicios – mediana	1.852.529	1.921.000
Otras formas de contratación – mediana	2.701.241	1.333.257

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

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

Naturaleza	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Público	75,9%	0,0%	12,1%	12,9%	100%
Privado	98,1%	0,0%	0,4%	1,9%	100%

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

2.23.5 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por región

Tipo de trabajo / Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta – mediana	1.961.406	2.527.557	2.504.751
Contratación por prestación de servicios – mediana	1.795.265	2.548.000	2.548.000
Otras formas de contratación – mediana	2.701.241	2.102.176	2.102.176

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la región Costa Atlántica reportan la mayor remuneración bajo la modalidad de vinculación de planta; las de la región Centro Oriente, por otras formas de contratación, y las de Occidente, por prestación de servicios.

2.23.6 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por región

Región	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Costa Atlántica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Centro Oriente	85,4%	0,0%	6,9%	7,7%	100%
Occidente	95,5%	0,0%	1,2%	2,3%	100%

La mayoría del personal es contratado por planta en las instituciones pertenecientes a las regiones Costa Atlántica, Centro Oriente y Occidente.

2.23.7 Reporte de remuneración por tipo de contrato y por ciudad

Tipo de contratación / Ciudad	Bogotá	Medellín
Sueldo total de planta – mediana	2.410.002	2.326.951
Contratación por prestación de servicios – mediana	1.852.529	1.852.529
Otras formas de contratación – mediana	2.701.241	2.701.241

Teniendo en cuenta la mediana, las instituciones pertenecientes a la ciudad de Bogotá reportan la mejor remuneración bajo la modalidad de nominada otras formas de contratación, mientras que las de la ciudad de Medellín, por planta.

2.23.8 Porcentaje de personal por tipo de contrato y por ciudad

Ciudad	Porcentaje personal de planta	Porcentaje salario integral	Porcentaje prestación de servicios	Porcentaje otras formas de contratación	Total
Bogotá	83,7%	0,0%	8,2%	8,1%	100%
Medellín	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

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

o por qué una institución de similares características presenta una mejor remuneración para un determinado cargo; en general, no se puede conocer la justificación de los resultados cuando se realizan todo tipo de cruces entre variables e instituciones.

3. Comentarios generales

Este es un trabajo de tipo descriptivo de referencia en el cual se muestra, mediante distintos conceptos, las remuneraciones de diferentes cargos administrativos y asistenciales, los cuales a su vez reflejan ser mayores o menores cuando se comparan entre instituciones por diferentes conceptos. Pero en ningún caso se puede deducir por qué un cargo en una institución tiene mayor o menor remuneración dependiendo del tipo de contrato

El estudio no refleja todos los gastos de los programas de bienestar social en los que incurrir las instituciones. Además, el presente estudio no pretende establecer inferencias estadísticas a nivel nacional para el sector prestador. ■

DOCUMENTO TÉCNICO:  
RUTA LÓGICA HACIA UNA SALUD PROGRESIVA



Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas -ACHC-

Todos los derechos reservados, 2021-2022

Contenido

- I. CONTEXTOS CAMBIANTES ..... 3
  - a. Demografía .....3
  - b. Epidemiología .....5
  - c. Curva del grado de adopción de la innovación en las sociedades ..... 12
  - d. Cuarta Revolución Industrial ..... 13
  - e. Salud digital y medios virtuales..... 15
  - f. Ambiente ..... 18
  - g. Empleo ..... 19
  - h. Economía y pobreza..... 20
- II. DINAMICAS SISTEMAS DE SALUD.....23
  - a. Resiliencia y transiliencia en los sistemas de salud ..... 23
- III. DOBLE ACEPTACIÓN.....25
- IV. NUEVOS MOVIMIENTOS .....32
- V. PROPUESTA GREMIAL "RUTA LÓGICA HACIA UNA SALUD PROGRESIVA" ..... 34
  - a. Formulación inteligente..... 35
  - b. Definición de fronteras..... 36
  - c. Transformación de roles ..... 39
  - d. Cambios en la relación de poder..... 47
- VI. BIBLIOGRAFÍA.....49

**I. CONTEXTOS CAMBIANTES**

Desde hace varios años, la ACHC ha planteado y discutido los diversos cambios que el mundo ha experimentado, frente a lo cual es importante señalar que muchos de los cambios observados le han dado la razón a la ACHC en la medida que se han concretado. Correlativamente, conviene señalar que el cambio continuo es una característica inherente de la existencia, en tal sentido la ACHC continuará en su tarea de examinar y escrutar los cambios venideros.

Hoy ante la aparición de la pandemia Covid-19, la velocidad en los cambios se ha incrementado significativamente, *“Covid-19 es una emergencia que agudiza un problema crónico de salud”*.

**a. Demografía**

Actualmente se está verificando un cambio demográfico caracterizado por presentar reducciones del crecimiento de la población, sobre todo, por cuenta de bajas tasas de natalidad y un progresivo envejecimiento por el descenso en la tasa de mortalidad. El cambio ha sido significativo; hace unas décadas las sociedades eran compuestas en general de niños y de personas jóvenes, hoy nos enfrentamos a unas sociedades de adultos y de personas mayores.

Según Naciones Unidas (2017) en su informe «Perspectivas de la Población Mundial», se estima que el número de personas mayores de 60 años se duplique para 2050 y triplique para 2100; en números, tal segmento poblacional pasará de 962 millones en 2017 a 2.100 millones en 2050 y 3.100 millones en 2100.

Correlativamente, en el presente las personas tienen una mayor expectativa de vida; por ejemplo, una persona que tenga 60 años hoy puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, la expectativa de vida se incrementó en promedio algo más de 20 años. En el continente americano más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. En 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región (United Nations, 2017).

Según el artículo “Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia” en Colombia la población de adulto mayor envejece a un ritmo más acelerado. En igual sentido, en el mismo lugar se señala que el 21.2% de la población de 60 años o más en el país enfrenta algún grado de dependencia (porcentaje equivalente a 1.1 millones de personas). Para el particular, de mantenerse la tendencia de la incidencia de enfermedades crónicas, dicha cifra podría sobrepasar los 2,1 millones en los siguientes diez años,

diagnóstico identificado, que entre 1985 y 2020, la proporción de adultos mayores pasó del 6,9 % al 13,8%, con lo cual se evidencia que la población colombiana se ha envejecido y continuará haciéndolo hasta alcanzar una proporción superior al 16 % para 2030. Adicionalmente se han encontrado evidencias que un porcentaje importante de las personas mayores, tienen dificultades para acceder a un trabajo digno, a una pensión suficiente para cubrir sus necesidades, por tanto, la vulnerabilidad de dicho grupo poblacional es significativa y requiere cambios en las políticas públicas que los protejan (Ministerio de Salud colombiano, 2021).

Ahora bien, con la llegada de la pandemia de la COVID-19 la estructura y el contexto demográfico se han visto afectados en la medida que se estiman cambios perceptibles en el indicador de esperanza de vida. Particularmente, regiones como América del Norte y Europa evidencian afectaciones demográficas por cuenta su estructura de población envejecida y, si bien Latinoamérica y el Caribe también evidencian afectaciones, la situación difiere comoquiera que la población de esta región cuenta con una población más joven que la norteamericana o europea. Con todo, se puede considerar que cada aumento porcentual en la prevalencia de la COVID-19 puede reducir la esperanza de vida al nacer en 0,1 años, aproximadamente. Es decir, una prevalencia del 10% supone la pérdida de 1 año de esperanza de vida, mientras que una prevalencia del 50%, implicaría la pérdida de cinco años en la esperanza de vida al nacer, todo lo cual constituye un retroceso a los niveles de hace 20 años en la región (Marois et al., 2020, citado en CEPAL 2020).

**b. Epidemiología.**

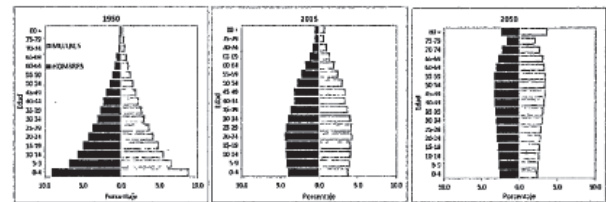
En términos globales, se indica que los perfiles de la carga de la enfermedad y de la mortalidad han cambiado considerablemente en los últimos 30 años por distintos tipos de factores, dentro de los que se cuentan: cambios demográficos, mayor urbanización (y su tendencia al alza), cambios en los sistemas productivos (por ejemplo, preponderancia del sector de los servicios), los avances de la medicina, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mejores prácticas de higiene, así como un mayor cuidado personal, factores que han hecho que en el mundo y en Colombia se advierta un perfil de la carga de la enfermedad y de las causas de mortalidad significativamente distinto del verificado a principios de los años 90’s del siglo pasado. Igualmente, se subraya los cambios del perfil de la enfermedad por cambios estructurales y en las condiciones ambientales del planeta materializadas en el calentamiento global, han incidido en prevalencia de muchas enfermedades como las respiratorias, así como en el origen de otras.

proporción que puede llegar a representar al 26.4% de la población mayor de 60 años (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019).

En Colombia la transición demográfica se inició con el descenso de la mortalidad en la década de 1930, mientras que la fecundidad comenzó a disminuir en la década de 1960. Según los registros, el descenso de la fecundidad en Colombia ha sido muy pronunciado, pasando de 7 hijos por mujer en los años 60s a 2 hijos en 2015, magnitud menor al nivel de reemplazo (2,1). Correlativamente, la mortalidad disminuye significativamente, si bien a un ritmo inferior. En consonancia, la esperanza de vida aumentó alrededor de 27 años entre la década de 1950 y la de 2010.

En relación con la población mayor de 60 años, se indica que en 2015 la esperanza de vida a los 60 años era de 21,7 años para el total poblacional, cifra desagregada en 19,8 años para hombres y 23,3 años para mujeres. Empero, de tal lapso temporal, 4,2 años en los hombres representan esperanza de vida no saludable (limitaciones y enfermedades) y 5,2 años no saludables para las mujeres. Al respecto, se subraya que algo más de una quinta parte de los años que una persona espera vivir después de los 60 años, son años no saludables.

**Grafica 1.** Evolución de la pirámide por edad y sexo de la población de Colombia (1950, 2015 y 2050)



FUENTE: (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019)

De acuerdo a dicha situación el Ministerio de Salud y Protección Social trabaja actualmente en la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez, “Política 2022-2030”, en el marco de la adhesión de Colombia a la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 2055 de 2020), la Agenda 2030 de Naciones Unidas, el Decenio del Envejecimiento Saludable promovido por la OMS, y los del Observatorio y Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia que lidera el Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio en su

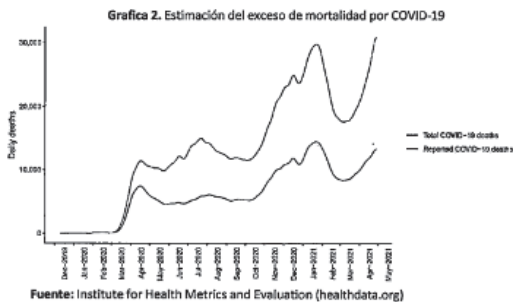
Actualmente las enfermedades que representan mayor carga corresponden a las degenerativas como los distintos tipos de cáncer (pulmón, seno, etc.), al Alzheimer, a las enfermedades cardíacas y a los accidentes cerebrovasculares, principalmente. Asimismo, se subraya que el perfil de la carga de enfermedad y mortalidad en Colombia ha sido significativamente distinto del experimentado en el mundo; por ejemplo, en Colombia la proporción de problemas de salud y perfil de mortalidad asociado con la violencia ha sido considerablemente mayor que el verificado para el escenario mundial (IHME, 2020).

En cualquier caso, los cambios continuos plantean permanentemente ajustes para el sistema de salud en la medida que factores como los anteriormente descritos (Por ejemplo, cambios demográficos o mayor asentamiento urbano) tienen implicaciones perentorias en muchos aspectos de la vida cotidiana, y consecuentemente en las formas de atención en salud y cuidado personal. Específicamente, el sistema experimenta continuamente nuevos desafíos por cuenta de los cambios en el perfil de la carga de la enfermedad derivados de las “nuevas normalidades”, todo lo cual demanda distintas formas de atención (por ejemplo, mayor y mejor atención a los grupos poblacionales más longevos, las adicciones, la movilidad y, ciertamente, a las enfermedades mentales), y por supuesto demanda diferentes directrices y lineamiento de políticas de salud. Por lo demás, si bien una proporción considerable de las políticas de salud se sigue determinando (y enseñando) con base en consideraciones de medicina para lo agudo, la ACHC ha venido considerando y planteando, desde hace algunos años, un perfil de post transición epidemiológica, y consecuentemente la necesidad de realizar los correspondientes ajustes en los criterios de determinación de la política de atención en salud.

**Exceso de mortalidad por COVID-19**

Claramente, la pandemia ha supuesto un exceso de mortalidad así como afectaciones de diverso orden en la salud. Para el particular, a marzo de 2022 se reportaron en el mundo 448 millones de casos, los cuales estuvieron relacionados con 6 millones de muertes, en el caso colombiano, las correspondientes cifras alcanzan a la fecha (7 marzo de 2022) 139.091 muertes relacionadas con 6.071.704 casos. Así las cosas, con el fin de tener una apreciación acerca de los efectos de la COVID-19 en la mortalidad y en la salud, se debe considerar no solo el exceso de mortalidad derivado de la muertes directamente relacionadas con la COVID-19, sino también la mortalidad y afectaciones resultantes por otras causas relacionadas, igualmente, con los efectos de la pandemia. Para el particular, se consideran las afectaciones derivadas por retardo o aplazamiento de la atención médica necesaria durante la pandemia, el aumento de los trastornos de salud mental, en especial la depresión, el incremento o

abusos en el consumo de alcohol, y el aumento del consumo de opioides. Al tiempo, los efectos en la mortalidad y en la salud derivados de la COVID-19 se vieron amortiguados por factores como la disminución de las lesiones debido a las reducciones en la accidentalidad de tráfico, por ejemplo, originadas en los mandatos de distanciamiento social. Asimismo, la amortiguación en el exceso de la mortalidad estuvo representada por reducción de la transmisión de otros virus como el sarampión y de sobremana la gripe, como también por la reducción en la mortalidad a causa de algunas afecciones crónicas; decesos que en todo caso se hubieran verificado de no ser por los efectos mortales de la COVID-19 en las personas frágiles que venían padeciendo tales enfermedades.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (healthdata.org)

Como muestra de los ejercicios acerca de las fatalidades reales por COVID-19, más allá de los reportes oficiales, el IHME (2021) estimó para mayo 13 de 2021 un número total de muertes por COVID-19 equivalente a 7,1 millones, magnitud 2 o 2,5 veces superior al número reportado de muertes a dicha fecha (3,33 millones), caso en el cual se estaría hablando del doble de muertes cuando se incluye el exceso de mortalidad.

Por otra parte, la pandemia ha supuesto la afectación de diversos ámbitos de la vida humana, en particular se subrayan los correspondientes efectos en los tipos de intervención pública elegidos y aplicados, como también los efectos en las metas asociadas a los ODS para el año 2030. Naciones Unidas desde una perspectiva de las posibles alternativas de intervención pública, considera 3 escenarios con el fin de explorar posibles efectos de la COVID-19 en diferentes aspectos del desarrollo a la vez que se destacan los beneficios de la elección de medidas o políticas públicas audaces que pueden potenciar el esfuerzo de recuperación global, acelerar el logro de la Agenda 2030, así como

apoyar las inversiones que generan los beneficios a largo plazo para el desarrollo sostenible (Abldoye et al., 2021).

Al respecto, se pueden considerar como ejemplos ilustrativos la afectación a las tasas de mortalidad de menores de 5 años y las de mortalidad materna, en tres escenarios distintos con COVID-19.

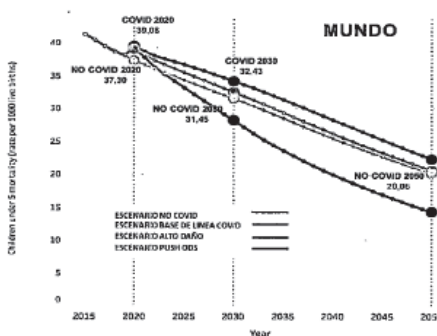
Un primer escenario corresponde al escenario de referencia bajo la nueva normalidad con COVID-19. Este se caracteriza por tener las afectaciones que trajo la COVID-19, tales como incrementos significativos de pobreza moderada, la pobreza extrema y el hambre, así como los correspondientes efectos en el largo plazo (Escenario base de línea COVID). Un segundo escenario correspondiente a uno en el cual los daños y perjuicios proyectados son peores a lo esperado (Escenario de alto daño). Finalmente, un tercer escenario correspondiente a uno en el cual las medidas tomadas son las más adecuadas, medidas que en todo caso terminan acelerando el progreso social, el logro de los ODS, y en general la consecución de sociedades más justas, resilientes y verdes, Escenario Push ODS (PNUD, 2021).

Con todo, el análisis de escenarios ayuda a los tomadores de decisiones a entender el alcance de los posibles efectos que la pandemia puede implicar en el mediano y largo plazo, como también los ayuda a prepararse para adoptar e implementar políticas inclusivas de recuperación. Para el caso, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado una evaluación acerca del impacto que tiene la COVID-19 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Según el PNUD, los hallazgos de su análisis "muestran que en tanto la COVID-19 puede conducir a impactos severos a largo plazo, un conjunto de inversiones ambiciosas pero factibles, puede ayudar al mundo a superar la trayectoria del desarrollo que teníamos antes de la pandemia, aun tomando en cuenta el impacto de la COVID" (PNUD, 2021). Con base en lo anterior, seguidamente se presentan los cambios proyectados entre el año 2020 y el 2050 para la tasa de mortalidad de menores de 5 años, y la tasa de mortalidad materna, para el ámbito global y para Colombia.

En el caso de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, los resultados del estudio del PNUD indican que si se toman las medidas adecuadas el nuevo escenario de COVID-19 puede permitir el logro de mejores resultados frente al escenario que se tenía antes de la pandemia (escenario sin COVID-19), también frente a un escenario con el COVID-19 de referencia, y con mayor razón frente a uno en el cual se consideran los peores resultados (escenario de Daño prominente). En el ámbito global, los resultados del estudio del PNUD señalan que en el escenario donde se toman las medidas adecuadas (escenario Push ODS); la tasa de mortalidad infantil correspondería a 28,12, mientras que en un escenario con

COVID, tal indicador podría llegar a 32,43, en tanto que en el escenario de Daño Prominente la tasa sería 34,13. En el año 2030 la diferencias a favor del escenario Push-ODS son significativas, pero lo son de forma perceptiblemente creciente en el intervalo 2020-2050 (como ilustración, en 2050 la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil en el escenario de Push-ODS (14,27) es mucho mayor, siendo una cifra inferior a la del escenario COVID (20,55) y mucho menor a la del escenario con Daño Prominente (22,24)).

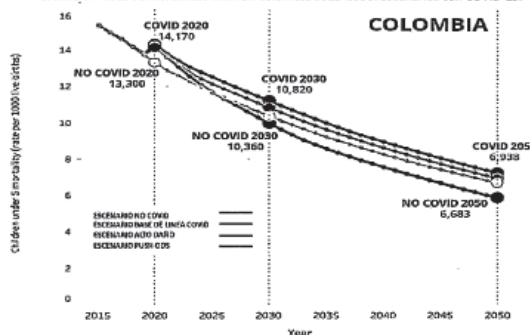
Gráfica 3. Tasa de mortalidad menores de 5 años, Mundo, 2015-2050. Escenarios con COVID-19. (Tasa por 1000 nacidos vivos).



Fuente: PNUD, 2021

En el caso colombiano, el comportamiento de las tasas de mortalidad de menores de 5 años en el escenario Push ODS es semejante a la concerniente para el ámbito global comoquiera que la tasa de mortalidad no solo es mucho menor que la estimada para los otros escenarios, sino que además dicha diferencia es perceptiblemente creciente en el intervalo 2020-2050. Al respecto, en el escenario Push ODS la tasa estimada para 2030 es 9,956, mientras que para el escenario Base de Línea COVID es 11,080, y para el escenario de Alto Daño es 11,200 (para el año 2050 las respectivas estimaciones señalan 5,856, 6,938 y 7,220, respectivamente).

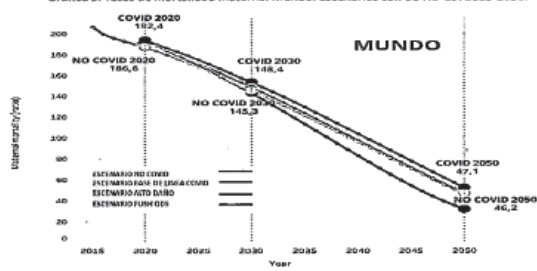
Gráfica 4. Tasas de mortalidad infantil. Colombia 2015-2050. Escenarios con COVID-19.



Fuente: PNUD, 2021

Frente al caso de la mortalidad materna a nivel global, las estimaciones del estudio del PNUD indican que se pueden alcanzar mejores resultados en el año 2030 bajo el escenario Push ODS (142,8) frente al escenario COVID (148,4) y frente al escenario de Alto Daño (153,1). En general, los resultados estimados para el escenario Push-ODS son mejores que los de los otros escenarios para los años del intervalo 2020-2050, si bien se señala que las diferencias entre el mejor escenario y los otros se reducen levemente a partir del 2047. Al final del intervalo se estima que las tasas del escenario Push ODS alcanzarán 31,5, mientras que para el escenario COVID serán 47,1 y el del Alto Daño 52,0.

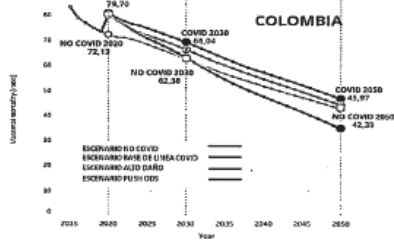
Gráfica 5. Tasas de mortalidad materna. Mundo. Escenarios con COVID-19. 2015-2050.



Fuente: PNUD, 2021

Con respecto a la tasa de mortalidad materna en Colombia, las estimaciones señalan que el escenario Push ODS no solo presenta mejores resultados, sino que estos tienden a mejorar en el transcurso de los años (2020-2050) frente a los resultados de los otros escenarios. Para el particular, para el año 2030 se estima que las tasas de mortalidad materna en el mejor escenario (Push ODS) serán 62,88, mientras que en el escenario COVID se estima una tasa de 66,04 y en el de Alto Daño de 68,96.

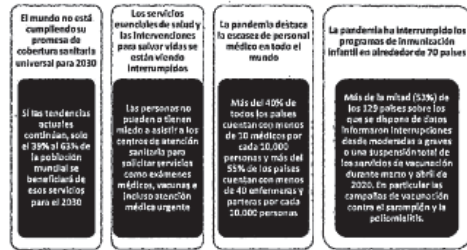
Gráfica 6. Tasas de mortalidad materna, Colombia. 2015-2050. Escenarios con COVID-19.



Fuente: PNUD, 2021

Frente al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas edades", se señala que de lo alcanzado hasta finales del año 2019 la promesa de cobertura sanitaria universal para 2030 no se estaba cumpliendo, al menos no al ritmo esperado. Más aun, con la llegada de la pandemia y las respectivas perturbaciones se considera que los logros alcanzados en materia de reducción de tasas de mortalidad infantil y materna se pueden revertir. Con todo, se verificaron perturbaciones en los servicios de salud, en lo que se evidenció que a causa de la pandemia los servicios corrientes de salud se han visto interrumpidos, en parte por el temor de las personas a asistir a los centros de salud; igualmente, en alrededor de 70 países los programas de vacunación infantil se vieron afectados. Por lo demás, se subraya que la pandemia puso en evidencia la escasez de personal médico en el mundo, así como la deficiencia de otros recursos también relevantes para la atención en salud.

Figura 1. Impacto del COVID-19 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: ONU. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020

c. Curva del grado de adopción de la innovación en las sociedades

En los últimos cuarenta años, cuando se compara el ser humano enfermo que es atendido en un sistema, con el ser humano que atiende el equipo asistencial, y con los sistemas de salud, la mayoría de los ciudadanos que antes se consideraban enfermos y que estaban aislados hoy en día han venido aumentando su participación dentro de la sociedad; juntándose bajo una visión colectiva, como sujetos de derecho dentro de los sistemas de salud.

Evidentemente, las innovaciones no aparecen ni son difundidas ni adoptadas al mismo tiempo o a la misma velocidad por todos los miembros de una organización y mucho menos en una sociedad (Brancheau, 1987). Análogamente, es claro que cualquiera de los distintos agentes de la economía difícilmente puede hoy escaparse de la interrupción productiva, sentido por el cual las nuevas tecnologías y los modelos de negocio obligan a los directores de tecnología (CTO) y a los líderes de tecnologías de la información (TI) a buscar modos innovadores de mantenerse a la vanguardia de la transformación digital. Sin embargo, tales líderes y demás se enfrentan a desafíos que incluyen el papel y el impacto de las tecnologías cognitivas, por caso, la Inteligencia artificial (IA) y machine learning cuando éstas se han de incorporar a la infraestructura existente.

Al respecto, se indica que, con el impulso actual de las redes, los ciudadanos se han unido a la vez que han potenciado su participación e implicación (como *stakeholders* que son), todo lo cual ha redundado apreciablemente en la conformación de poderosos conglomerados de pacientes que llevan la ventaja en el entendimiento acerca de qué son los sistemas de salud.

d. Cuarta Revolución Industrial

Como se sabe, con el arribo y desarrollo de la Revolución Industrial se pasó de lo manual a lo mecánico (primera ola), de lo mecánico a lo eléctrico (segunda ola), y de ahí a lo electrónico (tercera ola). Esta última etapa (la electrónica) junto con el desarrollo explosivo de la tecnología, la información y las comunicaciones (cuarta ola) ha representado un nuevo estadio el cual ha implicado, entre otros, la digitalización de vastos sectores de la economía (de la sociedad y del Estado), así como la automatización y robotización de considerables actividades en las cuales predominaba la mano de obra, todo lo cual ha significado una reestructuración del aparato productivo, las relaciones entre el capital, el trabajo y el Estado, y por supuesto la redistribución misma del ingreso. Evidentemente, tal contexto tecnológico y social ha afectado decisivamente a los sistemas de salud, y de modo concomitante a las decisiones que se deben tomar desde la política.

Contexto histórico

Por "revolución" se puede entender un cambio abrupto y radical; en tal sentido, la historia está marcada por diferentes revoluciones: revoluciones ideológicas, políticas, o tecnológicas. Para el particular, una innovación tecnológica (o una nueva ideología como el comunismo a principios del siglo XX) desencadena una profunda transformación de las estructuras económicas y sociales. Claramente, las revoluciones que comportan cambios radicales (estructurales) que pueden abarcar largos períodos.

Por su parte, las tecnologías digitales representadas por la debida parafernalia (equipos informáticos, software, redes y demás) no son nuevas. Más bien, lo que se ha considerado como cambio o ruptura con la tercera revolución industrial ha sido su progresiva complejidad e integración, todo lo cual está modificando los distintos tipos de relaciones, como las productivas; en una palabra, trasformando las sociedades y la economía global. Lo anterior ha dado lugar que se llegue calificar a la era presente como la "segunda era de la máquina", a decir de Brynjolfsson y McAfee. Al respecto, el mundo está en un punto de inflexión, en un no retorno, como quiera que los efectos de estas tecnologías (digitales) se desplieguen mediante la automatización, lo cual dará lugar a "cosas sin precedentes".

El concepto de "Industria 4.0" fue introducido para describir cómo las distintas transformaciones tecnológicas afectarán a todos los sectores de la economía global. Al respecto, se considera que la inauguración de la "Fábrica Inteligente" representa el advenimiento e instauración de un mundo en el cual los sistemas de producción físicos y virtuales trabajarán juntos de manera flexible, todo lo cual

permite que los productos se individualicen o personalicen por completo y se creen nuevos modelos comerciales.

No obstante, lo anterior, el ámbito de la Cuarta Revolución Industrial trasciende los sistemas y máquinas inteligentes debidamente conectadas. Para el particular, en el nuevo contexto tecnológico se están verificando distintas oleadas de innovación sincrónicas en distintos ámbitos del saber, por caso, desde la secuenciación genética hasta las nanotecnologías, y desde las energías renovables hasta la computación cuántica. En síntesis, la Cuarta Revolución Industrial representa la fusión de las tecnologías e interacción simultánea en el mundo físico, biológico y digital.

Tras la crisis financiera de 2008, y luego de una década de muy lento crecimiento sobremanera para las economías occidentales, a partir de mediados de la década anterior se están verificando cambios económicos, tecnológicos y geopolíticos que están transformando el escenario mundial, lo cual ha tenido implicaciones para los modelos de desarrollo de los distintos países. En cualquier caso, lo que se ha advertido perceptiblemente es el hecho que la economía y la sociedad en el ámbito global (y también en Colombia) ha acentuado la digitalización la cual viene aparejada con la convergencia de un conjunto de tecnologías emergentes cuya dinámica estructura nuevos sistemas cimentados sobre la infraestructura y las innovaciones de la misma revolución digital. Por su parte, la velocidad del cambio, la gran absorción de las tecnologías digitales en todos los sectores e industrias, así como la enorme capacidad de transformación de sistemas completos de producción, gestión y gobernanza, representan oportunidades e incertidumbres a la dinámica del desarrollo (Schwab, 2016).

Como se sabe, una primera fase del proceso de transformación digital fue el paso del Internet del consumo al Internet de producción. Al respecto, se debe considerar que la digitalización reduce no solo costos marginales de producción sino también costos de transacción; igualmente, promueve innovaciones en bienes y servicios digitales, a la vez que estimula el desarrollo de plataformas de consumo y de producción. Paralelamente, agrega valor como quiera que incorpore lo digital a bienes y servicios que, en principio, no son digitales (CEPAL, 2018). Inclusive más, actualmente los determinantes de la economía digital actual no son los mismos que los predominantes poco menos de una década, en razón de lo cual en muy poco tiempo el foco de atención así como el de la innovación pasó de la conectividad móvil y la computación en la nube a los sistemas del Internet de las cosas, a la operación de datos mediante la inteligencia artificial, como también a la robótica y las cadenas de bloques (blockchain), cuyas aplicaciones irán revelando todo su potencial en la medida que se



desarrollen las redes (por ejemplo la red 5G). Es claro, dichos avances convergen rápidamente, se refuerzan y se potencian unos con otros. En una palabra, profundizan el proceso de transformación.

Así las cosas, el contexto vigente no se limita a un mundo hiper-interconectado en lo económico y social. En absoluto. Se trata, más bien, de un mundo en el que se superponen o fusionan la economía tradicional (con los concomitantes sistemas organizativos, productivos y de gobernanza) y la economía digital (también, con sus especificidades innovadoras en modelos de negocios, producción, organización empresarial y gobernanza). Se advierte la emergencia de un nuevo sistema digitalmente entrelazado en el cual se integran modelos de ambas esferas (lo digital y lo no digital) que interactúan entre sí, originando sistemas más complejos en aspectos de transformación organizativa, institucional y normativa, eso sí, observando la premura que impone la velocidad de la revolución digital.

En últimas, la expansión de estructuras productivas fundadas en factores inteligentes y conectados (Porter & Heppelmann, 2014) y en los sistemas del Internet de las cosas, estimula la fusión progresiva entre la economía digital y la economía real. Para el particular, en la actualidad, las industrias del sector automotriz y el financiero han recibido preponderante y conspicuamente los favores de la digitalización de los productos y servicios ofrecidos. Con todo, otros renglones y actividades que se verán decisivamente afectados; para el caso, en otro lugar se señala que "Hacia 2020, los sectores de la salud, las manufacturas, la agricultura, la minería, el transporte y la energía (ciudades inteligentes) serían los más afectados por la mayor digitalización de sus actividades" (CEPAL, 2018).

e. Salud digital y medios virtuales

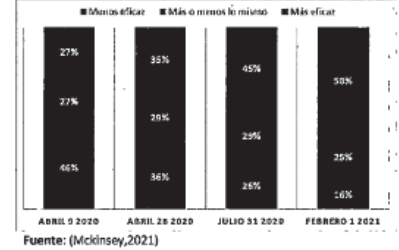
Como se sabe, la pandemia impactó el mundo entero en diferentes ámbitos (social, económico, tecnológico, etc.) lo cual inevitablemente impactó el sector de la salud, todo lo cual implica que dicho sector tenga que realizar los correspondientes ajustes. Por ejemplo, la COVID-19 originó una necesidad urgente de hacer uso de medios virtuales y digitales en muchos servicios, incluido naturalmente el servicio de la salud.

**Efectividad y el poder de los canales remotos y digitales**

Con la llegada de la pandemia y el consecuente ajuste en la atención realizado con el fin de suministrar la atención a las necesidades prioritarias de la población, se incrementó paulatinamente la percepción de la eficacia de la atención vía medios remotos. De hecho, la percepción acerca de la eficacia de estos medios (canales remotos y digitales) pasó de considerarse como más eficaz de un 27% en abril de 2020

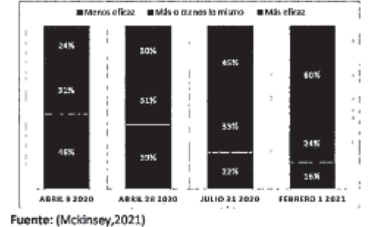
a 58% en febrero de 2021 (correlativamente, la percepción de menor eficacia disminuyó en la medida que pasó del 46% al 16%, entre abril de 2020 y febrero de 2021).

Gráfica 7. Percepción de la atención en salud vía canales remotos y digitales



Respecto a la industria farmacéutica y médica, las percepciones han variado entre abril de 2020 y febrero de 2021. Al respecto, las percepciones pasaron de considerarse más eficaces, pasando del 24% en abril de 2020 al 60% en febrero de 2021. Con todo, la percepción acerca de "más o menos lo mismo" (indiferencia), se redujo de 31% en abril de 2020 a 24% en febrero de 2021.

Gráfica 8. Percepción de canales remotos-Industria Farmacéutica



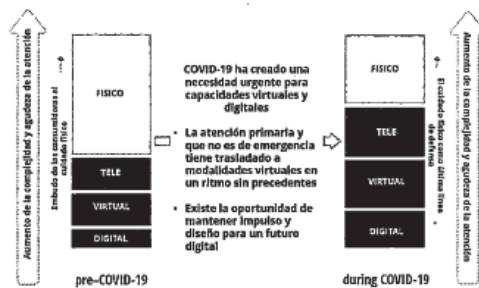
**Salud virtual**

Según Deloitte (2021), antes del COVID-19, la atención virtual en los ámbitos de salud registraba bajos niveles de adopción, actualmente, según algunas encuestas de percepción, mientras el consumidor se muestra receptivo a la idea de la atención virtual, el personal médico se muestra más escéptico. Dada la propagación del virus, así como las preocupaciones por la seguridad asociadas, las interacciones

virtuales se convirtieron en necesidad, sentido por el cual se puede afirmar que las tecnologías sanitarias se convirtieron en un elemento imprescindible en la prestación de atención. Específicamente, con dicha tecnología los pacientes y médicos pueden interactuar mediante videollamadas, mientras que, en otros casos, por ejemplo, cuando no son posibles las videollamadas, la atención virtual se realiza mediante otras formas tales como llamadas telefónicas, mensajes de texto y correos electrónicos. Del mismo modo, la atención se amplía mediante la telesalud, telefarmacia y los programas de hospital virtual en el hogar, lo cual supone cambios en las políticas regulatorias, entre otras.

Según los encuestados por Deloitte, la mayoría de los consumidores están satisfechos con las visitas virtuales; de hecho, afirman que volverán a utilizar este tipo de atención. Por lo demás, las visitas virtuales también pueden ayudar a reducir los costos (tanto para proveedores como consumidores) por la prestación de cuidados. De conformidad con lo anterior, tanto consumidores como sistemas de salud han experimentado la conveniencia y eficacia de la atención virtual, espacio que una vez ganado difícilmente tendrá reverso después de la pandemia. En general, se considera que la atención virtual se convierta en la norma para numerosos tipos de interacciones, sentido por el cual las partes interesadas del sector necesariamente deben reevaluar su papel actual bien sea como sustituto o complemento a la atención en persona. Entonces, actividades como la detección y seguimiento que se realicen, así como las visitas electrónicas tanto dentro como fuera del hospital obligan a considerar su papel centrado en el futuro como habilitador digital, en general dentro de un movimiento más amplio con el fin de repensar, reinventar y rediseñar los modelos de prestación de cuidados. Pese a lo anterior, surgen preguntas acerca del poder de permanencia de la salud virtual (Figura 2). Plausiblemente, se puede considerar con cierta probabilidad que el impulso en el uso de las tecnologías que permiten la Interacción virtual pierda alguna fuerza una vez la pandemia empiece a ceder de forma muy considerable (es decir, cuando la interacción virtual no sea un imperativo para evitar la infección de la COVID-19), y que en tal sentido los pacientes vuelvan a interactuar con sus cuidadores en persona. Con todo, la consideración anterior es válida en la medida que una consulta virtual no siempre es buena alternativa a una cita física, por ejemplo, en el caso de ser necesaria la explicación de un diagnóstico complicado o sea necesario un tratamiento. De cualquier manera, los Indicíos existentes (y figurados) indican que la salud virtual será la norma para numerosos tipos de atención.

Figura 2. El poder de la permanencia en salud virtual



Fuente: Deloitte, 2021

f. Ambiente

Otro factor que ha venido condicionando las formas de interacción social, económicas (extracción, producción y consumo), ha sido el cambio climático (claro, al mismo se le suman la reducción considerable de especies vivas y saturación polutiva, entre otras). Al respecto, con el fin de mitigar la amenaza de un cambio climático fuera de control, el Acuerdo de París (firmado en 2016) establece un límite de 1,5 grados centígrados al calentamiento global. Para tal fin, se determinó que para el año 2030 las emisiones mundiales de dióxido de carbono alcancen su punto máximo, y seguidamente se inicie una caída pronunciada de las emisiones, con el fin de que las emisiones netas de CO<sub>2</sub> sean nulas en el año 2050, sin embargo, con el nivel actual de emisiones a nivel nacional dicha meta está lejos de ser alcanzada. Si bien es cierto que las emisiones de los países desarrollados disminuyeron 6,5% entre 2000 y 2018, también es cierto que las emisiones de los países en desarrollo aumentaron 43,2% entre los años 2000 y 2013. Dentro de las causas más importantes que dieron origen a este incremento se encuentra una mayor industrialización, y un incremento de la actividad económica (medida por el PIB), (Naciones Unidas, 2020).

La situación actual representada en eventos concretos, pero a escala global constituye una evidencia acerca de la magnitud y gravedad de la perturbación climática global. Para el particular, se reseñan los siguientes eventos, a saber:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El año 2019 fue el segundo más cálido registrado, generando incendios forestales masivos, huracanes, sequías, inundaciones y otros desastres climáticos</li> <li>• El aire contaminado causó 4,2 millones de muertes prematuras</li> <li>• 3.000 millones de personas en el mundo carecen de instalaciones básicas para lavarse las manos en el hogar</li> <li>• Dos de cada cinco centros de salud en el mundo carecen de jabón y agua y de desinfectantes de manos a base de alcohol</li> <li>• El sector de la salud es la quinta mayor fuente de emisiones a nivel mundial y un contribuyente directo al cambio climático</li> <li>• La pérdida de hábitat y el aumento de la interacción humano-animal vinculada al cambio climático alimentan brotes emergentes de enfermedades infecciosas</li> </ul> <p>Con todo, 189 partes (países) habían ratificado el Acuerdo de París a marzo de 2020, mientras que, de esos, 186 partes (185 países más la Unión Europea) habían establecido sus primeras contribuciones a nivel nacional. Por su parte, el advenimiento de la pandemia de la COVID-19 representa una oportunidad para que las partes (los países) reevalúen sus prioridades y reconstruyan sus economías con una orientación más ecológica y resiliente al cambio climático.</p> <p><b>g. Empleo</b></p> <p>Es un hecho, los mercados laborales de todo el mundo han venido cambiando de sobremanera y de forma progresiva. Al respecto, el capital está sustituyendo al trabajo, con lo cual se está incrementando la disponibilidad (y plausiblemente la ociosidad) del mismo, i.e., incremento de la oferta, y reducción de la concomitante retribución: se origina mayor desempleo, estructural o temporal, y mayor proclividad a que la retribución laboral disminuya para unas competencias determinadas. Asimismo, la automatización está ganando espacio en las tareas y empleos sencillos, que no requieren criterios complejos de decisión. En el pasado reciente y en el presente, los trabajos sustituidos por máquinas lo conforman las tareas simples y repetitivas.</p> <p>Tales cambios originan mayor oferta laboral disponible para otros rengiones de la economía. Correlativamente, los cambios inducidos por la digitalización (además de la automatización y robotización) suponen en gran magnitud la obsolescencia de habilidades y competencias que</p>	<p>anteriormente eran relevantes. En tal sentido, a futuro (cercano y ostensiblemente en el largo plazo, por ejemplo 15, 20 o 30 años), una cantidad indeterminada pero considerable de competencias irá quedando obsoleta. Sin embargo, aunque se afirma repetidamente que el sistema productivo se ajustará (entre esto los mercados laborales), estos ajustes requieren tiempo, por el cual se considera que los mercados laborales experimentarían todo tipo de turbulencias (más desempleo, más subempleo, menor paga, y posiblemente, mayores condiciones laborales desfavorables), por ejemplo, precarización laboral en los países en vías de desarrollo, sobre todo padecida por las personas menos capacitadas (con menor nivel y/o calidad de educación). Con todo, actualmente, los pronósticos indican que el efecto neto (pérdida de empleo por obsolescencia frente a incremento de la ocupación por generación de nuevas oportunidades fruto del nuevo escenario productivo y distributivo) será negativo, lo cual será mitigado por la reconversión laboral (Bárcena &amp; Esteban, 2015).</p> <p><b>h. Economía y pobreza</b></p> <p>En los años previo a la pandemia, las economías y sociedades occidentales (junto con Japón) venían experimentando un gran malestar derivado de la gran desaceleración del crecimiento económico, el incremento de la desigualdad y de la inequidad. Aunque en general la economía ha venido siendo regida por planteamientos ortodoxos, los cuales se encuentran cimentados en el fundamentalismo de mercado, y materializada en las medidas tecnocráticas como la apertura indiscriminada de mercados, la desregularización, la promoción de la globalización, la reducción de los impuestos a los beneficios del capital habida cuenta los efectos nocivos en la motivación económica y el emprendimiento, y el manra de la reducción de costos, lo cierto es que los frutos del crecimiento que se hayan verificado no han beneficiado a todos los estratos de la sociedad, sino que se han encauzado a las corporaciones de mayor tamaño y más poderosas, a los fondos del gran capital, y a las personas de los estratos superiores de la sociedad; es decir, la sociedad como un todo ha experimentado un gran número de problemas y dificultades concretadas en una crisis ambiental sin precedentes, así como una mayor desigualdad. Evidentemente, los mercados no han sido eficientes (como lo plantea la doctrina ortodoxa), sino que, por el contrario, han generado sobrecostos sociales (en la medida que han fomentado la división social, por ejemplo, fomentando la xenofobia), y ambientales (por ejemplo, con la contaminación y cambio climático) (Stiglitz, 2019).</p> <p><b>Economía y pobreza bajo la pandemia</b></p> <p>Si bien el año 2020 representó una contracción económica del -3,5%, para los años 2021 y 2022 se espera un repunte de la actividad económica. En efecto, actualmente se proyecta un crecimiento de la</p>
<p>economía mundial de alrededor del 5,5% en 2021 y de un 4,2% en 2022. Con todo, dada la incertidumbre y el desenvolvimiento de la crisis, así como los efectos a las medidas tomadas, algunas veces se realizan revisiones acerca del crecimiento de la economía. En tal sentido, las proyecciones para 2021 se han revisado al alza en 0,3 puntos porcentuales con respecto al pronóstico anterior, ello en vista de las expectativas de un fortalecimiento de la actividad, así como la evolución de los procesos de vacunación, entre otros. En general, se espera una recuperación significativa de la economía mundial para los años 2021 y 2022 (FMI, 2021).</p> <p>Por su parte, las estimaciones realizadas acerca de la pobreza sugieren un incremento significativo tanto del nivel (número de nuevos pobres) como del porcentaje de personas en condición de pobreza. Por lo anterior, la previsión de la tasa de pobreza mundial basada en la línea de pobreza de USD 1,90 dólares al día 2015-2021 sugiere que solo en el año 2020, la COVID-19 arrastre a unos 100 millones de personas a la pobreza extrema. Por lo demás, con las nuevas estimaciones se sugiere que para 2030 podrían caer en la pobreza hasta 132 millones de personas.</p> <p>Frente a la nueva situación y proyecciones de pobreza se pueden hacer algunas consideraciones relevantes con el fin de contar con una valoración adecuada del problema en la actualidad. En primer lugar, se debe destacar que antes de la pandemia la pobreza y sobre todo la pobreza extrema habían venido disminuyendo. Para el particular, la disminución sostenida de la pobreza extrema había comenzado en el decenio de 1990, misma que se mantuvo en disminución continua hasta el año 2017<sup>1</sup> (Banco Mundial, 2022).</p> <p>Sin embargo, se subraya que, si bien en los últimos años la pobreza continuaba cediendo, el ritmo de tal reducción se había ralentizado perceptiblemente. Entonces, con el fin de tener una apreciación concreta del problema, se advierte que entre 2015 y 2017, el número de personas en todo el mundo que vivía por debajo de la línea internacional de la pobreza se redujo de 741 millones a 689 millones. Además, la pobreza extrema se redujo alrededor de 1 punto porcentual por año durante el periodo 1990-2015; sin embargo, entre 2013 y 2015 la tasa de disminución se redujo solo 0,6 puntos porcentuales por año. Es más, entre 2015 y 2017, dicha tasa se ralentizó aún más, específicamente, a 0,5 puntos porcentuales por año. En vista de tal tendencia a la desaceleración, claramente el objetivo de reducir la pobreza extrema mundial a menos del 3 % para 2030 ya venía con dificultades.</p> <p><sup>1</sup> El año de 1998 fue la excepción en la medida en que en dicho año se experimentó constituyó un repunte de la pobreza a nivel mundial (29,9%). Fuente, Banco Mundial.</p>	<p>En segundo lugar, con los efectos económicos y sociales de la COVID-19 se están revirtiendo avances conseguidos con gran esfuerzo en la lucha contra la pobreza mundial, todo lo cual pone fin a más de dos décadas de progreso ininterrumpido (1990-2017) (Banco Mundial, 2022). Con la llegada de la pandemia se previó que en 2020 la pobreza, medida utilizando la línea internacional de la pobreza, aumentará por primera vez desde 1998. Para el caso, dada la contracción de la economía mundial (PIB) en 2020 las previsiones a corto plazo sobre la pobreza sugieren que en un escenario de consecuencias moderadas (derivadas de la contracción económica) la pobreza aumentaría en 1,2 puntos porcentuales en 2020 y en 1,4 puntos porcentuales en 2021, mientras que, en un escenario de consecuencias agudas, dicho aumento alcanzaría 1,5 puntos porcentuales en 2020 y 1,9 puntos porcentuales en 2021. En últimas, estos escenarios se traducen en una tasa de pobreza mundial de entre el 9,1 % y el 9,4 % en 2020, y entre el 8,9 % y el 9,4 % en 2021. Expresados en cantidades, tales magnitudes indican que en 2020 alrededor de 88 millones de personas caen en pobreza mientras que, en un escenario de consecuencias agudas hasta 115 millones, aproximadamente, pueden caer en dicho estado. Al respecto, se subraya que las tasas de pobreza previstas para 2020 son similares a las de 2017, sentido por el cual se puede señalar que los efectos de la pandemia retrasarán al menos tres años los avances en el objetivo de acabar con la pobreza extrema.</p> <p>para el caso colombiano, según cifras otorgadas por el Banco Mundial (2022), el país ha estado dentro del grupo de los países con mayor índice de desigualdad medida por el GINI. De forma más específica, el país obtuvo un puntaje de 0,542<sup>2</sup> en el Indicador; valor que se encuentra por debajo de países como Sudáfrica (0,630, con último dato disponible en 2014), que ocupó el primer lugar, pero por encima de países de la región como Brasil, que tuvo un puntaje de 0,489 en 2020 y Honduras (0,482 en 2019).</p> <p>Frente a todo lo anterior, se reitera, los modelos clásicos o arquetípicos planteados por la ortodoxia económica para fomentar el crecimiento y el desarrollo no han resultado ni eficientes, ni efectivos, ni equitativos para las sociedades por cuenta de la gran cantidad de dificultades y problemas que tienen aparejados. Para el particular, un resultado prominente de su aplicación ha sido generación de una desigualdad escandalosa según la cual, según datos del 2018, el 1% de los ricos del mundo acumula el 82% de la riqueza mundial (OXFAM, 2018). Evidentemente, tal situación es una manifestación muy elocuente del grado de desequilibrio que actualmente padece la población global, desequilibrio que en todo caso se percibe en lo que Stiglitz ha denominado la "era del descontento".</p> <p><sup>2</sup> Para el año 2020, los cálculos realizados por el DANE arrojan que el GINI de Colombia fue de 0,544 (cifra cercana a la del BM), y además muestra que aumentó 0,018 puntos con respecto a 2019 (0,526).</p>

En este sentido, frente a lo que Stiglitz llama la era del descontento, se plantean varios ajustes. En cualquier caso, se pretende con los referidos ajustes al sistema contrarrestar los abusos del poder de mercado de los agentes económicos más poderosos, por ejemplo, los practicados por los mercados financieros, sentido por el cual las modificaciones deben estar orientadas a la promoción de creación de valor (generación de riqueza, y no a la especulación o al beneficio de unos actores en detrimento de otros), mayores oportunidades (mejor aprovechamiento de los recursos), tener en cuenta la moralidad (desestimular y suprimir los abusos de poder, sobremanera de las personas más vulnerables de la sociedad) y la igualdad. En últimas, estimular la promoción del bienestar general.

II. DINAMICAS SISTEMAS DE SALUD

A pesar de que la salud es un derecho humano fundamental que el Estado debe garantizar, la capacidad efectiva de los sistemas de salud para enfrentar la pandemia en la región es muy desigual. Con la pandemia se pusieron en evidencia los distintos problemas que tiene el sector salud (p. ej., problemas de dotación y de insuficiencia de recurso humano) como también otros problemas que inciden en la salud, tales como el hambre, la malnutrición y las dificultades de acceso al agua potable. Ante tal situación es claro que los Estados a través de los Gobiernos (al igual que las mismas sociedades) deben enfrentar decisiones de políticas, regulatorias y fiscales sin precedentes, inéditas, mientras actúan para salvar vidas y fijar el rumbo para un futuro sostenible. Sin embargo, no solo se trata de las respuestas de los Gobiernos consideradas individualmente, sino que también es necesaria la respuesta mancomunada, coordinada, a gran escala (de cooperación Internacional) no solo para responder a los problemas que individualmente tienen que enfrentar los países sino también para garantizar que los países en desarrollo dispongan de los recursos que necesitan para proteger hogares y empresas (PNUD, 2021).

a. Resiliencia y transiliencia en los sistemas de salud

Dados los efectos de la pandemia en distintos ámbitos, como es el caso del sector salud, es relevante considerar la capacidad del sistema de salud para recuperarse de los efectos nocivos que ha experimentado por tal motivo (la COVID-19), sentido por el cual se alude usualmente al término resiliencia. Para el particular, se señala que esta es "la capacidad de los actores, instituciones y poblaciones de salud para prepararse y responder eficazmente a las crisis; mantener las funciones básicas cuando se produzca una crisis; y, sobre la base de las lecciones aprendidas durante la crisis, reorganizarse si las condiciones lo requieren" (Kruk et al., 2015). Asimismo, un sistema de salud resiliente puede ser caracterizado por cinco elementos, como se ilustra en la figura 3.



Como se mencionó anteriormente, la resiliencia alude a la capacidad de un sistema para recuperarse, para alcanzar el estado previo a los efectos de una crisis. Sin embargo, más que buscar el estado previo a la crisis (con sus ventajas y desventajas), se puede considerar la posibilidad de estimar la crisis originada por la COVID-19 como una oportunidad para cambiar, para abordar y ajustar las desigualdades estructurales de largo plazo que el mismo sistema de salud ha ayudado a reforzar, así como una oportunidad para abordar los problemas de sustentabilidad ambiental que provoca. En una palabra, más que buscar la resiliencia (regreso al estado previo a la crisis) se debe buscar la transiliencia dada la necesidad de abordar los problemas estructurales que el sistema de salud refuerza (Haldane & Morgan, 2021).

En consonancia, el concepto de resiliencia del sistema de salud debe ampliarse con el fin de abordar y responder a las desigualdades sociales y los problemas ambientales que ayuda a generar. Para el particular, un sistema de salud transiliente reconoce el papel de la atención en salud en los sistemas humano y ecológico; igualmente, responde a las crisis de tal manera que evite desequilibrios futuros de poder, desequilibrios de acceso a la atención en salud, y a los respectivos resultados en salud. Es claro, los sistemas de salud actuales ayudan a perpetuar muchos problemas sociales y daños ecológicos tanto a los prestadores directos de los servicios como a las personas que reciben dicha atención.

Las respuestas transilientes deben hacer esfuerzos para abordar los daños perpetuados por los sistemas de salud mediante medidas de política hacia una atención en salud sostenible y un adecuado manejo de los residuos en el ecosistema de tal suerte que la salud de las personas y el planeta sean protegidos. En últimas, se puede considerar que la crisis desatada por la COVID-19 no es solo una crisis

sanitaria, sino que se trata, también, de una crisis con componentes sociales y ecológicos, por lo cual una respuesta transiliente tiene el potencial enorme de acelerar los cambios cruciales que requieren los sistemas de salud<sup>3</sup>.

En suma, resulta imperativo que los sistemas de salud se recuperen no solo para alcanzar el estado pre-crisis y para enfrentar las crisis actuales, sino también para prevenir activamente crisis futuras. En tal sentido, "el concepto de transiliencia es una adición importante al discurso de los sistemas de salud y es crucial para preservar la salud y el bienestar de las futuras generaciones. Sin ello [el concepto de transiliencia], existe el riesgo de que la pandemia conlleve un redoblamiento de las desigualdades del sistema de salud pre-pandemia y la correspondiente catástrofe [...]"<sup>4</sup>.

Como ejemplo de las intervenciones que pueden establecerse se pueden considerar acciones orientadas a la reducción de las desigualdades, a las encaminadas a la solución de daño ecológico, la remoción de barreras al acceso a la atención de salud y las intervenciones orientadas a la integración real de la comunidad a los sistemas de salud. Por caso, dados los retos y desafíos perentorios que supone el enfrentamiento de la crisis de la COVID-19, se puede usar esta como un motivo y una oportunidad para abordar las desigualdades.

III. DOBLE ACEPTACIÓN

En coherencia con el discurso público desde la ACHC, en el año 2018 se publicó el artículo: "Revolución del sistema de salud" en la revista hospitalaria 117 como una propuesta frente a la situación del sector salud, a partir de los principales indicadores; cobertura, sostenibilidad financiera, resultados en salud y métricas institucionales del actual sistema de salud colombiano y de algunos temas que generan "debate" y causan preocupación en el sector, ya que a ellos se les atribuyen las dificultades en el funcionamiento del sistema y en consecuencia faltan garantías para el goce efectivo del derecho a la salud (ACHC, 2018a).

En estos debates se planteó lo que denominamos "doble aceptación" en primer lugar, se reconoce que el sistema de salud colombiano tiene grandes avances y en segundo lugar no se puede desconocer que existen dificultades, las dos caras de una misma moneda.

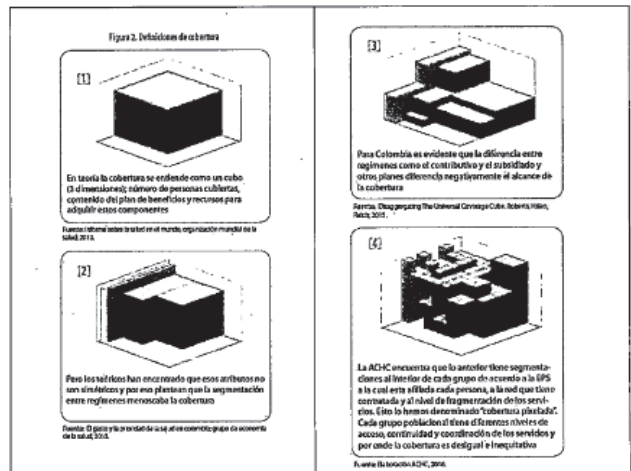
<sup>3</sup> Ibidem  
<sup>4</sup> Ibidem, p 135

Cobertura

Visión superficial- Porcentaje de población cubierta: Evidentemente, Colombia ha venido avanzando significativamente en términos de atención en salud. Al respecto, las cifras acerca de población afiliada al sistema de salud así lo confirman. En particular, se destaca la altísima cobertura que se advierte en los últimos dos años. Mientras en 1993 apenas una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud, en la actualidad se estima que más del 99,4% de la población se encuentra afiliada al sistema de salud.

Visión profunda - Definición ampliada: El primer cubo de la OMS es teórico, no da una visión completa y está un poco alejada de la realidad, el segundo y el tercero de Roberts y William Hsiao y el grupo de economía de salud, demuestra que no hay simetría y que dentro de la cobertura hay problemas de segmentación, que evidencian una cobertura no efectiva y real para toda la población. El cuarto cubo, conceptualizado desde la ACHC, muestra la segmentación en la cobertura por región, por EPS y por disposición de red, de lo cual se concluye que existe un acceso desigual.

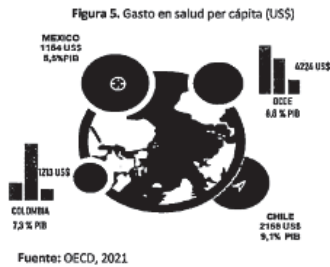
Figura 4. Definiciones de cobertura en salud



La conclusión acerca de la cobertura es que en el sistema colombiano existe cada vez más segmentación y discriminación en el acceso, dependiendo del régimen, la red contratada, la oportunidad y la completitud de los tratamientos. Es un logro incompleto, existe una percepción limitada del concepto de cobertura y es necesario ampliar la mirada desde varios ángulos, hay que seguir trabajando para lograr una cobertura real para todos que incluya: acceso, continuidad y coordinación. Si esos tres componentes no se dan se puede decir que es una cobertura casi universal o universal, pero es una "cobertura pixelada" como se ha definido desde el gremio; una cobertura que depende de: el lugar geográfico, lugar de residencia, EPS a la que se está afiliado, el rol que le facilitan y píxeles que se traducen en desigualdad para los usuarios.

**Sostenibilidad Financiera**

Según datos de la OECD (2022) Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, el gasto per cápita colombiano (1213 US)<sup>5</sup> es inferior en comparación con los países que integran a la OCDE que en promedio gastan 4224 US por habitante, con excepción de México, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados. Desde lo macro se ve bien, con unos números que permiten al país ser comparable en el ámbito internacional; sin embargo dentro de la doble aceptación hay que decir que existe un enorme problema en la administración de los recursos; un problema de cartera; dificultades en el movimiento y administración limpia de esos recursos. Por ello se ha trabajado en acuerdos de puntos finales, planes de choque y otras cosas para tratar de resolver esa dificultad en la administración correcta de los recursos en el sistema de salud.

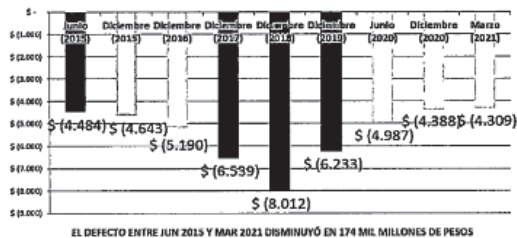


<sup>5</sup> Para ampliación de este tema consultar la revista Hospitalaria No°114 de 2017.

Visión profunda- Cómo fluyen los recursos a través del sistema: Existen alertas (graves problemas de morosidad, margen de solvencia y patrimonio técnico).

El Decreto 2702 de 2014, posteriormente compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció las condiciones financieras y de solvencia que las EPS obligatoriamente deben cumplir. "Las cuatro (4) condiciones que se establecieron son: capital mínimo, patrimonio adecuado, constitución de la reserva técnica y el régimen de inversión de dicha reserva. El capital mínimo, como su mismo nombre lo señala, es lo mínimo de capital con el que deben contar las EPS para operar; el patrimonio adecuado permite medir la solvencia de las EPS para cubrir sus obligaciones; la adecuada constitución de la reserva técnica permite dar cuenta de la situación financiera de las EPS y; el régimen de inversiones es un indicador que refleja el monto de recursos que tienen las EPS para respaldar sus obligaciones en el corto plazo" (Supersalud, 2020).

Grafica 9. Defecto patrimonial EPS 2015-2021



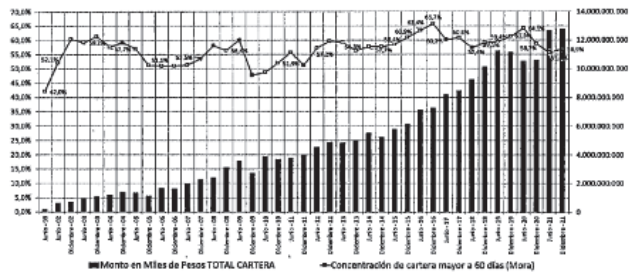
EL DEFECTO ENTRE JUN 2015 Y MAR 2021 DISMINUYÓ EN 174 MIL MILLONES DE PESOS

Fuente: (Supersalud, 2021).

**C. Cartera Morosa**

Se generan muchos recursos, pero no fluyen a través del sistema correctamente, lo que causa un daño institucional que finalmente se ve reflejado en problemas de atención a la población.

Grafica 10. Comportamiento histórico de cartera 2002-2021



Fuente: (ACHC, 2021b)

Como se evidencia en los estudios de cartera hospitalaria que se vienen realizando la AHC, desde año 1998, el problema de la cartera es crónico y perdura a través del tiempo, para el último corte disponible diciembre 2021, el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron, es \$ 12.7 billones de pesos con una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 56,9 % (\$ 7.2 billones). (ACHC, 2022)

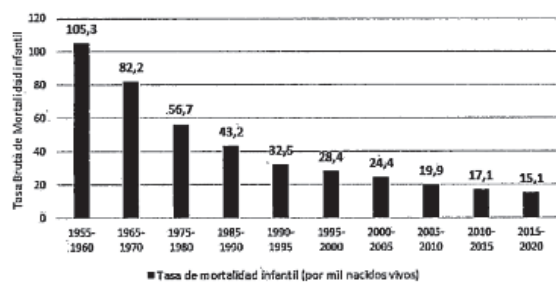
**Resultados sanitarios**

Al observar los agregados nacionales para la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna, se puede afirmar que las curvas que muestran su evolución se han tornado decreciente, lo que sin duda constituye un avance significativo. Sin embargo, analizando mismos indicadores en otra escala por ejemplo a nivel de región, por género, por nivel de ingreso los resultados muestran una fotografía de la desigualdad.

La tasa bruta de mortalidad infantil en Colombia se evidencia una disminución permanente en el tiempo, alcanzando para el último corte disponible 2015-2020 un valor de 15.1. Sin embargo, examinado por departamentos, se observa una gran desigualdad entre ellos; por ejemplo, el departamento de Chocó se ubica en el extremo superior con un valor de 65, seguido de Arauca, Amazonia, Nariño y Cauca con valores por encima de 40. En mejores lugares están posicionados Caldas, Quindío, Bogotá, Risaralda y Valle del cauca con valores menores de 13, y un promedio nacional de 15.1, evidenciando que los promedios nacionales ocultan grandes diferencias a nivel regional, es decir,

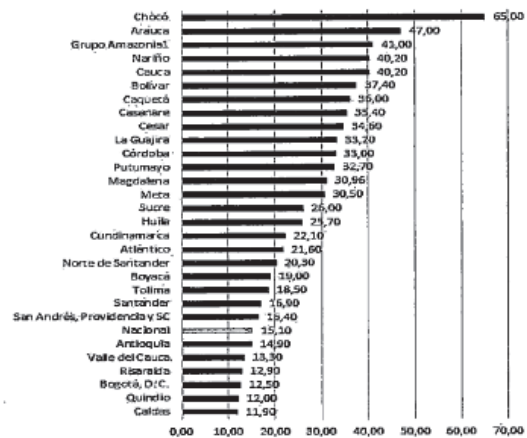
en una visión profunda se revelan significativas desigualdades, concluyendo que no se puede estar satisfecho con estos resultados.

Grafica 11. Tasa bruta de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos), Colombia, 1955-2020



Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

Grafica 12. Tasa bruta de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos), por departamentos, 2015-2020

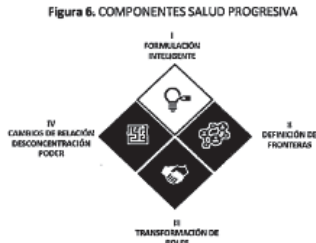


Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

<p>En última instancia, una cuarta aceptación son las métricas, como forma de expresión de un sistema de salud, hacemos referencia en general al volumen.</p> <p>Visión superficial- Cómo nos miden como sector prestador: El sector hospitalario mide continuamente su actividad y su producción: número de egresos, consultas externas, consultas de urgencias y monitoreo de los principales indicadores como: giro cama, porcentaje de ocupación, tasa de mortalidad, reingresos y tasa de infección intrahospitalaria, entre otros, pero cuantas veces se mide la agregación de valor a la vida de los ciudadanos en términos de supervivencias, sobrevivida, bienestar y funcionalidad para los usuarios del sistema.</p> <p>La medición de resultados como un enfoque clave, significa pacientes funcionales y vitales. El valor no debe ser solamente un asunto monetario de contención de costos, ya que la esencia es lo que se le agrega al paciente en la atención; de ahí se ha generado un movimiento para entender que en lo que se debe hacer y medir en términos de valor.</p> <p><b>Visión de la población</b></p> <p>Finalmente, en relación con la <b>visión de la población</b> por un lado se evidencian estudios como el realizado por el Ministerio de salud (2020), en el que se mide el nivel de satisfacción de los usuarios acerca del desempeño y la calidad de las EPS, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, los resultados muestran un nivel de satisfacción en la experiencia global del 78% para el total de los usuarios.</p> <p>Sin embargo, según el seguimiento que realiza la Defensoría del Pueblo (2020), sobre el comportamiento de tutelas en el país, mecanismo judicial utilizado por los usuarios para lograr la protección de sus derechos fundamentales cuando les han sido vulnerados, se registra un significativo número de tutelas que a diario se interponen para reclamar el derecho a la salud. Mientras que desde 2017 hasta 2019, en promedio, se registraban más de 200 mil tutelas anuales relacionadas al sector salud, para el corte del año 2020 disminuyeron a 81.899, en razón a la pandemia por el COVID-19, los aislamientos, restricciones y al cierre de juzgados, según concluye la misma entidad. En términos de participación de tutelas del derecho a la salud sobre el total, antes de pandemia se registraban niveles por encima del 30%, para el 2020 disminuyó levemente a 28,2%, porcentaje que igual sigue siendo significativo y preocupante, en especial cuando en su mayoría corresponde a componentes que hacen parte del Plan de Beneficios (más del 88% del total de las tutelas por el derecho a la salud).</p>	<p>En el último corte, año 2020 el número de tutelas por cada 10 mil habitantes registrados para los departamentos fueron: Caldas con 51; Risaralda, 39; Norte de Santander, 37; Arauca, 35; Quindío, 35; Tolima, 24 y Antioquia, 23, como los siete con una mayor tasa.</p> <p>Analizado por EPS, la Nueva EPS fue la entidad más demandada, con el 12,39 % de las tutelas de salud, seguida por Medimás (12,34%), Coomeva (7,38 %) y Savia salud (5,35%), en contraste a la analizar por el número de tutelas por cada 10 mil afiliados, las aseguradoras con mayores índices fueron en su orden; Medimás, Coomeva, Comfaoriental, Savia salud y Convida, en tanto que Nueva EPS se sitúa en la posición número 12 (DEFENSORÍA DELEGADA PARA EL DERECHO A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL, 2020).</p> <p>Lo anterior se constituye como una clara evidencia de la falta de capacidad del Estado para vigilar y controlar a los actores del sistema y la falta de atención que los usuarios viven a diario.</p> <p><b>IV. NUEVOS MOVIMIENTOS</b></p> <p>Frente a las críticas respecto al modelo de acumulación y distribución de los beneficios, mismo que ha derivado en un crecimiento prominente de la desigualdad y de la inequidad, en los últimos años se han planteado diversas propuestas y alternativas. En primer lugar, en la actualidad no se considera al PIB como índice del desarrollo de un país, y menos como medida del bienestar poblacional ya que en este no se tiene en cuenta factores como la distribución del ingreso en la sociedad o la desigualdad territorial (como la que existente en regiones como Chocó o La Guajira). Por el contrario, los principales organismos de desarrollo han hecho rutinario el uso de indicadores de mayor integralidad para evaluar el grado de desarrollo de una sociedad tal como el IDH (Índice compuesto por la esperanza de vida al nacer, el capital humano, y los ingresos).</p> <p>De forma elemental, la propuesta planteada por Stiglitz señala que la sociedad debe establecer acuerdos sociales respecto al control del poder de mercado de las grandes compañías, esto teniendo en cuenta la relación perniciosa existente entre el gran capital y la clase política; en palabras de Stiglitz, “el poder de mercado se traduce en poder político”. De hecho, se considera que el gran poder de los agentes económicos de mayor riqueza resulta insidioso para la democracia misma. Al respecto, el planteamiento de Stiglitz consiste en buscar un equilibrio entre el mercado, el Estado y la sociedad civil. Claramente, se reconoce la importancia de cada uno de los agentes e instituciones (ninguno vale más que el otro, pero todos y cada uno son actores centrales) (Stiglitz, J. 2019).</p>
<p>Específicamente, el hallazgo de tal equilibrio se concreta en la desconcentración del mercado, lo cual se viabiliza en una agenda para reducir el poder del dinero en la política. Es claro que el desequilibrio entre el mercado, la sociedad civil y el Estado se revela por cuenta del círculo vicioso originado por la desigualdad económica, la cual lleva a la desigualdad política en la medida que los grupos económicos de mayor poder pueden ejercer presión y hacer más lobby entre los políticos que están en el poder (o en la sombra). Lo anterior representa una influencia importante en las propuestas y decisiones de política, lo cual, por cuenta de determinaciones funcionales al gran capital, conduce a una preservación de la desigualdad económica o incluso a una mayor desigualdad.</p> <p>Por lo anterior, Stiglitz considera prioritario que la sociedad mantenga un escrutinio y control continuo sobre la concentración del poder económico, dada su capacidad deletérea en la democracia y la agenda que plantea está cimentada en unos puntos muy concretos. Como muestra, se considera el control a la financiación de las campañas políticas (Stiglitz, J. 2019); suprimir el tránsito de altos oficiales del sector público al sector privado –es decir, acabar con el maridaje entre el sector público y el privado); promulgar mejores leyes de divulgación con el fin de posibilitar un escrutinio abierto y transparente acerca de las relaciones entre la clase política y la clase económica (por ejemplo, información sobre los contribuyentes a los comités de acción política o campañas políticas-, así como a las respectivas acciones de los políticos o agentes beneficiados.</p> <p>Además, La agenda incluye la limitación al poder de mercado de las empresas o grupos económicos más poderosos, dados los efectos perjudiciales en la economía, en la distribución del ingreso (por ejemplo, en la medida que el factor trabajo queda más expuesto al abuso contractual), en la atención del servicio (posible detrimento o descuido del servicio, explotación abierta o soterrada al consumidor vía mayores precios o menor calidad del servicio), y los nocivos efectos en la misma democracia, limitación realizada mediante el desestímulo de las prácticas anticompetitivas, y en últimas de la concentración económica. Al respecto, se indica que el abuso de mercado se posibilita y manifiesta de varias maneras, a saber. Por ejemplo, se aprovechan las ventajas que ofrece una información privilegiada para un mejor aprovechamiento o abuso del mercado; se utiliza el poder económico para absorber potenciales competidores con el fin de intensificar el poder de mercado; también, mediante la creación de barreras de entrada con el fin de generar desequilibrio dentro del mercado y evitar mayor competencia, entre otras (Stiglitz, J. 2019).</p>	<p>De forma complementaria, Stiglitz también considera que la riqueza de las naciones no está solamente en el subsuelo (recursos naturales) ni en la explotación de unos sobre otros. Está, más bien, en el conocimiento, la investigación, la tecnología y la información.</p> <p>Por otro lado, en el año 2013 la ACHC desarrolló el primer <i>ranking</i> de sistemas de salud para 50 países mediante la técnica estadística denominada análisis de componentes principales, con el fin de sintetizar en un solo índice la información contenida en 7 variables, índice denominado <i>Índice Compuesto de Resultados en Salud</i> (ICRS) (Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas, 2014).</p> <p>En la actualización realizada en 2017, Colombia se ubicó en una posición intermedia, ocupando el puesto 48 entre los 99 países evaluados con 80,6 puntos, 6,2 puntos por encima del promedio del ICRS (74,4 puntos). Al respecto, los valores indican que el país observa un comportamiento relativamente satisfactorio; es decir, no tenemos uno de los peores sistemas de salud como apuran algunos críticos, pero tampoco somos un dechado de la atención de salud como señala el sector optimista de la crítica<sup>6</sup>. En realidad, el sistema de salud colombiano ocupa una posición media, la cual se puede considerar “discreta”, por lo que tal moderación de resultados comporta varias preguntas: ¿Podemos aspirar a ser un mejor modelo de salud? ¿Podemos aspirar a progresar? ¿Podemos aspirar a mejorar en este ordenamiento?</p> <p>Frente a lo anterior, se subraya que la respuesta es afirmativa. Para lograrlo, desde la ACHC se tiene la certeza que no es posible mejorar con la actual estructura del sistema, razón por la cual resulta imperativo realizar una serie de cambios y modificaciones sensibles para lograr un cambio sustantivo, un progreso<sup>7</sup> efectivo y apreciable. En tal sentido, la propuesta planteada por la ACHC considera que la reforma en salud se debe establecer con base en el concepto de “Salud Progresiva”, en el sentido de Stiglitz, es decir, con un acceso más equitativo, con una estructura que propende por el equilibrio entre los diferentes actores (operadores, usuarios, etc.), y demás <i>stakeholders</i>.</p> <p><b>V. PROPUESTA GREMIAL "RUTA LÓGICA HACIA UNA SALUD PROGRESIVA"</b></p> <p>Se considera que la reforma a la salud, desde una visión reduccionista se limita a cambiar un conjunto de artículos en la normatividad que enmarca el actual sistema. Al respecto, se indica que la ACHC no comparte esta visión, más bien, se formula que una reforma debe trascender a los cambios superficiales</p> <p><sup>6</sup> Para ampliación de este tema consultar la revista Hospitalaria No°114 de 2017.  <sup>7</sup> progreso entendido en el sentido dado por Aristóteles, según el cual el progreso es una búsqueda de perfeccionamiento para alcanzar una finalidad que lleva a un mejor estado de bienestar para todos.</p>

y coyunturales, debe tener un enfoque sistémico e integral. En este sentido, una propuesta de reforma a la salud debe ser el resultado de un ejercicio conceptual e intelectual a profundidad, frente a lo cual se efectúan los siguientes planteamientos:

El marco lógico de la propuesta de la ACHC está compuesto por cuatro elementos. En primer lugar, lo conforman unas reglas de juego que aquí lo denominamos "formulación inteligente". En segundo lugar, una definición de unas fronteras. En tercer lugar, una transformación de roles. Y en último lugar, unos cambios en la relación y las magnitudes de poder dentro del sistema de salud (Figura 6). A continuación, se describen de manera más detallada.



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

a. Formulación inteligente

Para empezar, se considera que el esquema de aseguramiento debe continuar, pero bajo el criterio de realizar transformaciones profundas, la mayoría de los sistemas, incluidos los sistemas nacionales de salud, son de aseguramiento y le dan la seguridad a una población sobre una serie de beneficios.

Figura 7. FORMULACIÓN INTELIGENTE



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

La formulación inteligente es el componente estratégico de la propuesta y, como se puede observar en la figura 7, pasa por la siguiente tríada Avance gradual-Potencialidad-Sociedad del aprendizaje. La primera consiste en avanzar gradualmente, de modo que se debe reconocer el valor de lo logrado y los avances se deben hacer sobre esto, vale decir que no pretender iniciar desde cero, sino que se realiza de manera gradual, manteniendo vínculos con lo construido. Por lo demás, los avances se deben hacer de forma inteligente (por ejemplo, los avances que se determinen deben guardar coherencia con las circunstancias, el entorno y la realidad, entre otros).

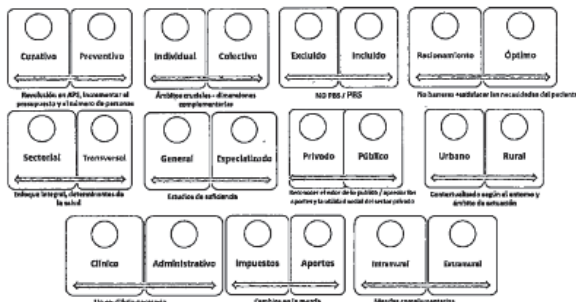
La segunda regla de juego consiste en evolucionar lo bueno, de forma tal que se optimiza y/o potencializa lo que funciona bien actualmente en el sistema de salud. De forma específica, los logros macro mencionados deben evolucionar en la doble aceptación, optimizar lo bueno y buscar mayores posibilidades de aplicación. En otras palabras, los logros hay que mejorarlos mediante la perfección de los resultados para todos los niveles; asimismo, aspirar e intentar maximizar la potencialidad en cada uno de esos ítems en todas las escalas y niveles.

Finalmente, la tercera regla de juego es revolucionar lo rezagado. Esta regla consiste en abordar lo problemático o lo que presenta rezagos mediante el uso de lo acumulado (conocimientos, experiencias y demás) de forma individual y social, de forma creativa, para formular soluciones novedosas. Claramente, en vista que la realidad es altamente compleja, y de que no existen fórmulas de aplicación universal, resulta imperativo reconocer la necesidad de aprender continuamente y de determinarse a plantear soluciones propias para los problemas propios.

b. Definición de fronteras

Desde una planeación prospectiva, se deben definir las fronteras en un sistema de salud como una invitación a pensar en las segmentaciones y en los asuntos de discusión, siendo cada una de ellas los títulos de los capítulos a desarrollar en una reforma del sistema. Al respecto, la pregunta ineludible es: ¿En salud cuales son estas fronteras?

Figura 8. DEFINICIÓN DE FRONTERAS



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

**Curativo / preventivo:** Actualmente el enfoque del tratamiento de la salud de las personas es curativo. Al respecto, se espera que con el actual perfil epidemiológico y demográfico se demanden las actividades que de allí se desprendan, es decir el sistema de salud actual no se anticipa, por tanto, no tiene una perspectiva de prevención. Entonces, lo que se propone es hacer es una revolución en Atención Primaria en Salud, en este país, para ello se tiene que incrementar los recursos y los programas que favorezcan dicha estrategia. En síntesis, entre lo curativo y lo preventivo se debe trazar una nueva línea que favorezca lo segundo.

**Lo colectivo y lo individual:** En épocas de PAB y POS existía consenso sobre la definición de qué y hasta dónde abarcaban los ámbitos individual y colectivo, en términos de derechos. En la actualidad existen distintas dificultades para determinar la frontera entre estos dos ámbitos, por cuenta de que distintos actores del sistema de salud (municipios, alcaldías, gobernaciones, EPS, IPS y gobierno), no han logrado un acuerdo para determinar dicha frontera. Ambos ámbitos son cruciales comoquiera que lo colectivo y lo individual son dimensiones complementarias; algo así como las dos caras de una moneda, una en función de la otra para que el sistema de salud marche.

**Lo incluido y lo excluido:** Como se sabe, el plan de beneficios en salud cambia continuamente y aparecen procedimientos e insumos dentro de lo no PBS. Al respecto, la ACHC propone repotenciar el plan de beneficios en salud mediante la incorporación de las exclusiones dentro de la lógica de un cálculo actuarial, así como definir de forma transparente lo que está contenido y lo que no y determinar perentoriamente el núcleo del derecho a la salud.

**Lo óptimo y el racionamiento.** Frente a este punto, se indica que lo único que se ha cumplido de forma tajantemente es el racionamiento. En los últimos veinticinco años el racionamiento se ha practicado continuamente, de forma tal que se han creado barreras, se ha impedido la entrada y se han realizado auditorías restrictivas. Por otro lado, acerca de lo óptimo se señala que el servicio del sistema dista mucho de alcanzar tal situación. Al respecto, es hora de dar paso al sistema que le da al paciente no más de lo que necesita, pero no menos de lo que requiere, para hacer más amigable el tránsito de toda la ciudadanía por el sistema de salud y menos traumáticas las relaciones de todos los agentes.

**Lo clínico y lo administrativo.** Ambos niveles son imprescindibles para el funcionamiento adecuado del sistema. Al respecto, la frontera entre ambos tiene que estar cabalmente determinada, sentido por el cual la misma se tiene que rediseñar desde la política de recurso humano, en busca de un equilibrio, por tanto, es necesario que los clínicos y los administrativos trabajen de la mano.

**Lo general y lo especializado.** Respecto a este punto, es central determinar la magnitud y relevancia de cada uno, determinación que se resuelve al responder la pregunta acerca de si el país necesita más especialistas. Aunque en el ambiente se sugiera que sí, la política no solamente debe estar basada en considerar la ampliación de la base conformada por los especialistas en menoscabo de los generalistas, vale decir, de minimizar la base de este tipo de profesionales a propiciar casi que una desaparición de su papel en el sistema. Es claro, un sistema así no será sostenible, de hecho, los generalistas deben ser fomentados en competencias, cantidad y responsabilidad.

**Sectorial y transversal.** Esta frontera se centra en el tema de la importancia de los determinantes de la salud; levantar puentes desde el sector hasta los otros sectores en vía de implementar acciones integrales que produzcan mejores resultados en salud para la población, es una prioridad inaplazable.

**Lo privado y lo público.** En la actualidad, Colombia tiene un sistema robusto en el cual coexiste lo público y lo privado. Sin embargo, la sociedad como un todo, y los actores en particular, deben rescatar y reconocer el valor de lo público como también, apreciar los aportes y la utilidad social del sector privado. Expansiones principalmente para privados y públicos para baja complejidad, hacer que sean imprescindibles ambos ámbitos.

**Lo urbano y lo rural.** En relación con este punto, se debe tener en cuenta que el diseño y accionar del sistema debe estar contextualizado según el entorno y ámbito de actuación. No se pueden tener políticas de talla única; el modelo de salud para lo urbano será diferente al modelo de lo rural.

Evidentemente, se trata un modelo dual. Al respecto, la frontera y la misma determinación de la estructura entre ambos (rural y urbano) debe volver a establecerse.

**Impuestos-Aportes:** Según las expectativas de empleo que tenga el país, vale decir, el nivel y proporción de empleo de calidad (empleo formal) que puede sostener el sistema, se considerará el establecimiento de tal o cual sistema, derivando una determinada forma de financiamiento. En particular, un ejercicio pendiente consiste en revisar si para los próximos diez o veinte años se podrá seguir fundamentado el sistema en impuestos a la nómina y si no, hacer unos recambios en los gastos de bolsillo, en los aportes de los ciudadanos y en los impuestos generales, análisis a ser repensando en términos del efecto que también causó la pandemia sobre el empleo.

**Intramural-Extramural:** Es una mezcla complementaria que se debe adaptar a las nuevas realidades y a las nuevas tecnologías brindando al paciente diversidad de opciones para su cuidado y en concordancia con su contexto y situaciones específicas.

C. Transformación de roles

La transformación de roles concierne a la asignación de posiciones a cada uno de los actores que conforman el sistema. En términos de planeación nos referimos a una modificación táctica o procedimental en sus roles con el fin de optimizar el resultado.

Gobierno

**Fortalecer la rectoría.** Para el particular, concepto clave debe ser recuperar el liderazgo integrador que tenía una figura como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como órgano independiente que contribuya en la tarea rectora del sistema. Las anteriores propuestas y alternativas podrán ser realidad, siempre y cuando exista una gobernanza que garantice de forma efectiva el derecho a la salud de los colombianos, una visión de largo plazo, funcional al progreso que permita lograr los objetivos propuestos.

Transcender de una salud pública de mínimos, vigilancia epidemiológica activa e integral que afronte los problemas de salud y sus causas. Con ello se logrará extraer el verdadero valor estratégico y utilidad práctica, de la salud pública: *Educación, Fomento, Promoción y Prevención.*

Otro de los pilares que soportan la propuesta de la ACHC es el de Re-Valorar el recurso humano, lo que conlleva propender por mejores condiciones laborales, el establecimiento de modelos alternativos de contratación y tecnologías innovadoras ancladas a modelos de talento costo efectivos de última generación, así como nuevas políticas de bienestar, de nuevos reconocimientos y también de nuevas o estables primas de servicio.

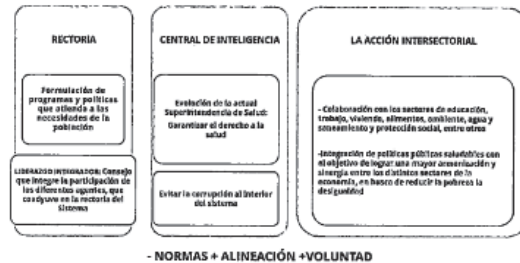
**Impulso al Hospital 360 2.0.** En el tema de prestación de servicios, la propuesta apunta a apoyar e incentivar a las instituciones prestadoras de servicios de salud hacia el Hospital 360 2.0, concepto desarrollado por la ACHC desde el año 2015 que plantea que las instituciones hospitalarias se posicionen en función de la experiencia y la entrega de valor a los pacientes, que alineen sus objetivos internos con los objetivos del resto de actores del sistema, sincronicen y coordinen sus procesos mediante el uso y aprovechamiento de tecnología, todo ello enmarcado en los conceptos de colaboración e interdependencia para una prestación de servicios coordinados, con un acceso real y efectivo a través de esquemas de cooperación horizontal entre prestadores que incentiven el intercambio de conocimiento<sup>8</sup>. La red de prestadores del futuro tiene que integrarse desde lo domiciliario, lo ambulatorio, los diferentes niveles de complejidad hasta la rehabilitación y el tratamiento de patologías específicas, agudas, crónicas y emergentes. Un nuevo posicionamiento ante la sociedad, una nueva alineación con pares -en primer lugar, con los pacientes- y una capacidad de sincronizarse con las nuevas tendencias son las claves de esta evolución.

El desarrollo del concepto de Hospital 360 2.0, promueve la excelencia y calidad dentro de las instituciones hospitalarias, dado que se persiguen objetivos de eficiencia, efectividad, pertinencia, pero también de impacto y sostenibilidad, con miras a que este esfuerzo, sea debidamente reconocido y se logren beneficios a largo plazo que aporten en la construcción de un mejor sistema.

**Re-Valorar el recurso humano.** Propender por mejores condiciones laborales, el establecimiento de modelos alternativos de contratación y tecnologías innovadoras ancladas a modelos de talento costo efectivos de última generación, así como nuevas políticas de bienestar, de reconocimientos e incentivos. Adicionalmente adoptar tecnologías avanzadas que aceleran la toma de decisiones y

<sup>8</sup> Para la ampliación del tema consultar: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, 2015. Hospital 360<sup>2</sup>. Revista Hospitalera, Edición 096

Figura 9. TRANSFORMACIÓN DE ROLES-GOBIERNO



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

De forma complementaria, se plantea que no haya una entidad de solo inspección, vigilancia y control, sino la existencia de una entidad que sea una *Central de Inteligencia* que garantice: el derecho a la salud y evitar la corrupción al interior del sistema.

La acción intersectorial es un factor relevante, entendida como la colaboración con el resto de los sectores, el de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento es fundamental para integrar políticas públicas saludables con el objetivo de lograr una mayor armonización y sinergia entre los distintos sectores de la economía, en busca de reducir la pobreza y la desigualdad.

**Calidad.** El gobierno deberá implementar mecanismos para retribuir a las entidades prestadoras, en función de niveles superiores de calidad, entre ellos impulsar la acreditación y los sistemas de incentivos por agregación de valor.

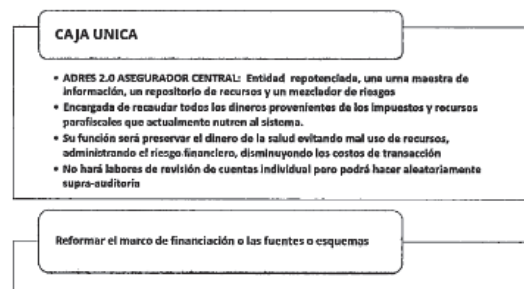
**Impulsar una revolución de la Atención Primaria en Salud -APS-** Se deben establecer programas y planes diseñados en función de un *sistema activo*, que contacte a las personas saludables y detecte las levemente enfermas, y que en además realice acciones orientadas a preservar al máximo la condición saludable de las poblaciones. La propuesta apunta a hacer de la APS centro del sistema, buscando mejorar su financiación, haciendo realidad la focalización con eventos trazadores y creando nuevos equipos de APS que tengan poblaciones asignadas y dispongan de tecnologías suficientes. La clave debe ser repotenciar la capacidad resolutoria de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico y los profesionales generales. Asimismo, el generalista, el hospital de baja complejidad, el municipio tiene que poder confluir en proyectos conjuntos de mejoramiento de la salud general de la población.

eliminen la rutina de las labores administrativas para centrar su trabajo en el servicio esencial de atención, y el desarrollo de entorno de prácticas favorables.

Finalmente, **Caja o fondo único de la Salud.** Un concepto propuesto por la ACHC desde hace varios años ha sido la creación de una Caja o fondo único de la Salud<sup>9</sup>, que hoy día es una realidad, a través de la administradora de recursos del sistema de salud -ADRES-. Esta entidad que progresivamente ha mejorado su capacidad de gestión, consideramos debe ser repotenciada. ADRES 2.0, como un acumulador de recursos, riesgos y urna maestra de la información. Las funciones más importantes serán: Preservar los recursos que sustentan al sistema de salud, movilizar directamente los pagos a los que efectivamente presten el servicio, producir reportes de situación de gasto y suficiencia. Es de aclarar que esta entidad no hará labores de revisión de cuentas individual, pero podrá hacer aleatoriamente supra-auditoria, con el fin de controlar y vigilar que dicha función en cabeza de las administradoras se ejecute de forma transparente.

Esta entidad será el factor clave para disminuir los costos de transacción, eliminar los costos de intermediación, acelerar el movimiento de los recursos y eliminar corrupción.

Figura 10. TRANSFORMACIÓN DE ROLES-FINANCIACIÓN



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

<sup>9</sup> Es de recordar que desde el año 2010, la ACHC propuso dentro de las alternativas para el aseguramiento en salud, la opción de administración delegada, así como la figura de la caja o fondo único de salud, tales conceptos y otros más han sido desarrollados por la ACHC durante varias décadas de trabajo gremial en referencia a una reforma en salud, para ampliación del tema se recomienda consultar los documentos citados.

**Sector hospitalario**

Como se sabe, el sector salud y hospitalario se está transformando en todo el mundo. La imagen QR de la figura referente a "Transformación de roles (a)" es el concepto del Hospital 360° desarrollado por la ACHC. Para el particular, se han desarrollado dos versiones: una primera concebida en el año 2014, denominada versión 1.0, y una segunda formulada más recientemente denominada versión 2.0. la cual se resume en los conceptos de Posición, Alineación y Sincronización.

- **Posición:** Esta noción recoge el trabajo de las instituciones en materia de la percepción y la experiencia que tiene el paciente respecto a la actuación del hospital y los servicios que le presta.
- **Alineación:** Alude a la coherencia que los objetivos de la institución deben tener tanto internamente, desde la dirección, como externamente, esto es, hasta la conexión con el resto de las instituciones hospitalarias, el Gobierno y los usuarios y sus necesidades.
- **Sincronización:** Se relaciona con la coordinación de los distintos procesos que se ejecutan simultáneamente para el funcionamiento de la institución. Estos procesos se ven favorecidos mediante la tecnología disruptiva y el aprovechamiento de las TIC, los entornos favorables y el capital intelectual<sup>10</sup>.

Por su parte, en los últimos años, en medio de un contexto de cambio continuo, el concepto del Hospital 360° se ha transformado, creando así la versión 2.0 que incorpora nuevos elementos en sus tres dimensiones, en tanto que de manera general integra la noción de systemness, la cual implica la apropiación de los conceptos de colaboración e interdependencia entre los distintos actores de un sistema de salud, para satisfacer las necesidades del paciente, con poca fragmentación o mínima redundancia en todo el sistema (Seegobin & Trigonoplos, 2017).

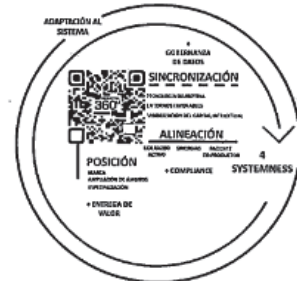
Adicionalmente se agregaron otros conceptos dentro de las dimensiones: en la dimensión de posición se sumó el concepto de entrega de valor, el cual alude a facilitar al paciente Elección sobre el tratamiento y manejo de su salud, medir y recompensar a los proveedores basado en los resultados, maximizar el valor de la atención durante el ciclo de atención integral, minimizar y simplificar las operaciones de facturación y demás procesos administrativos, así como dar respuestas a las preguntas clave del paciente en materia de su atención.

<sup>10</sup> Para la ampliación del tema consultarse el artículo publicado en la revista hospitalaria número 117.

En la dimensión alineación, se adicionó el concepto de compliance, entendido como el establecimiento de las políticas y procedimientos adecuados para garantizar que una institución, incluidos sus directivos, empleados y agentes vinculados, cumplan con el marco normativo aplicable, para ello es necesario tener la información y herramientas que permita evaluar y gestionar el impacto en la institución de las iniciativas de regulación y aplicación gubernamentales.

En la dimensión Sincronización, se añadió el concepto de gobernanza de datos, marco que garantiza la toma de decisiones basada en la analítica de datos.

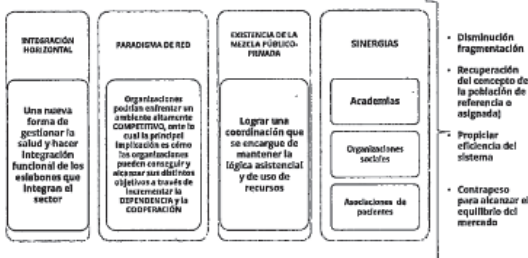
Figura 11. TRANSFORMACIÓN DE ROLES – IPS-Transito acelerado al Hospital 360° 2.0



Fuente: (ACHC, 2015)

En general, los cambios del hospital 360° anteriormente mencionados, deberán ser complementados por una prestación de servicios coordinados, con un acceso real y efectivo a través de esquemas de cooperación horizontal entre el sector prestador. Para lograr esto, el sistema debe aprovechar la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, mediante la búsqueda de una coordinación que se encargue de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos. Esto, con el fin de erradicar la fragmentación y proveer integralidad en la asistencia, se deben recuperar conceptos como población asignada o población de referencia; también, mediante el acercamiento de la oferta a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real.

Figura 12. TRANSFORMACIÓN DE ROLES – IPS- COOPERACIÓN HORIZONTAL



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

**Sector asegurador**

El aseguramiento en Colombia debiera entenderse como la sumatoria de una serie de conceptos, entidades y funcionamientos que parten de las fuentes de financiación<sup>11</sup>, se suman a unos ejercicios actuariales, se traducen en unas unidades de pago per cápita -UPC- que sustentan el reconocimiento de unos planes de beneficios -PBS-, que se concretan a través de las prestaciones de servicios de salud en una red mixta de instituciones hospitalarias y clínicas en múltiples niveles y modalidades -IPS-. En teoría, los recursos del sistema son gestionados por unas entidades promotoras -EPS- y unas entidades territoriales -ET-, el gobierno como un todo rige al sistema- la rectoría-, lo hace vigilar por unos competentes especiales- IVC- y permite el testeo de la población a través de mecanismos de participación social. La suma de esos componentes al final da una resultante que es el aseguramiento. Confundir el concepto macro del aseguramiento con la existencia de un solo factor, es una reducción muy frecuente que ha impedido los avances a un mejor sistema de salud. Aseguramiento no es sinónimo de EPS, ese es uno solo de los componentes tácticos.

**Administración regulada.**

La propuesta de la ACHC mantiene el aseguramiento, pero modifica la administración de los recursos. En ese sentido se hace necesario el cambio en la tenencia de los dineros del sistema, los cuales no serán manejados por la figura de administrador regulado y es uno de los factores clave para lograr un cambio

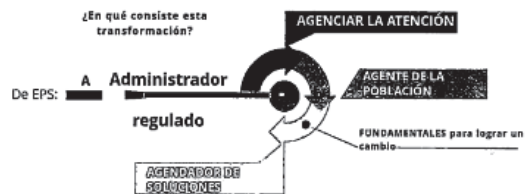
<sup>11</sup> Acerca de las fuentes de financiación, se propone analizar de forma crítica, la actual distribución de "mezcla de recursos", con miras a redefinirla en función de la actual situación socioeconómica del país post-pandemia y del Marco Fiscal de Mediano Plazo.

y acotar las funciones del nuevo agente. Este deberá desplegar toda su capacidad para las labores de coordinación, verificación, auditoría y logística al interior del sistema, dicha labor de administración regulada que se propone debe ser remunerada con suficiencia, incluyendo el diseño de incentivos o estímulos para aquellas que logren mejores resultados para la población derivados de su actuación.

Para garantizar dicho modelo es necesario complementar con algunos instrumentos de política, tales como:

- ✓ El establecimiento consensuado de un piso tarifario, que remunere intervenciones y procedimientos basados en altos estándares de calidad.
- ✓ La estandarización de los procedimientos, la emisión de lineamientos, guías y protocolos que respondan a los objetivos de los modelos de atención.
- ✓ La continuidad de la actual política de control de precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

Figura 13. TRANSFORMACIÓN DE ROLES - EPS



Ne maneja la totalidad de los recursos, este CAMBIO EN LA TENENCIA DEL DINERO deberá modificar poderosamente los Incentivos perversos del sistema

Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

**Sociedad**

Claramente, alcanzar los objetivos sociales es posible si se atiende el interés colectivo, por ejemplo, si se escucha a los movimientos sociales. Al respecto, la esfera colectiva tiene dos niveles: uno gubernamental (o estatal), y otro no gubernamental (conformado por ONG's, universidades, entidades sin ánimo de lucro, entre otras). Ahora bien, dada la tendencia a seguir los intereses privados, sobremanera en ausencia de regulación, caso en el cual no solo prevalecen sino que se imponen de facto, es relevante implicar el factor humano con el fin de que tenga incidencia en la toma de decisiones, ello con vistas a contrarrestar los eventuales abusos derivados de parte de algunos actores,

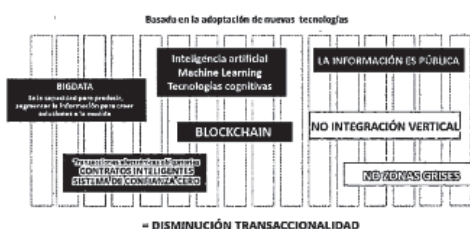


especialmente de parte de los más poderosos habida cuenta su proclividad a seguir sus propios intereses (y, correlativamente, a desatender el bien común). Así las cosas, el rol de los usuarios en salud son ser cogestores y coproductores de los servicios, sujetos de derechos al tiempo que desempeñen un papel activo en el autocuidado y la gestión de la enfermedad y comprometidos por velar por una gestión transparente de los recursos del sector.

d. Cambios en la relación de poder

Gracias a la llegada de la cuarta ola de la Revolución Industrial, se ha podido obtener más transparencia, más inmediatez, y más resultados en tiempo real, por lo cual se debe aspirar a más automatización que sea operacionalizada mediante el Blockchain, la Inteligencia artificial, el aprendizaje de las máquinas y las tecnologías cognitivas. Con tal incorporación, se considera que muchas de las dificultades afrontadas en la actualidad se van a obviar y el resultado final será una disminución en la compleja transaccionalidad que existe hoy en el sistema, especialmente en el tema de contratación y facturación, urge simplificar procesos y dar mayor transparencia a las operaciones del sistema, lo que se conoce como contratos inteligentes.

Figura 14. CAMBIOS DE RELACIÓN DESCONCENTRACIÓN PODER



Fuente: Elaboración ACHC, 2021-2022

El uso de la Inteligencia artificial potenciará las capacidades humanas para lograr decisiones inteligentes (como quiera que potencie el pensamiento crítico y mejora considerablemente la toma de decisiones), lo cual cambiará totalmente el funcionamiento de los sistemas y de su gobernanza a la vez que permitirá reconectar al recurso humano con su verdadera misión, la atención con calidad y el bienestar de los usuarios.

Este componente disruptivo, hace una invitación a repensar el papel que desempeña cada agente dentro del sistema de salud, porque muchas de esas competencias van a ser reemplazadas por el advenimiento de la tecnología, misma que en el fondo va a originar los cambios en las relaciones de poder dentro del sistema de salud.

Por último, se señalan los complementos vitales de la propuesta:

- La Información deberá ser pública, sin zonas grises. Trazabilidad total.
- No debe permitirse la integración vertical en el sistema de salud. No conflictos de intereses entre los actores.
- En la coyuntura y durante la transición del modelo actual al de Salud Progresiva, se plantea la necesidad de implementar un régimen de insolvencia y un fondo de garantías que responda ante los procesos de liquidación de las EPS y garantice el pago de las deudas con el sector prestador.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Ablodoye, B., Felix, J., Kaptso, S. & Patterson, L. (2021). Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs). New York, NY and Denver CO: United Nations Development Programme and Frederick S. Pardee Center for International Futures.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2021). INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA CON CORTE A JUNIO 30 DE 2021. (No. 46). ACHC.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2010). Alternativas y equilibrios para el sistema de salud colombiano. Revista Hospitalaria. Edición 072.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2012). Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud. Revista Hospitalaria. Edición 084.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2013). Lo que espera Colombia de la reforma al sistema de salud. Revista Hospitalaria. Edición 087.

Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas. (2014). Rasgos distintivos de los sistemas de salud. Hospitalaria, 4-25.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2018). Revolución del sistema de salud-propuesta ACHC. Revista Hospitalaria. Edición 117.

Banco Mundial Datos. (2022). Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de \$1,90 por día (2011 PPA) (% de la población) [Base de datos]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.DDAY?view=chart>

Banco Mundial Datos. (2022). Índice de GINI [Base de datos]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CO-BR-HN>

Bárcena, B., & Esteban, D. (2015). Mapa Laboral del Futuro.

Böhme, R., Christin, N., Edelman, B., & Moore, T. (s.f.). Bitcoin: Economics, Technology, and Governance. *Journal of Economic Perspectives*, 213-238.

Brancheau, J. C., & Wetherbe, J. C. (1990). The Adoption of Spreadsheet Software: Testing Innovation Diffusion Theory in the Context of End-User Computing. *Information Systems Research*, 1(2), 115-143. <http://www.jstor.org/stable/23010618>

Brynjolfsson, E., & McAfee, A. (2011). Race Against the Machine: How the Digital Revolution is Accelerating Innovation, Driving Productivity, and Irreversibly Transforming Employment and the Economy.

Cappellini. (2017). Consulting technology outsourcing. Blockchain a healthcare industry view. . CEPAL, Observatorio Demográfico. (2020) LC/PUB.2020/20-P, Santiago, 2021.CEPAL. (2018). Datos, algoritmos y políticas: La redefinición del mundo digital. Santiago.

CEPAL; Naciones Unidas. (2015). Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas rentas en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Defensoría del Pueblo de Colombia. (2020). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. (No. 14). Defensoría del pueblo. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

Deloitte Insights. (2021). 2021 global health care outlook Accelerating industry change. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/br/Documents/life-sciences-health-care/Global-health-care-outlook-2021.pdf>

Deloitte Access Economics. (2017). Tech trends 2017: The kinetic enterprise. Deloitte University Press.

Deloitte Center for Government Insights. (2017). AI-augmented government: Using cognitive technologies to redesign public sector work. Deloitte University Press. Obtenido de Deloitte Center for Government Insights. .

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2020). Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. Bogotá.

Frederick s. pardee center for international futures. (2021). Assessing impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals. PNUD. Disponible en: [https://sdgintegration.undp.org/sites/default/files/Flagship\\_1.pdf](https://sdgintegration.undp.org/sites/default/files/Flagship_1.pdf)

Fiórez, C. E., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia.

Fondo Monetario Internacional. (2021). INFORMES DE PERSPECTIVAS DE LA ECONOMÍA MUNDIAL ENERO DE 2021: Actualización de las perspectivas de la economía mundial. FMI. Disponible en: <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2021/01/26/2021-world-economic-outlook-update>

Haldane, V., & Morgan, G. T. (2021). From resilient to transient health systems: The deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Planning*, 36(1), 134-135. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa169>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). Informe de resultados covid-19: Región Américas. IHME. Disponible en: [https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/COVID/2021/44564\\_briefing\\_Region\\_of\\_the\\_Americas\\_17.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/COVID/2021/44564_briefing_Region_of_the_Americas_17.pdf)

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME). (2020). GBD Compare la visualización de datos. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accedido diciembre 2021)

Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., El-Jardali, F., Macauley, R. J., Muraguri, M. K., & Konuma, S. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *Bmj*, 357. Downloaded from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/3928380/>

Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. ¿Qué es un sistema de salud resiliente? Lecciones del ébola. *Lanceta*. 2015 mayo 9;385(9980):1910-2. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3. PMID: 25987159.

Mak, A. (2017). Powerful patients, paperless systems. . Centre for Policy Studies.

McKinsey. Un cambio a lo digital: cómo COVID-19 ha cambiado los modelos de venta. Febrero 2021. Link: A shift to digital: How COVID-19 has changed selling models | COVID Response Center | McKinsey & Company

Ministerio de salud y protección social. (2021, 16 de octubre). Boletín de prensa 1051: Minsalud actualiza política de envejecimiento y vejez [Comunicado de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>

Ministerio de salud y protección social. (2020). ESTUDIO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO 2020.

Naciones Unidas. (2020). Informe de los objetivos de Desarrollo sostenible 2020. Disponible en: [https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020\\_Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf)

Observatorio demográfico América Latina y el Caribe de la CEPAL. (2020). Mortalidad por covid-19 Evidencia y escenarios. CEPAL. Pp. 23-26.

OECD Data. (2022). Health spending [Base de datos]. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

OXFAM. (2018). Premiar el trabajo no la riqueza. Oxfam internacional.

Porter, M. E., & Heppelmann, J. E. (2014). How Smart, Connected Products Are Transforming Competition. *Harvard Business Review*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2021). Assessing COVID-19 impact on the Sustainable Development Goals. PNUD. Disponible en: <https://data.undp.org/content/assessing-covid-impacts-on-the-sdgs/>

Schwab, K. (2016). La cuarta revolución industrial. . Crown bussiness.

Seogobin, V., & Trigonoplos, P. (2017). A roadmap for achieving 'systemness'.

Stiglitz, J. (2019). People, power, and profits: Progressive capitalism for an age of discontent. . Penguin UK.

Superintendencia de Salud. (2021). INFORME DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CAPITAL MÍNIMO Y PATRIMONIO ADECUADO MARZO 2021 - VERSIÓN 1.1. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20Y%20PA%20-%20MARZO%20DE%202021%20Rev%20MAGC.pdf>

United Nations. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance (Vol. Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.). Obtenido de [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

Valencia, A. J. ( 2018 -2019). Revolución sistema de salud. Colombia.

Valencia, A. -J. (2018). Gobernanza Aumentada. Colombia.

Zúñiga, H. G., Veenstra, A., Vraga, E., & Shah, D. (2010). Digital Democracy: Reimagining Pathways to Political Participation. *Journal of Information Technology & Politics*, 36-51.



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

ACHC  
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Documento resumen **2022**

**Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo**  
Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS

**Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo**  
Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS

**2022**  
Documento resumen

Dirigido por:  
**Juan Carlos Giraldo Valencia<sup>1</sup>**

Elaborado por:  
**Liliana Claudia Delgado<sup>2</sup>**  
**Ana Sofía Zea Ruiz<sup>3</sup>**  
Con el apoyo de:  
**Econalítica S.A.S<sup>4</sup>**

### 1. Antecedentes

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

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

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

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

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

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

Dado los retos que conllevó la pandemia del COVID-19 y la ejecución de diferentes acciones por parte de los gobiernos para hacer frente a la misma que, entre otras, demandó el fortalecimiento de los sistemas de salud, el presente estudio busca realizar una actualización del ejercicio que resulta en esta tercera edición del ICRS. En esta, se clasifican los sistemas de salud teniendo en cuenta las variables de resultado utilizadas en las ediciones anteriores y adicionando las relacionadas al COVID-19 con las que se busca incluir los efectos de este, así como la nueva realidad que afrontan los sistemas. Por lo demás, se indica que el ranking aquí presentado se realizó para 94 países para 2022.

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

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

como resultado de un ejercicio conceptual e intelectual a profundidad.

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

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

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

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

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

transmisibles; factor 5, factor Covid, compuesto por la tasa de mortalidad por infección y la tasa bruta de mortalidad COVID-19. Las 12 variables completas se detallan en la Tabla 1.<sup>6</sup>

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

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

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

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

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

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

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

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

Tabla 1. Variables de resultado

FACTOR	VARIABLE
1	Esperanza de vida al nacer 2019
	Esperanza de años de vida saludable al nacer 2019
2	Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) 2017
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) 2020
	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) 2020
3	Tasa de mortalidad adultos (por cada 1.000 habitantes) 2016
	Años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes) 2019
4	Incidencia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes) 2019
	Tasa de mortalidad por infección (IFI), que corresponde al número de muertes por una enfermedad dividido por el número total de casos, 2020-2021
5-COVID	Tasa bruta de mortalidad COVID-19 (por cada millón de habitantes) 2020-2021 (Adicional la propia variación entre los años 2020-2021)

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

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

7 Las variables fueron tomadas de la clasificación elaborada por la Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas -ACHC- (2014) que a su vez está basada en el documento "Strengthening health systems through innovation: lessons learned", escrito por Snowdon & Cohen (2011) de la fundación International Centre for Health Innovation (ICHEI).

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

9 El Estado es el operador y único pagador que proporciona seguro de salud pública para garantizar la cobertura universal de un paquete específico de beneficios.

10 Este modelo define que el sistema de salud debe basarse en la realidad política y económica de cada país. El servicio se presta de forma univer-

sal y gratuita sin que los usuarios deban estar afiliados. Se financia por medio público.

11 La financiación se debe dar por medio del recuento de cuotas obligatorias de las empresas y los trabajadores a las aseguradoras. En este el aseguramiento es obligatorio para la prestación de los servicios.

12 Se caracteriza por la interdependencia entre los tres sectores, por la distribución de las funciones y la cobertura y prestación de servicios según los ingresos de la población.

13 La infraestructura para la prestación de los servicios es proporcionada por el Estado. Es un sistema centralizado en el que la prestación depende de las políticas que implementa el gobierno.

14 Out of Pocket (OOP) hace referencia al gasto de bolsillo que tienen las personas.

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

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

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

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

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

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

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

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

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

Tabla 3. Variables de insumo y de contexto

DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR
CAPACIDAD DE RESPUESTA	MEDIDAS ESPECÍFICAS	Vacunas (por 100 mil habitantes) 2022
		Índice de rigor Oxford <sup>15</sup> 2020-2022
	INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO	Total camas (por cada 1.000 habitantes) 2020
		Densidad de médicos (por cada 10.000 habitantes) 2011-2020
		Densidad de enfermeras y parteras (por cada 10.000 habitantes) 2011-2020
		Gasto total en salud (como % del PIB) 2019
	FINANCIACIÓN	Gasto total en salud (por cápita en US\$) 2019
		Gasto del gobierno en salud (como % del PIB) 2019
		Gasto privado en salud (como % del gasto en salud) 2019
		Gasto de bolsillo (como % del gasto en salud) 2019
Riesgo de gasto catastrófico para la atención quirúrgica 2020		
Gasto adicional atención COVID (como % del PIB-subtotal) 2020		
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Gasto adicional sector salud atención Covid (como % del PIB) 2020	
	Gasto adicional NO sector salud atención Covid (como % del PIB) 2020	
	Gasto en atención primaria (per cápita en US\$) 2019	
	% Personas que utilizan servicios de agua potable gestionados de forma segura 2020	
CONTEXTO	GOBIERNO, TRANSPARENCIA Y DESARROLLO	% Personas que utilizan servicios de Saneamiento gestionados de forma segura 2020
		Índice de percepción de corrupción 2021
		Índice de efectividad del gobierno <sup>16</sup> 2020
		Índice de desarrollo humano <sup>17</sup> 2019

Continúa pág siguiente →

<sup>15</sup> The stringency index - Índice de rigor, es una medida compuesta de nueve indicadores de respuesta: registro de cierre de escuelas y universidades, cierre de lugares de trabajo, cancelación de eventos públicos, restricción de reuniones privadas, cierre de transporte público, orden de confinarse en el hogar y restricción de movimientos internos entre ciudades/regiones, reescalado a un valor de 0 a 100 (0=0 más estricto), calculado por el proyecto Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT). Se encuentra publicado en línea en OurWorldInData.org

<sup>16</sup> El proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) informa indicadores de gobernanza agregados e individuales para más de 200 países y territorios durante el período 1996-2021, para seis dimensiones de gobernanza: Vis y realización de cuentas, Estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo, Eficacia del gobierno, Calidad Regulatoria, Estado de derecho y control de la corrupción, para este estudio se utilizó la dimensión eficacia del gobierno, la cual está relacionada con la percepción de la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil (y su grado de independencia de las presiones políticas), la calidad de la formulación e implementación de políticas, y la credibilidad de la implementación de dichas políticas. Puede ser encontrado en <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>

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

COBERTURA Y CAPACIDAD DEL SISTEMA	UHC Índice de cobertura efectiva (IHME UW) 2019
	Promedio de 13 puntajes de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional 2021 <sup>18</sup>
FACTORES DE RIESGO	65 años o más (Proporción de la población) 2022
	Probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, (30-70 AÑOS) 2019
	Porcentaje de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses 2022
	Índice de riesgo por Covid <sup>19</sup> 2020

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

### 3. Metodología

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

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

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

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

<sup>18</sup> El Reglamento Sanitario Internacional es un compromiso adquirido por parte de los Estados Miembros de la OMS; tiene como fin ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, la protección (contra su propagación), el control, así como dar una respuesta adecuada de salud pública, marcando al mismo tiempo las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

<sup>19</sup> El Índice de Riesgo INFORM COVID-19 adaptación experimental del Índice de Riesgo Epidemiológico INFORM (identifica países en riesgo de impactos sanitarios y humanitarios de COVID-19 que podría superar la capacidad de respuesta nacional actual, y por lo tanto, conducir a la necesidad de asistencia internacional adicional. Más información, puede ser consultada en [INFORM COVID-19 \(europa.eu\)](https://inform.covid-19.europa.eu/)

## 4. Resultados generales

### a. Ranking

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

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

$$Índice Estandarizado = \left( \frac{y - M_{in}}{Max - M_{in}} \right) * 100$$

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

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

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

El promedio del Indicador Compuesto de Resultados en Salud -ICRS-2022 para los 94 países evaluados fue de 71,7 puntos, el ordenamiento de los países se muestra en la Gráfica 1. Los grupos 10, 9 y 8 corresponden a los países mejor calificados en el índice, mientras que los grupos 1, 2 y 3 son los de los países que registran los menores niveles de desempeño.

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

El grupo de los mejores (clúster 10) o de alto desempeño, lo integran 13 países con un promedio de calificación de 96,9 puntos en un rango de 94 a 100 puntos, se destacan en las primeras posiciones: Islandia, Israel y Corea del sur. El grupo que le sigue (clúster 9), promedia un índice de 91,2 puntos en un rango de 88,5 a 93,4 puntos y está integrado por 14 países de los que se destacan Holanda, España y Finlandia.

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

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

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

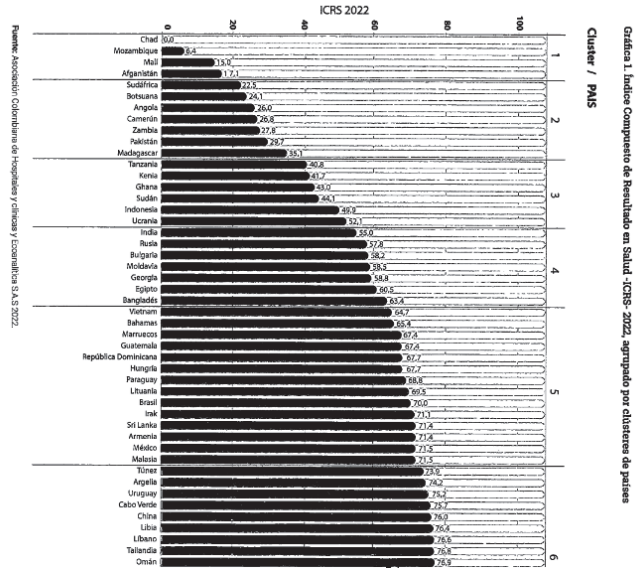
71, para el total de la muestra estas medias bajan a 75,9 y 66,1 años, respectivamente. En cuanto al factor 3, los países mejor calificados obtuvieron una puntuación media de 85,3, lo que corresponde a que el promedio de los años de vida ajustados por discapacidad (por cada 100.000 habitantes) que tienen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

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

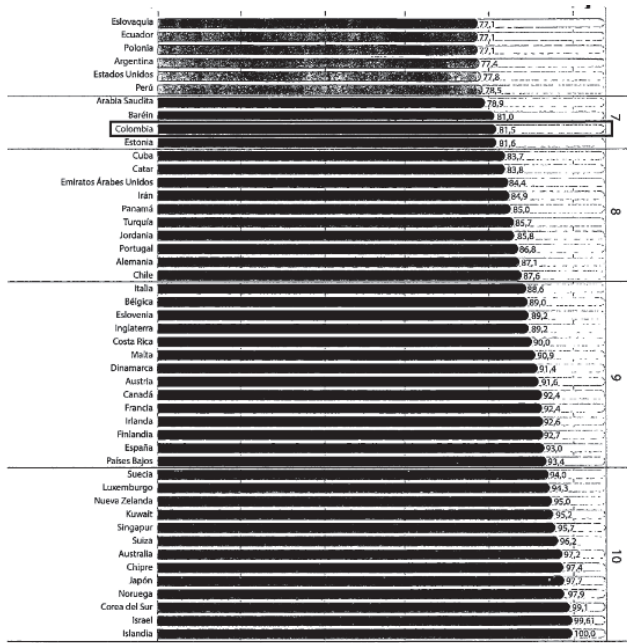
Tabla 4. Resultados agrupados de países

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

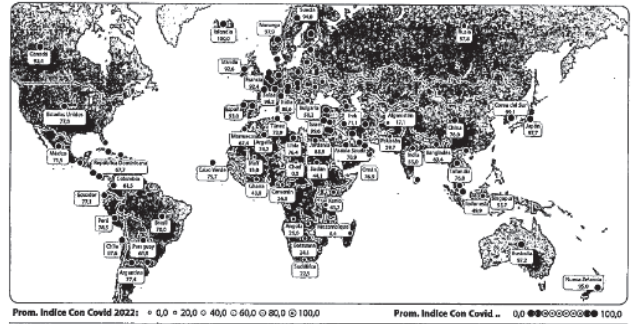
Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022.



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



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

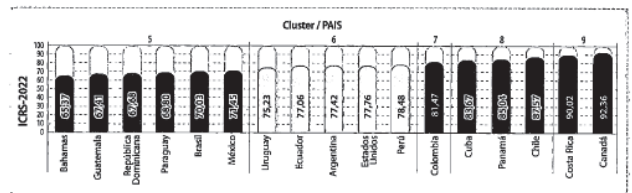


Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Econalítica S.A.S 2022.

Colombia se ubicó en el clúster 7, con un índice de 81,5 puntos, el cual está por encima del promedio global, ocupando la posición 39 dentro de los 94 países evaluados.

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

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



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

**b. Análisis por organización y estructura del sistema**

Respecto a los resultados del -ICRS- 2022 en cuanto a la dimensión organización y estructura, se indica que dentro de la subcategoría gobernanza<sup>20</sup>, "Estado como guardián" (promedio de 76 puntos) superó al "Estado como propieta-

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

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

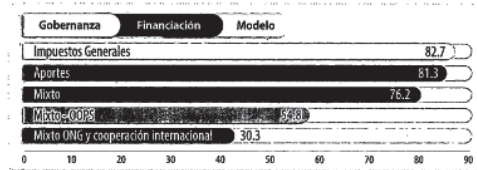
Gobernanza del sistema	Promedio -ICRS-
Estado como guardián	76,0
Estado como propietario-operador	67,1
Total, general	71,7

Fuente: Elaboración Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2022

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

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

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



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

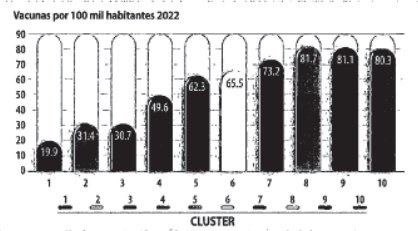
<sup>20</sup> Las categorías presentadas, son aquellas con la suficiente representatividad de países. Dentro de la categoría modelo Privado solo se cuenta con una observación correspondiente a Estados Unidos, país que a pesar de actuar tardíamente frente a la crisis generada por la pandemia, tuvo un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

**c. Análisis por dimensiones**

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

Según el modelo de sistema, el Bismarckiano (financiado con contribuciones de trabajadores y empleados), obtuvo el mayor puntaje promedio<sup>21</sup> con 81,7, en comparación con el modelo de atención de Beveridge (el cual representa un modelo de acceso universal en atención de salud no dependiente de las condiciones del mercado laboral formal) con 68,2 puntos. Finalmente, los sistemas de salud que operaron en modalidades de modelos mixtos (contempla los denominados pagos de bolsillo y algunos recursos de cooperación internacional), obtuvieron las menores puntuaciones.

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



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

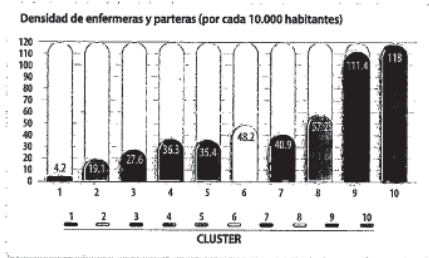
Dentro de la dimensión de capacidad de respuesta, se contemplan las variables sobre infraestructura y recurso humano. Al respecto se destaca el indicador *densidad de enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes* que fue la variable con mayor efecto diferenciado en el desempeño en comparación a los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

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

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

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

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



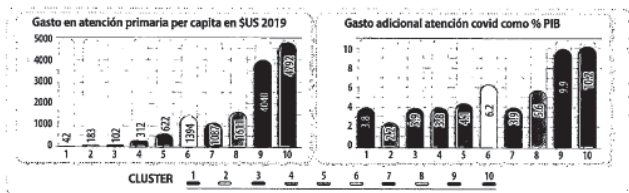
Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas y Ecoanalítica S.A.S 2022.

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

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

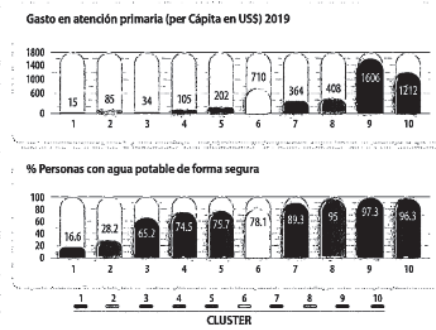
Por su parte, respecto al gasto adicional en COVID como porcentaje del PIB, variable de relevancia en este trabajo, se observan diferencias marcadas entre los mejores clústeres (10 y 9) que destinaron en promedio más de un 10%, y los clústeres del 2 al 6 que en promedio destinaron 3,9% del PIB.

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



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

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



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

En el tema de atención primaria, en primer lugar, se considera el indicador gasto per cápita en atención primaria, que como puede verse en la Gráfica 7, es ampliamente diferencial entre los dos mejores grupos y los cuatro restantes de menor desempeño alcanzando en el clúster 5 un valor promedio de 202 dólares promedio per cápita en contraposición al grupo 1 de peor desempeño con apenas 15 dólares promedio per cápita, es decir 100 veces menos que los países con mayor desempeño, clúster 9 destinan \$US 1.212 y el clúster 10 con \$US 1.506 per cápita.

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

En cuanto al acceso efectivo en materia de atención en salud, y en general a la salud medida por la cobertura UHC<sup>22</sup>, los clústeres de mejor desempeño registran porcentajes de coberturas por encima del 87%. En contraste los clústeres de menor desempeño se asocian con bajos niveles de cobertura efectiva. En particular, Colombia se clasifica en este grupo clúster 7 y su UHC índice de cobertura efectiva (IHME UW) para el año 2019 fue de 74,3%.

<sup>22</sup> Índice de cobertura UHC construido por GBID 2019 Universal Health Coverage Collaborators de The Lancet (2020) para medir la cobertura efectiva el cual se construye con 23 indicadores de cobertura efectiva en una matriz que representa los tipos de servicios de salud (por ejemplo, promoción, prevención y tratamiento) y cinco grupos de población-edad que abarcan desde reproductivos y recién nacidos hasta adultos mayores (65 años). Los indicadores de cobertura efectivos se basaron en la cobertura de la intervención o en medidas basadas en los resultados, como las razones de mortalidad a incidencias para aproximar el acceso a una atención de calidad.

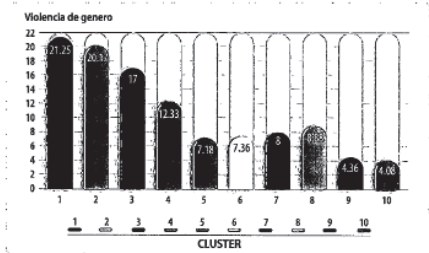
Dentro de factores de riesgo se incluyó la violencia de género medida con el indicador % de mujeres y niñas (16 a 49 años) que alguna vez

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

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

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

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



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

**d. Análisis de correlaciones**

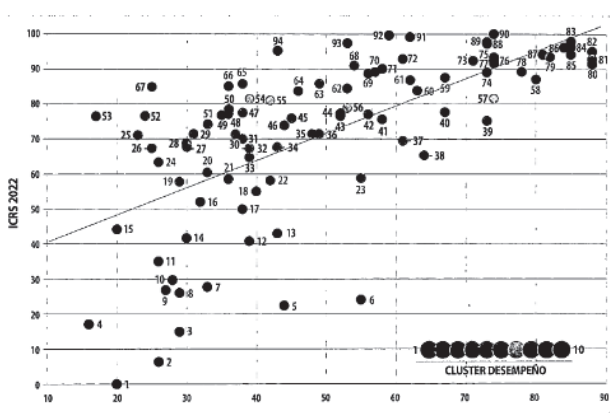
Se realizó un análisis de correlaciones entre las variables insumo y el -ICRS-2022. En general, se puede indicar que las variables examinadas observaron grados de asociación (lineal) tal como razonablemente se podría esperar, la única variable que no dio asociación con el -ICRS-2022 fue el índice de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

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

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

23 Pica mayor detalle, consultar el documento técnico de base

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



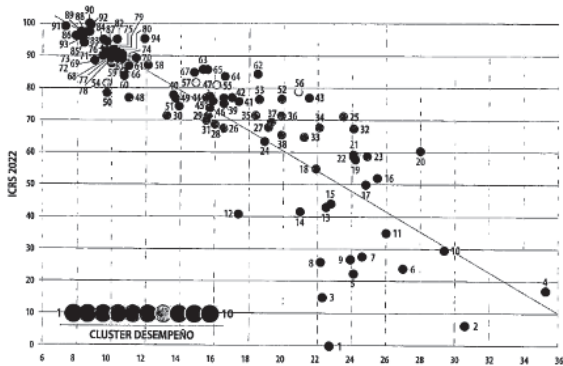
1. Chad	18. India	34. Hungría	51. Argelia	67. Irán	84. Singapur
2. Mozambique	19. Rusia	35. Malasia	52. Lituania	68. Malta	85. Suecia
3. Mali	20. Egipto	36. Armenia	53. Libia	69. Italia	86. Suiza
4. Afganistán	21. Moldavia	37. Lituania	54. Colombia	70. Eslovenia	87. Luxemburgo
5. Sudáfrica	22. Bulgaria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

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

Dentro de las variables de factores de riesgo, se resalta la probabilidad de muerte por enfermedades crónicas –no transmisibles – marca una asociación lineal negativa en el sentido que a mayor probabilidad de

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

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



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

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

**5. Conclusiones**

El promedio del indicador compuesto de resultados -ICRS- 2022 para los 94 países evaluados fue de 71,7 puntos. El grupo de alto desempeño (clúster 10), lo integran 13 países con un promedio de calificación de 96,9 puntos en un rango de 94 a 100 puntos, se destacan en las primeras posiciones: Islandia, Israel y Corea del sur. El siguiente grupo (clúster 9), promedia un índice de 91,2 puntos en un rango de 88,6 a 93,4 puntos y está integrado por 14 países de los que se destacan Holanda, España y Finlandia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Conclusión para Colombia.**

En la medición del año 2017 Colombia ocupó el puesto 43 mientras que en esta edición ocupó la posición 39 dentro de los 94 países evaluados, clúster 7 con un índice de 81,5 puntos, estando por encima del promedio global.

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

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

El análisis por factores muestra que el mejor desempeño del país se dio en el factor 4 con 89,3 puntos esto se explica porque el indicador *Incidenia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)* es de 37 y *Tasa de enfermedades no transmisibles (por cada 100.000 habitantes)* es de 326, mostrando un mejor desempeño en ambas variables que el promedio global, correspondiente a 68,5 y 467,6 respectivamente, no obstante lejos del promedio de dichos indicadores en el clúster 10 (mejor desempeño) siendo estos 13,1 y 281,4.

En el segundo factor, Colombia obtuvo una calificación de 85,6 dos puntos por encima de la media del estudio que fue 83,6. Acerca de los indicadores que hacen parte de este factor, con excepción de la Tasa de mortalidad adultos (por cada 1.000 habitantes), el país registra menores tasas de mortalidad (Materna, Infantil, menores de 5 años y neonatal) que la media del resto de países evaluados pero con amplias brechas respecto a los promedios de dichos indicadores en el clúster de los mejores evaluados.

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

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

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

En materia de infraestructura y recurso humano el país cuenta con 23,3 médicos por cada 10.000 habitantes (según datos de 2019), lo que lo pone por debajo de la media del estudio en casi 2 médicos por cada 10.000 habitantes; y con una densidad de enfermeras y parteras equivalente a 14,6 por cada 10.000 habitantes lo que también lo ubica muy por debajo de la media de 59,8 por cada 10.000 habitantes que tienen los países del estudio, punto crítico, que debe ser revisado y priorizado en las políticas públicas. Por último, en materia de camas hospitalarias, Colombia tiene aproximadamente 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (aproximadamente 1,4 camas por debajo de la media del estudio).

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

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

## 6. Limitaciones

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

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

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

## 7. Bibliografía

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

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

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

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

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

Giraldo, J; Delgado, L; Coronado, G; Cuadros, J. (2017). Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo: actualización 2017 basada en índice compuesto de resultados en salud. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S. Hospitalaria. 114. Pp:4-59

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

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

The Economist Impact (2022). Health Inclusivity Index. HALEON. Obtenido de: <https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index?i=6>

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



**8. Anexo variables**

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

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



Acemi  
Asociación Colombiana de Hospitales y clínicas

# GRACIAS

 Ana María Vesga Gaviria  
 Presidente ejecutiva de Acemi  
 presidencia@acemi.org.co

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
FACTORES DE RIESGO	65 años o más (Proporción de la población) (2022)	Our Word In Data	<a href="https://ourworldindata.org/coronavirus">https://ourworldindata.org/coronavirus</a>
	Probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, (30-70 AÑOS) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics">https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics</a>
	Porcentaje de mujeres y niñas (15 a 49 años) que alguna vez tuvieron pareja y que fueron objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses (2022)	Banco Mundial	<a href="https://wbldata.worldbank.org/en/wbldata">https://wbldata.worldbank.org/en/wbldata</a>
	Índice de riesgo por Covid (2020)	Comisión Europea	<a href="https://dmkto.jrc.ec.europa.eu/inform-index/inform-covid-19#?text=1&amp;INFORM%20COVID%2019%20Risk%20Index%20additional%20international%20assistance%20%20%20">https://dmkto.jrc.ec.europa.eu/inform-index/inform-covid-19#?text=1&amp;INFORM%20COVID%2019%20Risk%20Index%20additional%20international%20assistance%20%20%20</a>

Categoría	Variable	Fuente	Enlace de consulta
FINANCIACIÓN	Riesgo de gasto catastrófico para la atención quirúrgica (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/data/indicators">https://www.who.int/data/gho/data/indicators</a>
	Gasto adicional atención Covid cómo %PIB (Subtotal) (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	<a href="https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19">https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19</a>
	Gasto adicional sector salud atención Covid cómo %PIB (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	<a href="https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19">https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19</a>
	Gasto adicional NO sector salud atención Covid cómo %PIB (2021)	Fondo Monetario Internacional FMI	<a href="https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19">https://www.imf.org/en/Topics/Imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19</a>
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Gasto en atención primaria (per Cápita en US\$) (2019)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GH/OCU-rent-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-t">https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GH/OCU-rent-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-t</a>
	% Personas que utilizan servicios de agua potable gestionados de forma segura (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics">https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics</a>
	% Personas que utilizan servicios de Saneamiento gestionados de forma segura (2020)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics">https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics</a>
GOBIERNO, TRANSPARENCIA Y DESARROLLO	Índice de percepción de corrupción (2021)	Transparencia Internacional	<a href="https://www.transparency.org/en/cpi/2021">https://www.transparency.org/en/cpi/2021</a>
	Índice de Efectividad del Gobierno (2020)	The Worldwide Governance Indicators	<a href="http://info.worldbank.org/governance/wgi/">http://info.worldbank.org/governance/wgi/</a>
	Índice de desarrollo humano (2019)	Naciones Unidas para el Desarrollo	<a href="https://hdr.undp.org/en/indicators/137505">https://hdr.undp.org/en/indicators/137505</a>
COBERTURA Y CAPACIDAD DEL SISTEMA	UHC (Índice de cobertura efectiva (I-HME UW) (2019)	Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington	<a href="https://www.thelancet.com/journals/lanet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext#secsectitle290">https://www.thelancet.com/journals/lanet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext#secsectitle290</a>
	Promedio de 13 puntajes de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (2021)	Organización Mundial de la Salud OMS	<a href="https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics">https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics</a>

Documento resumen 2022

# Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo

Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS





## Contexto actual y futuro de enfermedades huérfanas con la Reforma a la Salud

Septiembre 18 de 2023

Equipo de expertos en línea



## Enfermedades Raras

No existe una definición única emitida por autoridad mundial en la materia, acotándose en cada país el concepto acorde con marcos normativos o de política pública.



Rosselli D, Rueda JD. Enfermedades raras, huérfanas y olvidadas [Internet]. 2011 [citado 2013 abr 25]. Disponible en: [https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO\\_ENFERMEDADES\\_RARAS\\_](https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO_ENFERMEDADES_RARAS_)




FECOER es una institución que agrupa a 48 organizaciones y grupos de apoyo a pacientes que conviven con Enfermedades Raras (ER) en Colombia.

Trabajamos desde el año 2011 de manera articulada con actores de diferente orden en la inclusión, integración y atención de la población de ER de Colombia.




## Paradoja de la rareza

Este grupo de patologías se ha convertido en un problema de salud pública que afecta al 4,5% de la población, lo que significa que, siendo infrecuentes, aún afectan a muchos.

Rosselli D, Rueda JD. Enfermedades raras, huérfanas y olvidadas. 2011. Disponible en: [https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO\\_ENFERMEDADES\\_RARAS\\_HUERFANAS\\_Y\\_OLVIDADAS](https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO_ENFERMEDADES_RARAS_HUERFANAS_Y_OLVIDADAS)



**300** millones de personas

**+9.000** enfermedades descritas

**~72%** origen genético

**~10%** oferta terapéutica

Rare Diseases International: [www.rarediseasesinternational.org](http://www.rarediseasesinternational.org)  
 Portal sobre enfermedades raras y medicamentos huérfanos Orphanet: [www.orpha.net](http://www.orpha.net)

FECOER

### En Colombia...

Las **Enfermedades Huérfanas** son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de **1 por cada 5.000 personas**

**+ 2 millones** de personas

**2.236 diagnósticos** incluidos en el Listado de EH

Lej 1392 de 2010 Ley de Enfermedades Huérfanas (Artículo 2)  
 Ley 1438 de 2011 (Artículo 140) modifica el artículo 2 de la ley 1392 de 2010  
 Resolución 25265 de 2018

FECOER

**FINANZAS**

**DIAGNÓSTICO**

**INVESTIGACIÓN**

**ATENCIÓN**

**CUIDADO**

Las **Enfermedades Raras** plantean desafíos a nivel global

### Avances normativos

- 01 Definición de EH (Ley 1392 de 2010)
- 02 Mesa Nacional de EH (Ley 1392 de 2010)
- 03 Inicio del Sistema de Información (Decreto 1964 de 2012)
- 04 Primer Censo Nacional de EH (Resolución 25265 de 2018)
- 05 Reconocimiento de personas con enfermedades raras (Ley 1797 de 2015)
- 06 Protocolo de vigilancia epidemiológica (Resolución 25265 de 2018)
- 07 Centros de referencia (Resolución 557 de 2016)
- 08 Registro Nacional de personas con EH (Ley 1797 de 2015)
- 09 Terapia farmacéutica huérfana (Ley 1797 de 2015)
- 10 Financiación de medicamentos para EH (Resolución 25265 de 2018)
- 11 Mesa Nacional de EH (Resolución 557 de 2016)

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

FECOER

### PRINCIPALES DESAFÍOS EN ENFERMEDADES HUÉRFANAS EN COLOMBIA

- 01 Promover e impulsar la implementación de la Ley de Terapia Neonatal
- 02 Revisar el proceso de creación de nuevos centros de referencia
- 03 Educar a profesionales de atención primaria en salud
- 04 Generar espacios educativos dirigidos a la comunidad
- 05 Elaborar la Ruta de los pacientes con Enfermedades Huérfanas
- 06 Fortalecer la participación en las políticas públicas en salud
- 07 Revisar y consolidar bases de Práctica Clínica, Interconsultas, consultas y atención
- 08 Desarrollar un programa de atención al cuidador
- 09 Validar, actualizar y depurar el Registro Nacional de pacientes
- 10 Fortalecer la actualización del listado, código y diagnóstico de las EH
- 11 Promover la conformación de un grupo para búsqueda de alternativas de financiamiento

### Reforma a la salud

- Garantizar el acceso oportuno a medicamentos y tecnologías innovadores que generen valor para el paciente
- Claridad frente a gestión del riesgo en salud y evitar fragmentación de riesgo financiero
- Garantizar los recursos para la financiación de la atención integral de los pacientes
- Garantizar la protección financiera de los pacientes y sus familias
- Fortalecimiento de condiciones del Talento Humano en Salud
- Participación de pacientes, cuidadores y familias es vital en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud.

FECOER

### Reforma a la salud

- Garantizar protección especial de la población de Enfermedades Huérfanas - Raras. El enfoque debe ser progresivo. (Ley Estatutaria en Salud)
- Fortalecimiento de Atención Primaria en Salud y prevención de la enfermedad debe estar plenamente articulado y balanceado con mediana y alta complejidad
- Cambios en ruta de atención deben plantearse bajo enfoque integral y diferencial, aprovechando capacidades existentes en la construcción de redes de servicios
- Mejorar acceso y equidad a población de territorios dispersos
- Garantizar la libre elección
- Claridad en mecanismos de transición y futura gestión de pacientes: responsables, roles, articulación y coordinación, competencia frente a tutelas.

FECOER

**#AvancemosPorLasRaras**

FECOER

Siendo las 6:37 p. m., la Presidencia da por finalizada la audiencia pública.

- Presidente,
- H.S. GERMAN ALCIDES BLANCO ALVAREZ**
- Vicepresidente,
- H.S. ALEJANDRO ALBERTO VEGA PEREZ**
- Secretaria General,
- YURY LINETH SIERRA TORRES**