ESTUDIO Y ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SECTOR

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015, la Dirección del Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA Regional Atlántico, documenta y soporta el estudio del Sector que le permite establecer el contexto del proceso de contratación cuyo objeto propuesto es:

"Contratar los servicios profesionales de dos (2) entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2021"

Se procede a realizar el análisis de las distintas perspectivas que influyen en el proceso de contratación:

1. Clasificador de bienes y servicios
2. Aspectos Generales
3. Análisis de la demanda
4. Análisis de la oferta
5. Indicación de si el contrato esta cobijado por un acuerdo comercial
6. Análisis de la información financiera
7. Convocatorias MiPymes

1. CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS

Definido por el artículo 2.2.1.1.1.3.1. del Decreto 1082 de 2015 como *"Sistema de codificación de las Naciones Unidas para estandarizar productos y servicios, conocido por las siglas UNSPSC"* y establecido en la guía para la codificación de bienes y servicios de Naciones Unidas V.14.080, el servicio a contratar se clasifica como sigue mediante códigos afines:

Código segmento	Nombre Segmento	Código de familia	Nombre familia	Código clase	Nombre clase	Código producto	Nombre producto
85	Servicios de salud	8510	Servicios integrales de salud	85101500	Centros o servicios de salud	85101508	Centros o Servicios móviles de atención en salud
85	Servicios de salud	8510	Servicios integrales de salud	851016	Personas de soporte de prestación de servicios de salud	85101604	Servicios de asistencia de personal médico
85	Servicios de salud	8510	Servicios integrales de salud	851016	Personas de soporte de prestación de servicios de	85101605	Auxiliares de salud a domicilio

					salud		
85	Servicios de salud	8512	Práctica médica	851215	Servicio de prestadores de cuidado primario	85121501	Servicios de atención domiciliaria por médicos de atención primaria
85	Servicios de salud	8512	Práctica médica	851215	Servicio de prestadores de cuidado primario	85121504	Servicios médicos de emergencia de atención domiciliaria
85	Servicios de salud	8512	Práctica médica	851215	Servicios médicos de doctores especialistas	85121506	Servicios geriátricos

2. ASPECTOS GENERALES

El proceso de contratación de dos entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2021, tiene como finalidad contar con dos operadores que garanticen la prestación de los servicios de atención domiciliaria en medicina general, medicina interna, enfermería, terapia física y respiratoria, terapia de lenguaje, nutrición, curaciones y psicología.

Estar sanos, es uno de los mayores deseos del ser humano y se convierte en una necesidad esencial en la vida de toda persona. Tener disponibilidad inmediata de los servicios de salud cuando enfermamos y ser atendidos oportunamente, son pilares de nuestro sistema de salud, acompañada de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, entendiendo la calidad como la provisión de servicios equitativos, con un óptimo nivel profesional que tenga en cuenta los recursos disponibles y que propenda por la satisfacción de los beneficiarios del sistema de salud, la eficiencia encaminada a la obtención de los mejores resultados empleando la menor cantidad posible de recursos.

A continuación, se describe de manera detallada las características y particularidades del sector objeto de estudio en el proceso contractual que pretende desarrollar la Dirección del SENA Regional Atlántico.

2.1. Definiciones

Asistencia sanitaria: “Se conoce como asistencia sanitaria en España, y como atención médica,1 asistencia médica, atención sanitaria o atención de salud en algunos países latinoamericanos, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

La asistencia sanitaria es básicamente un servicio o un bien económico intangible de tal forma que "El servicio llamado asistencia sanitaria es el que presta un agente u operador especializado para las personas que sienten o tienen manifestaciones de alteraciones en su estado de salud y que además este servicio se presta bajo unas

determinadas condiciones de seguridad y por quien está en posesión de un determinado conocimiento, es decir, es un servicio especializado y singular que solo lo pueden dar personas autorizadas o acreditadas y en centros autorizados". "La singularidad del servicio prestado en un centro asistencial viene determinada por muchos factores que abarcan desde su cultura hasta por la gran influencia de otros sectores de la economía". "El tipo de servicio que representa la atención sanitaria se puede diferenciar sobre la base de una serie de condicionantes, que son por una parte, el objeto y la condición de servicio, por otra parte, el motivo de consulta y el tiempo previsión de la actividad -pudiendo ser esta asistencia programada o no programada- y en caso de esta última modalidad, puede presentarse con requerimiento de urgencia o sin él. Otra distinción del servicio se basa en el lugar en dónde se realiza la atención, pudiéndose tratar de una atención intramuros, las que se realizan dentro de los centros sanitarios, o extramuros, las que se llevan a cabo fuera de estos, y a su vez, la atención intramuros puede ser una atención con ingreso hospitalario o sin ingreso y en este último supuesto, con intervención quirúrgica o terapéutica invasiva o sin intervención alguna. En la modalidad extramuros, fuera del hospital, puede requerir estancia y reposo en domicilio –hospitalización a domicilio- o sin este requerimiento".2" (Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Asistencia_sanitaria#cite_note-asistenciasp_1-2)

Prestadores de servicio de salud ambulatorio: comprende aquellos establecimientos que se encargan de la prestación de servicios de salud para personas que no requieren un servicio hospitalario. Se incluyen tanto la atención en un consultorio médico como la visita de un profesional a la casa del paciente. Dentro de los prestadores ambulatorios se encuentran: consultorios médicos (generales, de salud mental y especialistas), odontológicos, de otros profesionales de la salud, centros de cuidado ambulatorio (planificación familiar, salud mental y adicciones, cirugía ambulatoria, diálisis y otros ambulatorios) y prestadores de servicios de salud en casa.

Atención ambulatoria: Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Atención domiciliaria: Según la Organización Mundial de la Salud, la atención domiciliaria hace referencia a la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos.

Prestadores de servicio de salud intramuros: Se dedican a brindar diagnóstico general y tratamiento médico a pacientes hospitalizados con diversas condiciones médicas. También prestan otros servicios no hospitalarios como: patologías, diagnóstico de rayos X, laboratorio clínico, quirófanos o farmacias, los cuales se utilizan

tanto para pacientes hospitalizados como para los ambulatorios. Hospitales universitarios, de enseñanza y para las fuerzas públicas son ejemplos de hospitales generales. Criterio de selección: prestadores con al menos tres servicios hospitalarios misionales (generales o de cuidados intensivos

Atención con internación: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continúas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante. 5. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

Gestión Clínica: Conjunto de procesos administrativos y asistenciales, ordenados, articulados y sistemáticos, para la atención adecuada, eficiente, efectiva y oportuna de los pacientes. Ésta gestión se soporta en la mejor evidencia científica y lineamientos de los comités institucionales. En los procesos de atención participa un equipo interdisciplinario con roles y responsabilidades claramente definidas, quienes, con base en la correlación clínico-diagnóstica, toman decisiones colegiadas y ordenan las actuaciones pertinentes, buscando el mejor resultado para el paciente. Las áreas administrativas y de apoyo contribuyen a la gestión clínica al garantizar la suficiencia de recursos, la verificación de derechos y coberturas de los pacientes y al facilitar los procesos necesarios para brindar la mejor atención posible. De las acciones y decisiones tomadas queda registro en la historia clínica y formatos anexos, incluida la epicrisis, referencia y contrarreferencia, así como el balance y análisis de la efectividad clínica y los avances en la medición de resultados y mejores desenlaces en el paciente. (**1.** V3.1_ Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, MSPS)

Credenciales: Evidencia de los requisitos formales y la capacidad para prestar servicios de salud en Colombia que incluye lo exigido en la normatividad específica de profesiones y ocupaciones y lo estipulado adicionalmente en el Sistema Único de Habilitación y la regulación del Talento Humano en Salud. Incluye las competencias, habilidades y experticia para realizar procedimientos, con disminución de la probabilidad de que se produzcan eventos adversos. (ibídem 1.)

Servicios de salud: el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas. (**2.** Res. 2003 de 2014: Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, MSPS)

Actividad de salud: Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos. (**3.** Art..8°, Resolución 5521 de 2013, MSPS)

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados. (**4.** Art. 3°, Decreto 4747 de 2007, MSPS)

Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. (ibídem 4.)

REPS -Registro Especial de Prestadores de Salud-: Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. (ibídem 2.)

Modalidad: Los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas. (ibídem 2.)

Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia. (ibídem 4.)

Modalidad intramural: Es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud. (ibídem 2.)

Modalidad extramural: Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la Entidad Departamental o Distrital de Salud. (ibídem 2.)

Complejidad: Es la cualidad de los servicios de salud que depende de los recursos que posean, de su composición y organización, de sus elementos estructurales y funcionales, dispuestos con el objetivo común y final de brindar asistencia de las personas para resolver sus necesidades en lo relacionado con el proceso salud-enfermedad. (**6.** Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS)

Nivel de complejidad: (…) se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

Clasificación según personal idóneo:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados. NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.
NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

Clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento: dentro de estos Niveles de Complejidad se establecen los Niveles de Atención quirúrgica, responsabilizando para los diferentes Niveles de Complejidad diferentes Niveles de Atención, de la siguiente forma:

NIVEL I: GRUPOS QUIRÚRGICOS 01, 02, 03.
NIVEL II: GRUPOS QUIRÚRGICOS 04, 05, 06, 07, 08.
NIVEL III: GRUPOS QUIRÚRGICOS 09 Y SIGUIENTES.
NIVEL IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS. (**7.** Art. 91° y 92° Resolución 5261 de 1994, MSPS)

Tecnología en salud: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud. (**8.** Art. 8° Resolución 5857 de 2018, MSPS)

Hospitales: son establecimientos que tienen como actividad principal la prestación, el diagnóstico y el tratamiento de servicios médicos. Aunque su prioridad es la parte hospitalaria también prestan servicios no hospitalarios. De acuerdo con el tratamiento médico y la especificidad de la enfermedad, los hospitales pueden clasificarse en: generales, de salud mental y especializada. (ibídem 5.)

Hospital Día: Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar. (ibídem 3.)

Servicio de Urgencias: Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas. (ibídem 2.)

Efectividad Clínica: Grado en el que una intervención específica, un procedimiento o servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación. Específicamente, evalúa el balance riesgo - beneficio de una intervención en un entorno clínico estándar y en el marco de la gestión clínica, utilizando medidas de desenlace clínico y resultados significativos para el paciente (por ej. AVISAS, AVPP, esperanza de vida prolongada, reintegración ocupacional a la vida diaria, GRD, GRC, entre otros). (ibídem 1.)

Referencia y Contra referencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la caridad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

La contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. (ibídem 3.)

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (**9.** Art. 3° Decreto 1011 de 2006)

Consulta médica: Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización. (ibídem 3.)

Interconsulta: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente. (ibídem 3.)

Intervención en salud: Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud. (ibídem 3.)

Procedimiento: Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación. (ibídem 3.)

Paciente: Persona enferma que es atendida en un servicio de salud. (ibídem 8.)

Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida: Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto. (ibídem 8.)

Enfermo en fase terminal: Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces. (ibídem 8.)

Cuidados Paliativos: Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (ibídem 8.)

Urgencias de baja, mediana y alta complejidad: Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas del día. Las patologías, el recurso humano requerido y la dotación del servicio de urgencias de mediana y alta complejidad requieren de mayor especialidad que la baja complejidad. El servicio de urgencia de mediana complejidad debe contar con un médico general o médico especialista en medicina de urgencias o medicina familiar. Con disponibilidad de médicos especialistas, según oferta.

En alta complejidad, debe contar con un médico especialista en las especialidades ofertadas con apoyo de médicos generales. También se cuenta con enfermera y auxiliar de enfermería.

Servicios farmacéuticos de baja, mediana y alta complejidad:

Es el servicio de atención en salud que apoya las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva. En éste servicio se incluyen como mínimo los siguientes procedimientos generales: selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado y destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.
En los servicios farmacéuticos de mediana y alta complejidad adicional a los procedimientos generales que se realizan en el servicio farmacéutico de baja complejidad, se ejecutan todos o algunos de los siguientes procedimientos especiales: atención farmacéutica; fármaco vigilancia; preparaciones, sean éstas magistrales, extemporáneas o estériles; nutriciones parenterales, mezcla de medicamentos oncológicos, adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas, o reempaque o reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre uso adecuado, demanda insatisfecha, fármaco epidemiología, fármaco-economía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la entrega o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

Radiología e imágenes diagnósticas baja, mediana y alta complejidad:

El servicio de radiología e imágenes diagnosticas de baja complejidad es el servicio dedicado al diagnóstico de las enfermedades mediante el uso de métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante radiaciones ionizantes. Está bajo la responsabilidad de un médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes, para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado.

Por su parte los correspondientes a mediana y alta complejidad, es el servicio dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mediante el uso de métodos diagnósticos, las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía. Los métodos diagnósticos incluyen:

Mediana Complejidad: El uso de la radiación no ionizante como el ultrasonido, la resonancia magnética, radiaciones ionizantes como radiología convencional (portátil o fija), tomografía computarizada, mamografía, densitometría ósea, procedimientos fluoroscópicos, arco en C.
Alta Complejidad: radiología intervencionista y medicina nuclear**.**

Laboratorio clínico de baja, mediana y alta complejidad:

Servicio en el cual se realizan procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades. Un servicio de laboratorio clínico independiente o dependiente puede tomar muestras y remitirlas a un laboratorio clínico con el que tenga convenio o contrato, caso en el cual debe habilitar el servicio de toma de muestras.

Laboratorio dependiente: es aquél que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece.

Laboratorio independiente: es aquel que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la Institución que lo solicite.

Hospitalización de baja complejidad
Es la actividad de atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su condición de salud, para realizarse monitorización y/o un procedimiento, los cuales se efectúan con una estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación o de hospitalización. Aplica a todos los servicios de internación, sin perjuicio de los adicionales que se exijan a cada uno de los servicios de internación.

Hospitalización de mediana y alta complejidad:
Es la actividad de atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su condición de salud, que requiere continua monitorización, tecnología de punta y personal especializado, con procedimientos que requieren estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación.

Hospitalización obstétrica de mediana y alta complejidad:
Es el servicio destinado a la atención de partos y a la realización de procedimientos e intervenciones ginecológicas; se relaciona fundamentalmente con los siguientes servicios: quirúrgico, de urgencias y de hospitalización, pero con pacientes con patologías que requieren monitorización continua, profesionales especializados y tecnología de punta.
En este servicio funcionarán en forma independiente: a) Zona semiaséptica, b) Zona de partos.

Hospitalización en unidad de salud mental:

Es la actividad de atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su patología mental, para realizarse monitorización y/o un procedimiento los cuales se efectúan con una estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación.

Cirugía de mediana y alta complejidad:
Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento siempre en salas quirúrgicas.

Cirugía ambulatoria:
Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias que requieren total asepsia y se realizan en salas quirúrgicas, que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y que no requieren internación del paciente[3]

2.2. Estructura-Sistema de Seguridad Social en Colombia.

El sector salud en nuestro país, como parte de un Sistema de Seguridad Social, y amparado bajo los preceptos constitucionales enunciados en los artículos 48 y 49 de la carta magna, se constituye en un servicio esencial de carácter irrenunciable y prestado bajo las políticas implementadas, para tal fin, por el Estado.

Con la finalidad de lograr cobertura universal a la población colombiana y acceso oportuno a los servicios de promoción y prevención de enfermedades y rehabilitación, se expidió la Ley 100 de 1993 que permitió la libre competencia entre entidades estatales y el sector privado bajo el esquema de EPS-Empresas promotoras de Salud, encargadas del aseguramiento e IPS-Instituciones prestadoras de salud, encargadas de la atención de los pacientes. Lo anterior permitió una redistribución de los recursos de tal forma que los habitantes con capacidad de pago (afiliados a EPS del régimen contributivo) subsidian a la población pobre (afiliados al régimen subsidiado) y el estado responde por los no afiliados a ningún régimen, adicionalmente al esquema anterior existen beneficiarios de regímenes de excepción (Magisterio, Ecopetrol y fuerzas armadas) y de entidades con objeto social diferente que prestan servicios de salud, a la cual pertenece el servicio médico del SENA.

Al respecto de la caracterización del Sector Salud en Colombia, según el estudio Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia – Banco de la República 2014, “la literatura en Colombia sobre la oferta de los servicios de salud es relativamente reciente, en parte por la carencia de bases de datos confiables. Las investigaciones inicialmente apuntaban a realizar censos de las aseguradoras y prestadoras del país, llegando en algunos casos a calcular indicadores de capacidad y a realizar balances de la información financiera de los hospitales públicos. Desde 2007 la Superintendencia Nacional de Salud

(SNS), el Ministerio de Protección Social y/o Salud e incluso entidades gremiales como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013) se han preocupado por realizar evaluaciones de la calidad de la oferta de los servicios.

La Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS realizada en 2019, con el objetivo de conocer la percepción de los usuarios de ambos regímenes sobre el proceso de afiliación, la calidad de los servicios, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la entrega de medicamentos, la financiación, la información para los usuarios y su representación ante las IPS. Las 27.800 encuestas se aplicaron en 104 municipios del país. En el régimen contributivo la EPS Compensar, Sanitas, Salud Total y Sura está en el límite superior, mientras que Salud vida y Medimas están en el inferior.", Mutual Ser es la mejor calificada por beneficiarios del régimen subsidiado.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El crecimiento en la oferta privada se ha concentrado en los profesionales independientes, los cuales durante el periodo 2013 – 2016, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, pasan de 35.107 a 35.396 (incremento del 0.823%); pese a este crecimiento, la oferta de servicios durante este periodo ha disminuido en un 0.998%.

Respecto a la capacidad instalada, para el mismo periodo se ha observado un incremento general del 6.6%; sin embargo, este comportamiento no es sostenido; en el caso de las camas se incrementa en un 6.5%, con una disminución en los prestadores públicos de 1.6%, e incremento en los prestadores privados del 12.5%. En el caso de las ambulancias el incremento global del 19.8% se encuentra ligado a los prestadores públicos (26.0% en los públicos y 14.7% en los privados).

Lo más representativo en términos de capacidad instalada es la reducción entre los prestadores de su capacidad instalada en salas de parto y quirófanos; para el caso de los partos se presenta una disminución del 8.7%, siendo más representativa en los prestadores privados 20.1% y en caso de los quirófanos en términos de cantidad, disminuye en 2.3%, con un efecto dado por la disminución en los prestadores públicos en un 5.7%, en los prestadores privados disminuye en 1.3% y en los de naturaleza mixta se presenta el mismo fenómeno con una disminución del 9.5%. Por su parte las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutiva, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud.

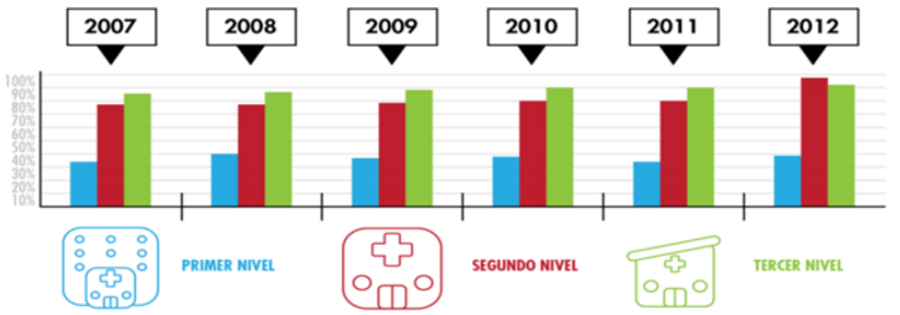
En la mediana y alta complejidad hay utilización inadecuada de los recursos especializados, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con respecto a los prestadores públicos, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; llama la atención el crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%.

Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura, efectos que pueden ser evidenciados en la oferta pública, donde la inversión en reposición ha sido escasa.

En síntesis, se evidencia obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública. Los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel. La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años. En 2007, el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013.

Esta situación puede estar evidenciada principalmente por los débiles procesos de referencia y contra referencia, el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores y los deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos y garantizar procesos de atención en salud en condiciones de calidad.

Gráfico 2. Tasa de ocupación de hospitales públicos de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, Colombia 2007-2011



Fuente: Indicadores calculados por el MSPS a partir de la información reportada por las IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

La respuesta de la oferta es fraccionada, lo cual genera menos capacidad de resolución también en la alta complejidad. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del diagnóstico en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA y el 57.2% en estadio de invasión regional contra 27% en USA (Piñeros y cols., 2009). Esto revela limitaciones severas en el funcionamiento en red de las instituciones ambulatorias y hospitalarias que intervienen en la resolución del cáncer de mama. Esta situación se da con la respuesta general del sistema con efectos deletéreos sobre la salud de los pacientes. Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la economía geográfica en la prestación de servicios de salud se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país.

Esta concentración de talento humano conlleva a que las entidades responsables de pago, ERP, contraten prestadores de salud que integren la mayor cantidad de servicios y/o conformen una ruta que cubra desde consultas, internación, apoyo diagnóstico, apoyos terapéuticos, rehabilitación, atención domiciliaria y cuidados paliativos, si es el caso.

La implementación de la política de atención integral en salud, PAIS, con el modelo integral de atención, MIAS, busca disminuir la fragmentación de la oferta de salud, y recomienda la implementación de rutas de atención, desde la línea de protección específica y promoción de la salud, hasta la rehabilitación y cuidados paliativos, cuando sea el caso. Por eso la importancia de integrar servicios que faciliten al paciente la accesibilidad, oportunidad y continuidad de atención y no tenerlo de una institución a otra indignando su calidad de vida.

Así pues, contratando servicios integrados se logra entre otros:

- ✓ Disminuir la fragmentación de servicios permitiendo que el paciente acceda en una sola ruta, la consulta, la internación y la atención domiciliaria si fuese el caso.
- ✓ Realizar un efectivo monitoreo y seguimiento de la prestación de los servicios por parte de la auditoria médica.
- ✓ Integración de la información de los registros médicos de la historia clínica.
- ✓ Aumenta la calidad de atención a los pacientes, resultado de un mejor acceso, mejor oportunidad y continuidad de los servicios que demanden.

Bajo el esquema del SGSSS y con base en los actores que intervienen aún se visibiliza la existencia de “disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios”; de manera adicional los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables. Es también evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y poder de negociación entre aseguradores y prestadores. En el primer nivel de atención la contratación suele corresponder a la capitación sin umbrales y límites definidos y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, mediante el uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta; y los prestadores de primer nivel en la derivación de pacientes y mantenimiento de una estructura no resolutiva pero menos costosa para la prestación de servicios. Ante la carencia de una adecuada gestión del riesgo y de la enfermedad, el paciente queda a merced de su propia capacidad de gestión frente al asegurador para obtener los servicios que requiere.

Referente a la contratación de mediana y alta complejidad el pago por actividad/evento expone al principal al riesgo de abuso (riesgo moral) cuando las acciones no pueden monitorearse, medirse o entenderse completamente. En estos casos el pago por evento induce a que el prestador incremente la cantidad de servicios proveídos por encima del mínimo necesario para alcanzar los objetivos. Incluso sin mala intención el pago por evento y otras formas de pago retrospectivas resultan en sobre utilización de recursos. A pesar de las limitaciones que ofrece el pago por actividad, este es aún el mecanismo de pago dominante para retribuir servicios médicos en muchos países del mundo incluida Colombia.

Se utilizan modelos innovadores de pago, mecanismos combinados de pagos, que van más allá de los clásicos pago por actividad y por capitación y mezclan elementos de ambos que permiten atenuar debilidades e incrementar fortalezas de cada uno de ellos. Los métodos de pago combinados también son observables en el sector salud, entre los que se incluyen la capitación en cuidado primario asociado a incentivos de pago por actividad, la capitación de servicios especializados con pagos por actividad o capitación por contacto y las tarifas por caso/paquete para determinados episodios de enfermedad.

Una forma popular de pago se fundamenta en la metodología de pagos por episodio de enfermedad, como el valor a pagar es predeterminado basado en características de episodio y no remunera gastos de manera retrospectiva tiende a inducir eficiencia en el prestador. Estos pueden desarrollarse para episodios de atención que involucran múltiples especialidades, instalaciones y servicios auxiliares, pero tienden a ser utilizados para actividades específicas por especialidad.

No obstante, y con el fin de promover eficiencia productiva se recomienda introducir mecanismos de pago, como paquetes o pagos prospectivo para algunas intervenciones de alta frecuencia mediante la implementación de esquemas de pago como los grupos relacionados de diagnóstico GRDs. Por ejemplo servicios de alta frecuencia quirúrgicos y clínicos pudieran considerarse: apendicetomías, histerectomías, partos cesáreas, herniorrafías, colecistectomías, internación por neumonía adquirida en comunidad no complicada, internación por infección urinaria, etc. pudieran remunerarse a un costo fijo que incluya los honorarios médicos, medicamentos, insumos y de ser necesario el componente básico de internación, estas se reconocerían a un valor fijo de acuerdo a promedios regionales históricos, de tal forma que se promuevan altas tempranas y unos niveles adecuados de giro cama, mitigando costos e induciendo eficiencia y mayor productividad.

Se puede concluir que el supuesto inicial de mercados de servicios modulados por el mercado no ha posibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, relacionada con ciudadanos, sujetos de derechos, y operada a través de acuerdos institucionales y un contrato social aceptado por todos los agentes. Este tipo de estrategias optimizadoras basadas en la competencia no regulada entre los agentes ha derivado en diferentes fallas:

- Descreme de mercado, contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador
- Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS
- Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos
- Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios
- Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutiva en el nivel primario que está en contacto directo con la población.

Lo que ha llamado la atención es la persistencia de las problemáticas de la oferta a través de los años, máxime cuando el Documento Conpes 3402 de 2002 presentaba como una de las estrategias de la Política de Prestación de Servicios de Salud, el mejoramiento de la eficiencia de la oferta de servicios de salud, a través de la promoción de un modelo de atención donde hubiese una confluencia de “aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. Se implementarán mecanismos que privilegien

e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población”

Si bien es cierto que se observa de manera global un comportamiento creciente de la oferta de servicios, este fenómeno como tal no garantiza que se cuente con las condiciones adecuadas para el sector salud, ya que los incrementos o decrecimientos no ha estado ligado a análisis de las necesidades y las condiciones propias de la demanda, y han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud en términos del número de actividades realizadas, más no en la búsqueda de los resultados en salud o de una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, , aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; esto conduce al desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad resolutiva, con atributos de calidad, integralidad y continuidad, de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo.

Estas limitaciones han sido determinadas por el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto es notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados. Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos. Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación orientado hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias derivadas del costo de la enfermedad. Este objetivo posicionó la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención.

Todos estos resultados muestran una tendencia sostenida a la resolución hospitalaria de la enfermedad, incremento del riesgo en salud y mayor gasto médico, lo cual genera como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de personas, familias y comunidades, así como los sobrecostos generados por la estructura de costos, mucho más onerosa, de los escenarios de atención en urgencias de alta complejidad.

Es también evidente que la prestación del servicio no está centrada en el paciente y cada prestador actúa de manera aislada con muchas limitaciones para el funcionamiento en red, lo cual deriva en mayor fraccionamiento y mayores costos en la atención. Todo lo anterior puede resumirse así:

- Plataforma de prestación de servicios estructurada a partir de la disponibilidad de tecnología -y de sus diferenciales de precio- y no de los requerimientos de la demanda y el ciclo de servicio
- Incremento en los gastos en producción de servicios en los hospitales de alta complejidad derivado de problemas en el flujo de recursos y deficiencias en la gestión de las instituciones, lo cual puede conllevar a condiciones de insostenibilidad financiera
- Excesos de demanda hacia los hospitales de alta complejidad, con concentración del uso en casos que no requieren de alta tecnología
- Congestión en la puerta de entrada de urgencias con prolongados tiempos de espera en el proceso de asignación de camas hospitalarias
- Baja capacidad resolutiva de los servicios básicos que los ha transformado en "centros de remisión" a los hospitales de mayor complejidad
- Limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, en particular en las especialidades médicas y el personal de enfermería, con concentración de recursos humanos en las grandes ciudades
- Limitaciones en la disponibilidad de información para la planificación de la oferta de servicios de salud tanto pública como privada, y no posibilidad de garantizar el seguimiento a las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud.

En los últimos diez (10) años, el sector salud colombiano encabezado por el Ministerio de Salud como agencia reguladora central y la Superintendencia Nacional de Salud como agencia de control (en parte también reguladora), se ha visto impactado por dos procesos de modernización: la descentralización y la privatización. Como consecuencia ha sido atravesado por profundas reformas en un intento por adaptar su estructura interna a la modernización propia del conjunto de la administración pública del país marcada por la tendencia "minimalista" de las Administraciones Publicas centrales y por lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados. En particular, los procesos de descentralización territorial y empresarial, dentro del enfoque "gerencialista" de los hospitales, y la introducción de la competencia y los subsidios a la demanda, en la prestación y aseguramiento de los servicios, han hecho viable la presencia activa, en el sector salud, de los municipios y departamentos así como de las empresas privadas de salud y han modificado sustancialmente la estructura del sector salud en Colombia, reducido progresivamente el papel del Ministerio de Salud al de una entidad netamente reguladora y haciendo necesario el desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud con funciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los múltiples actores territoriales y empresariales así generados.

La Superintendencia Nacional de Salud se creó inicialmente como un instrumento del Sistema Nacional de Salud en 1975, para vigilar al sistema de seguridad social en salud y luego se fortaleció con la marcha del proceso de descentralización del sector público de la salud, el cual empezó con el decreto 77 de 1987 y la ley 10 de 1990 y más tarde se profundizo con la ley 60 de 1993. Nuevas funciones se le asignaron cuando en 1990 se

introdujo la competencia regulada para las entidades privadas (Empresas de Medicina Prepagada), y luego la Superintendencia Nacional de Salud entro a jugar un papel aún más importante en el nuevo escenario creado con la Reforma al Sistema de la Seguridad Social en Salud establecida en diciembre de 1993, mediante la aprobación de la Ley 100 Ambos procesos, descentralización y reforma, fueron enmarcados y exigidos por la Reforma Constitucional de 1991 que consagró el carácter de Colombia como país descentralizado, con los servicios de salud definidos como "servicios públicos", autorizó además la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia público - privada y en particular eliminó el concepto clásico de "asistencia pública" para los pobres basado en subsidios a la oferta. Como consecuencia se exigió la creación de un sistema de aseguramiento social: "universal, eficiente y solidario", el cual en materia de salud se ha desarrollado en la práctica asociado a los conceptos de focalización y administración de los subsidios por vía de la demanda.

La creación de una Superintendencia Nacional de Salud en Colombia como agencia de control diferente al Ministerio de Salud solo tiene como antecedente la creación de una agencia similar en Chile, aunque en Colombia tiene funciones más amplias.

La simultaneidad de los procesos de descentralización y de reforma de la seguridad social, y las particularidades de estos, llaman la atención de distintas instituciones, investigadores y gobiernos en el mundo. Algunas características innovadoras del caso colombiano pueden ser de gran utilidad y valor para otras naciones que están considerando introducir transformaciones en sus sectores salud.

Por otro lado, tenemos que “La cobertura de afiliación al SGSSS en Barranquilla en el año 2015 fue de 120,775%, y la del país fue 96,4%. A su vez, las coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, y la Cobertura de parto institucional, fueron de 99,3%, 89,38% y 99,95%, respectivamente, superiores a las del país, mientras que los porcentajes de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia y con barreras de acceso a los servicios de salud fue inferior a la de la nación; en todos estos casos las diferencias no fueron estadísticamente significativas….”

La oferta privada se concentra en la localidad Norte Centro Histórico dado los procesos de reorganización de la ciudad en su Plan de Ordenamiento Territorial, y la pública en las localidades Suroriente, Suroccidente y Metropolitana, dada la alta densidad poblacional y las condiciones socioeconómicas y de aseguramiento en el Sistema de Seguridad Social en Salud.[1]

[1] ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANQUILL AÑO 2016, Secretaría de Salud, Distrito de Barranquilla. Tomado el 1 de agosto de 2017.

2.3. Situación Financiera del Sistema de Salud

El sistema de salud colombiano se fundamenta en un esquema de aseguramiento, cuyas bases se soportan en lo contemplado por la Ley 100/1993, a través de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciéndose además el aseguramiento en salud como el mecanismo para garantizar el derecho a la salud, consignado en la Constitución de 1991. El aseguramiento en salud se estructuró en dos regímenes de afiliación con el fin de brindar cobertura a la totalidad de la población del país:

• Régimen Contributivo -RC-, orientado a dar cobertura en salud a los trabajadores dependientes e independientes del sector formal de la economía y a sus familias, es decir, a la población con capacidad de pago. Se financia con las contribuciones de las empresas y los trabajadores mediante cotizaciones que se encuentran ligadas a la nómina o valor de los ingresos para el caso de los trabajadores independiente.

• Régimen Subsidiado -RS-, encaminado a dar cobertura en salud a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, es decir, que no puede participar del Régimen Contributivo. La financiación de los subsidios proviene, principalmente, de la solidaridad del Sistema (contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía) y de aportes del Gobierno Nacional y los gobiernos locales (orden departamental y municipal).

El SGSSS creado por la Ley 100 buscó, entonces, introducir y afianzar tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: (i) la eficiencia, entendida como la mejor utilización de los recursos tanto en términos sociales como económicos de los recursos, (ii) la universalidad, como garantía de la protección en salud para todas las personas (que se traduce, en la práctica, en cobertura plena), y (iii) la solidaridad como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos con diferentes niveles de ingreso y/o de riesgo. Para apoyar estos principios, el SGSSS se fundó en dos pilares: el aseguramiento, para alcanzar la cobertura universal, y la competencia regulada, para impulsar los niveles de eficiencia sistema.

El SGSSS destina los recursos a tres usos principales: (i) los de la demanda, correspondientes a los aseguramientos, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado (completo y parcial); (ii) los de oferta, i. e. todos los recursos que van directamente a financiar a las IPS; y (iii) los de salud pública. Para financiar estos usos existen, también, tres fuentes principales: (i) los aportes que realizan los beneficiarios del RC, (ii) los impuestos generales, y (iii) otras rentas territoriales, como las “rentas cedidas” y los recursos propios de los departamentos y municipios.

La primera de estas fuentes corresponde a un impuesto a la nómina (12,5% del salario del trabajador, con un tope de ingreso base de cotización, IBC, de 20 salarios mínimos mensuales legales vigentes, SMMLV). Los trabajadores independientes (cuenta propia) aportan sobre el 40% de su IBC. Estos fondos son recaudados por las EPS y transferidos al FOSYGA, donde son destinados a sus respectivos usos: 1,5 puntos porcentuales de los aportes se destinan a la subcuenta de solidaridad del RS, otro porcentaje (definido cada año) se dirige a la cuenta de salud pública (para campañas de educación, prevención y vacunación) y el resto de las cotizaciones se destinan a la cuenta de compensación del RC, descontando lo que se usa para administración por parte de las EPS. Los recursos que son destinados a financiar al RS van acompañados por aportes del PGN, ya sea como *pari passu* o como aportes autónomos del Gobierno Nacional.

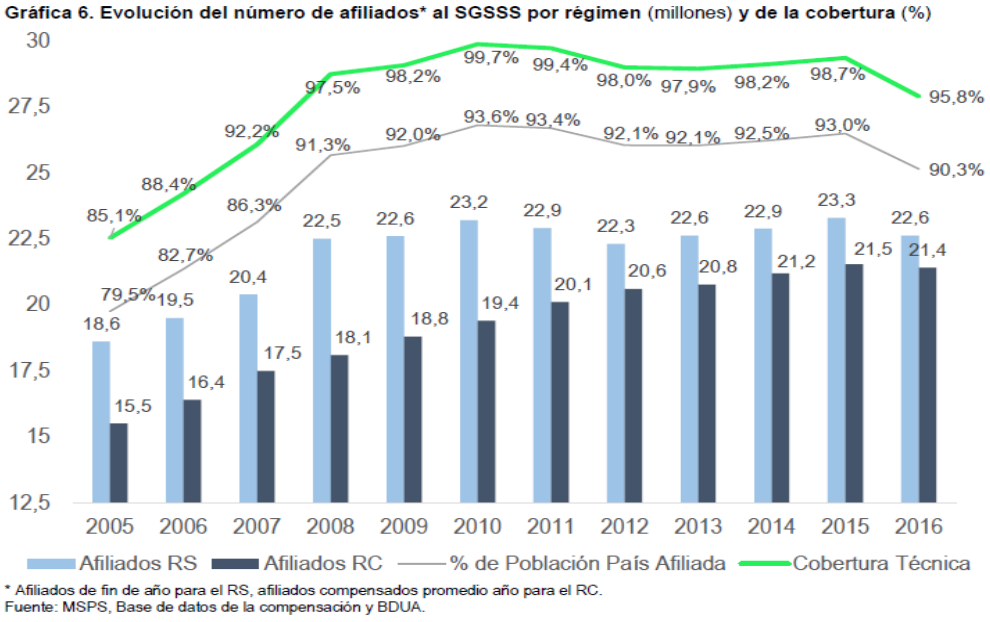
Esta última, entonces, constituye la fuente de impuestos generales, la segunda mencionada arriba. La mayor parte de los recursos provenientes de esta fuente se gira a las regiones a través del Sistema General de Participaciones (SGP) del cual, según la Ley 715 de 2001, 24,5% debe ser destinado a salud. Los recursos provenientes del SGP son transferidos directamente al RS (en forma de subsidio a la demanda), a las IPS y a la salud pública, de acuerdo a las competencias de cada ente territorial. Por otro lado, se tienen también los aportes autónomos del Gobierno Nacional. Estos se destinan a aumentar el cubrimiento del RS a través de la cuenta de solidaridad del FOSYGA y a pagar a las IPS por la prestación de servicios a los vinculados. Así mismo, algunos de estos recursos son transferidos a la cuenta ECAT del FOSYGA para fortalecer la red de urgencias de los hospitales públicos (a discreción del Gobierno Nacional). Aunque este es un aporte dirigido directamente a la oferta, el Gobierno Central destina también recursos a la demanda provenientes del impuesto de remesas a empresas petroleras de las zonas de Cusiana y Cupiagua y de los rendimientos de las empresas públicas. Del mismo modo, para financiar la salud pública, el Ministerio de la Protección Social posee rubros de su presupuesto destinados a este tipo de programas.

La tercera gran fuente de financiación del SGSSS proviene de las otras rentas territoriales. Uno de sus componentes principales son las rentas cedidas: impuestos a la venta de licores, tabaco, loterías y las utilidades de sorteos y apuestas. Otro son los recursos propios de los municipios y departamentos, que financian algunos usos del sistema de acuerdo a las competencias de cada ente territorial.

Por otro lado, cabe resaltar que, además de las tres principales fuentes de financiación mencionadas (i. e. aportes, impuestos y rentas territoriales), existen otras que se emplean para suministrar los subsidios a la demanda a través del RS y para atender a víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y atentados terroristas. Para financiar los subsidios a la demanda se utilizan los recursos que aportan las Cajas de Compensación y los rendimientos de los recursos de años anteriores. Para atender los otros eventos

(accidentes, eventos catastróficos y atentados terroristas) se utilizan los recursos de los impuestos a los vehículos (Seguro Obligatorio) entregados a la subcuenta ECAT del FOSYGA. Adicionalmente, se utilizan donaciones de personas naturales o jurídicas. Otra fuente de recursos son las cuotas moderadoras y los copagos (desembolsos de los usuarios realizados al momento de solicitar un servicio) cuyo fin es racionalizar la utilización de los servicios y recaudar más fondos para financiar el sistema. Estos pagos equivalen a una proporción del costo del servicio prestado, dependiendo del tipo de atención demandada por las personas. Finalmente, están los pagos adicionales (de carácter voluntario) que hacen los afiliados y las empresas por la adquisición de los servicios del PAC o de medicina prepagada (servicios complementarios al POS). Estos pagos van a financiar parte de los gastos operacionales de las EPS y de las entidades de medicina prepagada.

En síntesis, el RC se financia directamente con sus aportes, mientras que los afiliados al RS únicamente pagan los copagos y cuotas moderadoras a la hora de recibir el servicio. Sin embargo, el RS cuenta con diferentes fuentes de financiación. En cuanto a las IPS, estas reciben fondos de la Nación, de las entidades territoriales, de las EPS y las EPS-S (ARS), como pago de los servicios prestados a sus beneficiarios, y de la cuenta ECAT del FOSYGA. Para el caso de la salud pública, los recursos provienen del RC, del PGN, del SGP y de la cuenta ECAT del FOSYGA.



Fuente: Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2017. Ministerio de Salud y Protección Social

2.4. Aspectos técnicos

El sector de la salud en Colombia ha experimentado múltiples cambios, estructurales a comienzos de la década de los noventa y circunstanciales, más recientemente, en razón al manifiesto riesgo en la sostenibilidad financiera del sistema. Gracias a la reforma al sector de la salud, se han logrado grandes avances en materia de salud, como el significativo incremento en la cobertura, que alcanza en la actualidad una proporción superior al 90% de la población, y la importante proporción que se destina a gasto en salud, que representa cerca del 6% del PIB. Sin embargo, como consecuencia de múltiples factores, el sistema de salud colombiano ha venido enfrentando una potencial amenaza de insostenibilidad financiera. Lo cual pone en riesgo el efectivo acceso a los servicios de salud de más del 90% de la población colombiana que se encuentra cubierta por el sistema.

El análisis de la organización industrial de los mercados de servicios de salud es de fundamental importancia, en la medida que corresponden a mercados caracterizados por múltiples fallas de mercado y su dinámica tiene importantes implicaciones sobre el balance financiero del sector público y el bienestar social del país.

En razón a lo anterior, la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS es de competencia regulada, por cuanto se supone que el libre funcionamiento de las fuerzas del mercado en este sector no garantiza un nivel de prestación de servicios óptimo ni eficiencia distributiva. Lo anterior reviste mayor importancia cuando se analizan las características del bien afectado por los fallos de mercado, toda vez que el acceso a los servicios de salud, al menos en Colombia, se ha configurado como un derecho ciudadano y un indicador del bienestar social de la población. De esta manera, el regulador interviene en las relaciones de competencia entre los agentes y el funcionamiento de los mercados está regido por un marco normativo que busca garantizar la eficiencia en los mercados, el efectivo y oportuno acceso de la población a los servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema.

En la actualidad Colombia se ubica como el tercer mayor mercado de la salud en América Latina, después de Brasil y México, con un crecimiento promedio anual del 10,6% durante los últimos cinco años, aunque está dispuesta a ser el segundo país de mayor crecimiento en el mercado de dispositivos médicos, según revelo un estudio realizado por Business Monitor.

Colombia se consolida como uno de los pocos países con el 95.5% de cobertura nacional en salud; siendo Bogotá el principal *cluster* sectorial del país, pues concentra el 61% de las compañías, con el 21% de asegurados, lo que genera un gran potencial de inversión para empresas del sector de las ciencias de la salud.

Se estima que el 80.7% del consumo de dispositivos médicos en Colombia se suple a partir de las importaciones, lo que abre oportunidades para compañías interesadas en producir localmente para el mercado nacional.

Este tipo de actividades permiten que Colombia cuente con la posibilidad de tener tecnología médica que beneficiara a los pacientes, continuando con el plan del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la disminución de las desigualdades y la mejora en la calidad de la atención.

2.5. Situación actual del Sistema de Salud en Colombia

Desde la implementación de la reforma establecida por la Ley 100 de 1993, se ha observado una mejoría en la salud de la población y en el desempeño del sistema. Se ha presentado un aumento importante en cobertura, acompañado de mejoras en indicadores de salud como la esperanza de vida, la disminución de la incidencia de ciertos tipos de enfermedades y la reducción en la mortalidad infantil y de la niñez. Sin embargo, persisten ciertos problemas como la desigualdad por niveles de riqueza, tanto en temas de cobertura y calidad, como en resultados de salud. Estos resultados van de la mano con un alto gasto en salud (como porcentaje del PIB y per cápita), que ha aumentado en los últimos años de manera sustancial. En términos generales, el desempeño del SGSSS se encuentra en los estándares promedio de Latinoamérica. Por otro lado, el sistema sigue presentando algunos problemas institucionales. En primer lugar, se encuentran inconvenientes en la regulación debido a la dependencia que tiene el CNSSS del Ministerio de la Protección Social y a los altos niveles de rotación de sus miembros que no permiten un manejo amplio y de largo plazo de la agenda del sector. Adicionalmente, no existe ninguna regulación financiera, a pesar de que las EPS y las ARS son agentes aseguradores. Así mismo, la estabilidad del sistema presenta problemas en la medida en que no ha mostrado ser auto sostenible. Además de los cuellos de botella en el flujo de recursos que salen del Gobierno, se encuentra una duplicidad en el gasto, en la medida en que los hospitales reciben pagos por parte de las EPS y ARS por la atención a sus afiliados y también recursos del Presupuesto General de la Nación.

Se observa también que los gastos del SGP para atender a la población no vinculada han crecido a pesar de que la cobertura ha aumentado. Esto señala la rigidez y los problemas políticos que tiene la asignación del presupuesto a los hospitales, pues ante la disminución de la población vinculada, los subsidios a la oferta debían haber disminuido. Esto claramente muestra que, aun con cobertura universal, es bastante improbable que los subsidios a la oferta desaparezcan o se reduzcan de manera sustancial. Esto, en últimas, va a generar una presión insostenible sobre las finanzas públicas y sobre el sistema de salud. Se observa además que cada día el RS se hace más y más grande, al mismo tiempo

que el RC no crece (uno de los preceptos fundamentales de la Ley 100 era el crecimiento sostenido del RC por formalización y la consecuente disminución del RS).

Con respecto a la organización institucional, se observan problemas de selección adversa, debido a la concentración del riesgo en ciertas aseguradoras que restringe el financiamiento adecuado de estas entidades, y de integración vertical en el sistema. Por último, la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 incrementó los costos no salariales considerablemente mediante incrementos en las cotizaciones del RC, lo cual generó una profunda segmentación del mercado laboral. Este problema solo tiende a agravarse en la medida en que la decisión de política es agrandar el RS, a costa del RC y sus cotizantes.[2]

2.5. Aspectos legales

La función de dirección y regulación del sector salud está en manos del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y de las administraciones territoriales (departamentos y municipios). "El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno nacional y del Ministerio de Salud..." (Ley 100/1993). Los niveles territoriales (departamentos, distritos y municipios) tienen funciones de dirección y organización de los servicios de salud en sus respectivos ámbitos y deben responder por el Plan de Atención Básica.

En desarrollo de esa función de dirección y regulación del sector salud se ha venido desarrollando una serie de normas para regular el servicio:

- ✓ Constitución Política de Colombia de 1991, articulo 48 y 49. Define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado. Define la atención en salud y saneamiento ambiental como un servicio público a cargo del estado bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
- ✓ Ley 100 de 1993. Se crea el sistema general de seguridad integral conformado por el sistema general de pensiones, sistema general de salud y sistema de riesgos profesionales. Dicha ley es la piedra angular del sistema actual de salud que rige en Colombia.
- ✓ Decreto reglamentario del código de ética 491 de 1990.

[2] *UN DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: EVOLUCIÓN, CONTEXTO Y PRINCIPALES RETOS DE UN SISTEMA EN TRANSFORMACIÓN. Veeduría ciudadana. Mauricio Santa María S, Fabián García A, Sandra Rozo, María José Uribe*

- ✓ Resolución 9031 de 1990 funcionamiento y operación de equipos rayos X.
- ✓ Decreto 1011 de 2006. Define el sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud; Habilitación, Acreditación, Sistema de información en salud y auditoria en salud.
- ✓ Resolución 4505 de 2012 "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento."
- ✓ Resolución 2300 de 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud."
- ✓ Resolución 1531 de 2014 "Por la cual se modifica la resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud RIPS- y su ámbito de aplicación
- ✓ Resolución 1536 de 2015 "Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud".
- ✓ Resolución 4678 de 2015 "Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones.;1 archivo comprimido"
- ✓ Resolución 5158 de 2015 "Por la cual se adiciona el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014."
- ✓ Resolución 5592 de 2015 "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones."
- ✓ Circular 024 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social "Actualización de los lineamientos técnicos para el reporte de los RIPS y de sus herramientas técnicas."
- ✓ Resolución 256 de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"
- ✓ Resolución 839 de 2017 "Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones".
- ✓ Decreto 907 de 1975 del SENA, articulo 30. Crea el Servicio Médico Asistencial del SENA y estableció la seguridad social para la familia del empleado y determinó que el SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial para los familiares de los funcionarios
- ✓ Acuerdo 24 de 1978 del SENA, resolución 312 de 1987 del SENA y acuerdo 30 de 1988 del SENA. Normas inherentes al servicio medio asistencial del SENA.
- ✓ Resolución 1262 de 2016 del SENA. Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial
- ✓ Ley 1438 de 2011. Reforma el sistema general de seguridad social en salud en temas específicos como la atención primaria en salud, funciones de la superintendencia

nacional de salud, fuente de recursos del régimen subsidiado, interviene la integración vertical sobre EPS que prestan tiene IPS propias.

- ✓ Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

En cuanto al cuidado domiciliario de pacientes no basta con los criterios de inclusión y el protocolo médico, pues hay que sujetarse taxativamente a la normatividad colombiana.

En ese sentido, la Resolución No. 5521 de diciembre de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS). En el Artículo 8, Numeral 6, incluye la atención domiciliaria (Resolución No. 5521, Art.8), la cual define como la prestación de servicios de salud extrahospitalarios, que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia del paciente, con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud, como por ejemplo las enfermeras a domicilio, y con la participación de la familia. Es una alternativa a la atención hospitalaria institucional, según el artículo 29 de la misma resolución (Resolución No. 5521, Art.29), con responsabilidades de las EPS de garantizar que las condiciones en el domicilio sean las adecuadas (Resolución 5521, Art.29, Parágrafo), inclusive el traslado en ambulancia del paciente remitido (Resolución No. 5521, Art.124).

Adicionalmente, el artículo 33 de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, establece la modalidad del tratamiento a domicilio de los pacientes crónicos con proceso patológico incurable (Resolución No. 5261 de 1994, art. 33).

3. ANALISIS DE LA DEMANDA

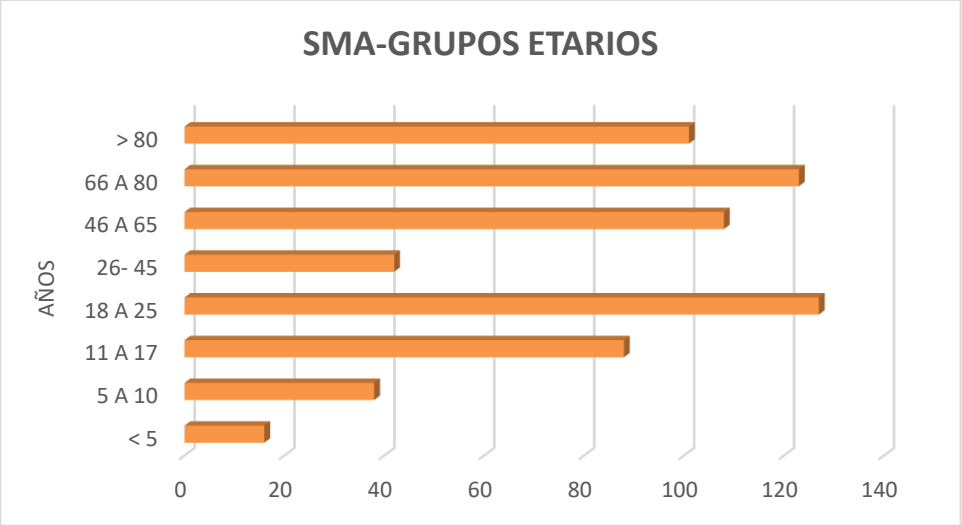
3.1. Adquisiciones previas

El Servicio médico Asistencial del SENA, creado a través del Decreto 907 del 16 de mayo de 1975, estableció en el artículo 30, la seguridad social para la familia del empleado y determinó que el SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social en salud, un seguro médico asistencial para los familiares de los funcionarios. Posteriormente, fue reglamentado por el acuerdo 24 de 1978, la resolución 312 de 1987 y el acuerdo 30 de 1988, normas que establecen que se debe garantizar la atención integral en salud a beneficiarios del servicio médico asistencial.

Actualmente el SENA cuenta con 643 usuarios activos en la Regional Atlántico SENA y 65 usuarios que se atienden de otras regionales, a quienes de conformidad con lo establecido en el Decreto 907 del 16 de mayo de 2016, reglamentado por el Acuerdo 24 de 1978, Resolución No. 312 de 1987 y el Acuerdo 30 de 1998, se debe suministrar un

servicio de seguridad social y en salud de manera integral, se presenta perfil epidemiológico

	ATLANTICO	OTRAS	TOTAL
ARTROSIS	2	0	2
ASMA	34	0	34
CANCER	5	1	6
DIABETES	13	1	14
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	47	3	50
ENFERMEDAD PULMONAR RESTRICTIVA	3	0	3
ENFERMEDAD NEUROLOGICA	15	0	15
ENFERMEDADES ENDOCRINAS	24	5	29
EPOC	3	1	4
GERIATRIA	43	1	44
GLAUCOMA	4	1	5
HIPERTENSION ARTERIAL	67	5	72
INSUFICIENCIA RENAL	0	1	1
MANEJO DEL TRAUMA MAYOR	1	0	1
MENTAL	1	0	1
MENTAL - EPILEPSIA	16	1	17
NEUROCIRUGIA	2	0	2
NORMAL	323	21	344
OSTEOPOROSIS	1	1	2
REUMATOLOGICO	0	1	1
TOTAL	**604**	**43**	**647**



La gráfica anterior nos muestra, proporcionalmente, la distribución de la población del servicio médico asistencial de la Regional Atlántico por rango de edad, podemos apreciar que el mayor porcentaje de la población total está ubicado en los mayores de 60 años (32,56%), que por estructura de costos del sector salud demandan el mayor gasto de la atención sanitaria. Adicionalmente la frecuencia de uso fue de 444 consultas por cada 100 afiliados, lo que permite concluir que se utiliza frecuentemente el servicio, pues el promedio es de 4.4 visitas al médico por cada afiliado, teniendo en cuenta que la población está concentrada en un 42.5% en el adulto mayor de 45 años en adelante (32,5 para >60 años y 10% entre 45 y 59 años) , dicha población, especialmente la mayor de 60 años, padecen de patologías crónicas (Cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades del sistema articular, osteoporosis, enfermedades alérgicas, Neurológicas, psiquiátricas) que ameritan atención y control de forma permanente.

Tal como se enunció en el estudio previo y de necesidad, la Dirección del SENA Regional Atlántico, requiere atender la contratación de dos (2) entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2021, de acuerdo con los requerimientos clínicos requeridos por cada paciente y prescrito por el médico tratante.

Teniendo en cuenta el objeto y las características del contrato, la modalidad de selección será de selección abreviada para la prestación de servicios de salud, consagrada en el Decreto 1082 de 2015 y la Ley 1150 de 2007.

El Servicio médico asistencial del SENA Regional Atlántico, a través de la Dirección Regional, contrató en las vigencias anteriores la prestación de servicios similares con la siguiente descripción:

VIGENCIA 2020	
NUMERO DEL PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA - SAMC-ATL-0031-2020
OBJETO	"Contratar los servicios profesionales de dos (2) entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2020, de acuerdo con los requerimientos clínicos requeridos por cada paciente y prescrito por el médico tratante."
MODALIDAD	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA
CONTRATOS	✓ CONTRATO CO1.PCCNTR.1866789 de 2020 - SERFAR LTDA Valor total: $135.000.000 M/CTE ✓ CONTRATO CO1.PCCNTR.1866991 de 2020 - INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA Valor total: $90.000.000 M/CTE
GARANTIAS	De cumplimiento: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más. Calidad del Servicio: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más Responsabilidad Civil Extracontractual: En cuantía no inferior a 200 SMLMV con una vigencia igual al plazo del contrato. Pago de salarios y prestaciones sociales: equivalente al 5% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y tres años más
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31 diciembre 2020, se constituyó reserva presupuestal ejecutada durante el 2021, inclusive hasta el 30 de junio de la presente anualidad con ambos prestadores.

VIGENCIA 2019	
NUMERO DEL PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA-ATL-0006-2019
OBJETO	"Contratar dos (2) Entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del servicio médico asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2019, de acuerdo con los requerimientos clínicos y los usuarios acrediten su derecho con su documento de identidad y carnet vigente."
MODALIDAD	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA
CONTRATOS	✓ CONTRATO 2367-2019 SERFAR LTDA Valor Ejecutado: $150.000.000,00 M/CTE ✓ CONTRATO 2368-2019 INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA

	Valor Ejecutado: $150.000.000,00 M/CTE
GARANTIAS	De cumplimiento: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más. Calidad del Servicio: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más Responsabilidad Civil Extracontractual: En cuantía no inferior a 200 SMLMV con una vigencia igual al plazo del contrato. Pago de salarios y prestaciones sociales: equivalente al 5% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y tres años más
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31 diciembre 2019, se constituyo reserva presupuestal ejecutada durante el 2020, inclusive hasta el 30 de septiembre de la presente anualidad con el prestador INTERNACIÓN DOMICILIARIA BARRAZA.

VIGENCIA 2018	
NUMERO DEL PROCESO	MINIMA CUANTIA TL-DR-0041-2018
OBJETO	Contratar Dos (2) Entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del servicio médico asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2018, de acuerdo con los requerimientos clínicos y los usuarios acrediten su derecho con su documento de identidad y carnet vigente.”
MODALIDAD	MINIMA CUANTIA
OFERENTES	SERFAR IPS LTDA - INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA LTDA – MEDICINA AMBULATORIA SU SALUD IPS
CONTRATOS	✓ CONTRATO 3150- 2018 SERFAR LTDA Valor Ejecutado: $ 29.999.053,00 M/CTE ✓ CONTRATO 3151-2018 INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA Valor Ejecutado: $29.048.086,00 M/CTE
GARANTIAS	De cumplimiento: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más. Calidad del Servicio: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más Responsabilidad Civil Extracontractual: En cuantía no inferior a 200 SMLMV con una vigencia igual al plazo del contrato. Pago de salarios y prestaciones sociales: equivalente al 05% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y tres años más
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31 diciembre 2018
INFORMACION ADICIONAL DE CONSUMO DURANTE LA VIGENCIA 2018	Los contratos fueron terminados de manera anticipada dado el inminente agotamiento del presupuesto, así: CTO 3150 de 2018 Hasta el 18 Diciembre de 2018 CTO 3151 de 2018 Hasta el 14 diciembre de 2018

VIGENCIA 2018	
NUMERO DEL PROCESO	MENOR CUANTIA ATL-002-2018
OBJETO	Contratar Dos (2) Entidades para la prestación de servicios integrales de medicina domiciliaria que demanden los beneficiarios del servicio médico asistencial del SENA Regional Atlántico durante la vigencia 2018, de acuerdo con los requerimientos clínicos y los usuarios acrediten su derecho con su documento de identidad y carnet vigente."
MODALIDAD	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA
OFERENTES	SERFAR IPS LTDA - INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA LTDA - HOGAR SALUD IPS - FUNDACION GRUPO DE ESTUDIOS BARRANQUILLA.
CONTRATOS	✓ CONTRATO 1833- 2018 SERFAR LTDA Valor Ejecutado: $ 77.778.356,00 M/CTE ✓ CONTRATO 1830-2018 INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA Valor Ejecutado: $76.103.356,00 M/CTE
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31 diciembre 2018
INFORMACION ADICIONAL DE CONSUMO DURANTE LA VIGENCIA 2018	Los contratos fueron terminados de manera anticipada dado el inminente agotamiento del presupuesto, así: CTO 1830 de 2018 Hasta el 18 Octubre de 2018 CTO 1833 de 2018 Hasta el 17 Octubre de 2018

VIGENCIA 2017	
Entidad	SENA Regional Atlántico
No. Proceso	SA-DR-ATL-002-2017
Contrato:	1797 del 27 junio 2017 y 1810 del 27 junio de 2017
Objeto	CONTRATAR 2 ENTIDADES PARA LAPRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA DOMICILIARIA QUE DEMANDEN LOS BENEFICIARIOS DEL SMA DEL SENA REG ATICO CUBRE A PADERS HIJOS CONYUGUE HERMANOS ... PZO 31 DICIEMBRE 2017
Modalidad de Contratación	Menor Cuantía Servicios de Salud.
Valor Total del Contrato:	$ 99.656.098
Garantías	De cumplimiento: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más. Calidad del Servicio: equivalente al 20% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y cuatro meses más Responsabilidad Civil Extracontractual: En cuantía no inferior a 200 SMLMV con una vigencia igual al plazo del contrato. Pago de salarios y prestaciones sociales: equivalente al 05% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de duración del contrato y tres años más
Oferentes	SERFAR LIMITADA INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA

Contratista	SERFAR LIMITADA INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA
Plazo de Ejecución	El plazo del contrato será hasta e l 31 diciembre 2017 o hasta agotar presupuesto, el cual se contará desde la aprobación de la garantía que protegerá al contrato y cumplimiento de la totalidad de requisitos de ejecución según ley 80 de 1993.

4. ANALISIS DE LA OFERTA:

En el mercado nacional y en especial en la región Atlántico, existen personas jurídicas que podrían estar en condiciones de prestar los servicios enunciados en el estudio previo y de necesidad y demás documentos de la presente contratación, cumpliendo con todas las condiciones legales y técnicas para la prestación de dicho servicio bajo unos requisitos de calidad y oportunidad.

El Despacho de la Dirección Regional del SENA en Atlántico, a partir de la experiencia con proveedores que han participado en anteriores procesos de contratación y cuyos objetos sociales se encuentran relacionados directamente con el objeto en mención, y de acuerdo a la Guía del Directorio Telefónico de la ciudad en los servicios a contratar, detalla algunos de los prestadores de servicios:

ESPECIALIDAD	ENTIDAD PRESTADORA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD	INTERNACIÓN BARRAZA	CALLE 79 No. 49C-38	3853830
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD	MEDICAL AT HOME	CRA 24 No. 60-43 L-2-144	3467902
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD	PH MEDICAL S.A.S	CALLE 74 No. 46-78 OF 201	3195613
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD	INNOVAR SALUD	CALLE 80 No. 47-43	3567626
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD	SERFAR IPS HOME CARE	CRA 4876-217	3112780

Por lo tanto, el área metropolitana de Barranquilla cuenta con variedad de posibles oferentes con capacidad para prestar y satisfacer la necesidad de la entidad.

5. INDICACIÓN DE SI EL CONTRATO ESTA COBIJADO POR UN ACUERDO COMERCIAL

Los Acuerdos Comerciales son tratados internacionales vigentes celebrados por el Estado colombiano, que contienen derechos y obligaciones en materia de compras públicas, en

los cuales existe como mínimo el compromiso de trato nacional para los proponentes, bienes y servicios de origen extranjero.

Las Entidades Estatales deben cumplir las obligaciones del Estado colombiano incluidas en los Acuerdos Comerciales. Los proponentes nacionales y extranjeros tienen el derecho a exigir la correcta aplicación de los Acuerdos Comerciales cuando estos son aplicables a los Procesos de Contratación.

El contenido de cada Acuerdo Comercial es único. Sin embargo, generalmente estos contienen un capítulo que señala los derechos y obligaciones en materia de compras públicas y anexos para determinar si un Acuerdo Comercial es aplicable a los diferentes Procesos de Contratación

En los términos del numeral 8 del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del decreto 1082 de 2015, se procede a verificar de acuerdo con la información contenida en la página de Colombia Compra Eficiente, si este proceso de contratación se encuentra cobijado bajo algún acuerdo comercial.

La Entidad Estatal puede determinar si un Acuerdo Comercial es aplicable siguiendo las siguientes reglas en orden consecutivo:

1. Si la Entidad Estatal no hace parte de las Entidades Estatales incluidas en el Acuerdo Comercial, el Proceso de Contratación no está cubierto por este y, en consecuencia, no es necesario hacer análisis adicional alguno.
2. Si la Entidad Estatal está incluida en el Acuerdo Comercial y el presupuesto oficial del Proceso de Contratación es inferior al valor a partir del cual el Acuerdo Comercial es aplicable, el Proceso de Contratación no está cubierto y, en consecuencia, no es necesario hacer análisis adicional alguno.
3. Si la Entidad Estatal está incluida en el Acuerdo Comercial y el presupuesto oficial del Proceso de Contratación es superior al valor a partir del cual el Acuerdo Comercial es aplicable, **la Entidad Estatal debe determinar si hay excepciones aplicables al Proceso de Contratación. Si hay excepciones, el Acuerdo Comercial no es aplicable al Proceso de Contratación. Si no hay excepciones, el Acuerdo Comercial es aplicable al Proceso de Contratación. (Negrilla y subrayado fuera de texto).**

Conforme a lo anterior, la entidad procedió a verificar si la contratación de los servicios objeto del presente estudio se encuentran establecido dentro de las excepciones planteadas por el Manual de Acuerdos Comerciales Versión 13.

En el numeral 35 del Anexo 4: Lista de excepciones a la aplicación de los Acuerdos Comerciales, se encuentra establecido como excepción **Grupo 931. Servicios de salud humana.**

En conclusión, este proceso NO se encuentra cobijado por los Acuerdos Comerciales Internacionales suscritos por Colombia.

6. ANALISIS DE LA INFORMACION FINANCIERA:

Teniendo en cuenta que el sector salud no está obligado a tener Registro Único de Proponentes - RUP, no es posible obtener registros de la información financiera del sector a través de RUP que se encuentren publicados en el SECOP II; sin embargo, se mantendrán los indicadores financieros 2020, los cuales fueron adecuados y proporcionales al presente proceso y se permitirán la participación de pluralidad de oferentes, puesto que de acuerdo a los Decretos 399 y 579 de 2021, se evaluaran los mejores indicadores financieros de los últimos 3 años.

En general, se tendrá en cuenta que los oferentes cumplan los requisitos mínimos y que demuestren la solidez financiera y económica quienes se habiliten para participar activamente en el proceso contractual, brindando la certeza de su estabilidad, permanencia y sostenibilidad económica y financiera, requeridas del adjudicatario.

Los indicadores financieros, permiten participar un número plural de instituciones prestadoras de servicio de salud, estableciéndose los siguientes:

- **ÍNDICE DE LIQUIDEZ:** (activo corriente f pasivo corriente) Un activo liquido es aquel que se negocia activamente en un mercado y puede ser convertido rápidamente en efectivo. Los activos corrientes normalmente incluyen caja, títulos valores de corto plazo. Cuentas por cobrar e inventarios. Los pasivos corrientes normalmente incluyen las cuentas por pagar, deuda de corto plazo y gastos acumulados. De acuerdo al análisis económico y teniendo en cuenta los modelos de negocios de las empresas y con la finalidad de ampliar la pluralidad de oferentes el índice de liquidez será establecido ser igual o mayor a **1,0**

$$\text{Liquidez} = \frac{\text{(Activo Corriente)}}{\text{(Pasivo Corriente)}}$$

- **NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:** (Pasivo total f activo total) Los acreedores prefieren índices de endeudamiento bajos porque entre más bajo sea éste el respaldo del

deudor frente a las pérdidas en caso de liquidación es mayor. El nivel de endeudamiento debe ser igual o inferior a **75 %**

$$\text{Endeudamiento} = \frac{\text{(Pasivo Total)}}{\text{(Activo Total)}}$$

- **RAZÓN DE COBERTURA DE INTERÉS:** muestra las veces que la empresa puede cubrir los gastos financieros con sus resultados operativos. La razón de cobertura de interés para este proceso será mayor o igual a **0,0**

$$Razón\ de Cobertura\ de\ Interes = \frac{Utilidad\ Operacional}{Gastos\ de\ Interes}$$

En el caso que el indicador sea indeterminado se debe tener utilidad operacional mayor a cero para que el proponente sea habilitado

CAPACIDAD ORGANIZACIONAL:

La capacidad organizacional es la aptitud de un proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato en función de su organización interna. El Decreto 1082 de 2015 definió los indicadores de rentabilidad para medir la capacidad organizacional de un proponente teniendo en cuenta que está bien organizado cuando es rentable.

Los indicadores de capacidad organizacional contenidos en el artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 son:

- **RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO:** (Utilidad operacional / patrimonio) el cual determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente. Teniendo en cuenta lo anterior, y al comportamiento del sector, la rentabilidad del patrimonio del proponente ser mayor o igual **1 %**

- **RENTABILIDAD DEL ACTIVO:** (Utilidad operacional / activo total) el cual determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad

sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio la rentabilidad del patrimonio del proponente ser ser mayor o igual **1,1 %**

De conformidad con lo anterior los indicadores financieros son los siguientes:

CAPACIDAD FINANCIERA	MEDIA
Índice De Liquidez	**ser igual o mayor a 1,0**
Nivel De Endeudamiento	**ser igual o inferior a 75%**
Razón de Cobertura de Interés	**ser igual o mayor a 0.0**
Rentabilidad Del Patrimonio	**ser mayor o igual a 1%**
Rentabilidad Del Activo	**ser mayor o igual a 1.1%**

7. CONVOCATORIAS MIPYMES

Ante la entrada en vigor de la Ley 2069 de 2020, "Por medio de la cual se impulsa el emprendimiento en Colombia" la cual concretamente, modifica el contenido del artículo 12 de la Ley 1150 de 2007 y por ende se deduce la pérdida de fuerza ejecutoria del artículo 2.2.1.2.4.2.2. del Decreto 1082 de 2011, la entidad procede a seguir las recomendaciones efectuadas por Colombia Compra Eficiente mediante el concepto C – 043 de 2021, en el sentido que las entidades estatales no pueden adoptar convocatorias limitadas a mipymes, pues al tenor del artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, la eficacia de esta norma quedó condicionada a la expedición del decreto reglamentario que fije las condiciones de su operatividad, motivo por el cual la presente convocatoria NO será susceptible de ser limitada a la participación de Mipymes

Dado en Barranquilla a los veinticuatro (24) días del mes de junio de 2021.

JACQUELINE ROJAS SOLANO
Directora Regional Atlántico

Proyectó: María José Aguilar Ariza – Abogada de Gestión Contractual
Revisó: Jennifer Ibarra Correa – Líder de Gestión Contractual