ANEXO 1

La DIRECCION REGIONAL BOLIVAR EN APLICACIÓN DEL DECRETO 1082 de 2015 presenta análisis del sector para Contratar los Servicios en salud niveles I, II y III para consulta externa en Pediatría, Gineco-Obstetricia, ortopedia, Medicina Interna, dermatología, Otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía ginecológica, cirugía de columna, cirugía de mama, fisioterapia, procedimientos y ayudas diagnósticas intrahospitalaria, hospitalización, UCI Adultos, UCI Pediátrica, urgencias, para atención a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

OBJETO: Prestar Servicios en salud niveles I, II y III para consulta externa en Pediatría, Gineco-Obstetricia, ortopedia, Medicina Interna, dermatología, Otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía ginecológica, cirugía de columna, cirugía de mama, fisioterapia, procedimientos y ayudas diagnósticas intrahospitalaria, hospitalización, UCI Adultos, UCI Pediátrica, urgencias, para atención a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

CLASIFICACION DE BIENES/SERVICIOS:

CODIGO Clasificador de Bienes y Servicios de UNSPSC	DENOMINACION Y/O DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN O SERVICIO
85121612, 85121613, 85121609, 85101509, 85121601, 85101603, 85101507, 85121611, 85122101, 85121604, 85121612, 85121613, 85121700, 85121800, 85121808, 85101503, 85101500, 85101604, 85101501, 85101505, 85101509, 85101600, 85101601, 85101602	Contratar Servicios en salud niveles I, II y III para consulta externa en Pediatria, Gineco-Obstetricia, ortopedia, Medicina Interna, dermatologia, Otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía pediatrica, cirugía ginecológica, cirugía de columna, cirugia de mama, fisoterapia, procedimientos y ayudas diagnósticas intrahospitalaria, hospitalacización, UCI Adultos, UCI Pediatrica, urgencias, para atención a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

Nota: Línea 12231 del PAA del SENA, vigencia 2023.

Servicios:

Servicios	Marcar con una X si presta el Servicio
CONSULTA POR FISIOTERAPIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
CONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	
CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	

1. ANALISIS DEL MERCADO

El estudio presentado a continuación, elaborado en junio de 2018 por Camilo Pizarro Correal, titulado "ESTUDIO DE BIOECONOMÍA - "Análisis de la situación y recomendaciones de política de Bioeconomía." Y PUBLICADO POR EL Departamento nacional de Planeación, muestra una descripción, indicadores y proyecciones que permiten analizar el Sector Salud en Colombia. (https://www.dnp.gov.co/Crecimiento-Verde/Documents/ejes-tematicos/Bioeconomia/Informe%202/ANEXO%206_An%C3%A1lisis%20sector%20salud.pdf).

"1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SECTOR SALUD

1.1. Contexto estratégico del Sector Como lo expresa la constitución de la organización mundial de la salud OMS «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Definición sector salud, s.f.), y de acuerdo con esta definición, el sector salud establece sus estrategias y prioridades globales. De acuerdo al informe 2017 global health care sector Outlook (Deloitte, 2017), para el 2020 el promedio del crecimiento del sector será de 4,56%, donde las economías en transición tendrán el mayor porcentaje (7,5%), seguido de Asia y Australia (5%) y Norte América (4,3%), siendo América Latina el de menor crecimiento (2,4%).

El porcentaje de gasto respecto al producto interno bruto aumentará ligeramente de un 10,4% en 2015 a un 10,5% en 2020 alcanzando los 8,7 trillones de dólares. El 50% de los gastos serán dedicados a enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias. Igualmente se realizarán gastos enfocados a enfermedades infectocontagiosas (por ejemplo, VIH-SIDA, ZIKA), diabetes y enfermedades neurodegenerativas. A nivel mundial la industria de cuidado de la salud tiene como principales actores a (Mathews, 2016): United Health Group Inc.: la mayor compañía a nivel global dedicada al cuidado de la salud, con un portafolio de 41 millones de usuarios en Estados Unidos y 4,8 millones en Brasil, con unos ingresos superiores a 201 billones de dólares para el 2017 (Resultados United Health Group Inc 2017, s.f.) Medtronic PLC: es un fabricante de dispositivos global que desarrolla desfibriladores, ortopédicos, herramientas de manejo de diabetes y otros dispositivos y materiales médicos, con unos ingresos mundiales reportados para 2017 de 7,9 billones de dólares (Resultados Medtronic 2017, s.f.). Abbott laboratories: una empresa diversificada en productos de cuidado de la salud, enfocada a nutrición, diagnostico, dispositivos médicos y medicamentos genéricos, con ventas globales de 7,9 billones de dólares para el cuarto trimestre de 2017 (Resultados Abbott Laboratories 2017, s.f.). También se incluyen empresas como Express Scripts holding Company, Thermo Fisher Scientific Inc, McKensson Corporation, Aetna Inc, Cigna Corporation, Stryker corporation y Estudios sobre la Bioeconomía como fuente de nuevas industrias basadas en el capital natural de Colombia 6 Cardinal Health Inc; dedicadas tanto a servicios (seguros, distribución de medicamentos, etc.) como productos (implantes, camas, equipos de laboratorio, etc.).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud OPS, en su informe de indicadores básicos - Situación de la salud en las Américas 2017 (PAHO, 2017), se establecen como situaciones prioritarias y estratégicas para impacto en la salud de la región, de acuerdo con seis metas de indicadores de calidad, las siguientes: i) esperanza de vida saludable al nacer, ii) tasa de mortalidad infantil, iii) razón de mortalidad materna, iv) tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud, v) tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y vi) tasa de mortalidad por VIH/sida.

En Colombia, el sector salud es uno de los de mayor proyección de crecimiento en el país, en el informe Healthcare Resource Guide (Healthcare Resourse Guide, s.f.), Colombia presenta un crecimiento anual compuesto constante de 12% (2013-2018) para el mercado de dispositivos médicos, siendo el cuarto mercado en Latinoamérica con un valor de 1,2, billones de dólares para el 2014. De acuerdo al informe de MercoSalud Colombia, del 2015 (Ranking:, 2016), las empresas Fundación Valle del Lili (IPS), Sanitas (EPS), Bayer (Laboratorio Farmacéutico) y Jhonson & Jhonson (Fabricante de dispositivos médicos) fueron las que ocuparon el primer puesto de mejor reputación en Colombia. Dentro de las 100 empresas más grandes del país, 8 son del sector salud (Revista SEMANA, s.f.), así: EPS SURA (puesto 47), Salud Total (Puesto 54), Famisanar (puesto 64), Emssanar (puesto 75), Coosalud (puesto 78), Savia salud EPS (puesto 79), Droguerías y Farmacias Cruz Verde (puesto 84), Colsanitas medicina prepagada (puesto 92). Según el informe de análisis sectorial de FINDETER de 2015 (FINDETER, 2014 - 2015), en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, dentro de la estrategia transversal de movilidad social, se introduce el Sistema de Protección Social como un “instrumento para fomentar la igualdad de oportunidades a través de las herramientas para el manejo de los riesgos a los que se ve expuesta la población”, estableciendo como objetivos: i) aumentar el acceso a la salud y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados al ciudadano, ii) disminuir brechas y mejorar las condiciones de salud, iii) la recuperación de la legitimidad y la confianza en el sistema de salud colombiano, y iv) garantizar la sostenibilidad financiera de un sistema de salud eficiente.

1.2. Subsectores del sector salud En Colombia el sector salud está comprendido por empresas e instituciones públicas y privadas que realizan actividades concernientes al cuidado de la salud y prevención de enfermedades y servicios conexos. Está compuesta principalmente de acuerdo a la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) por todos aquellos actores pertenecientes a las divisiones 86 (actividades Estudios sobre la Bioeconomía como fuente de nuevas industrias basadas

en el capital natural de Colombia 7 de atención de la salud humana), 87 (actividades de atención residencial medicalizada) y 88 (actividades de asistencia social sin alojamiento).

DIVISIÓN 86 ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA Esta división comprende la prestación de servicios de salud debidamente habilitados, a través de atención hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria. Involucra servicios de salud de tipo curativo, de diagnóstico, de prevención y de rehabilitación a corto y a largo plazo que contienen un componente importante de supervisión o vigilancia directa de médicos titulados. También incluye actividades de atención odontológica de carácter general o especializado, y actividades de atención de salud que no realizan hospitales ni médicos, sino profesionales paramédicos legalmente facultados para tratar a pacientes.

DIVISIÓN 87 ACTIVIDADES DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MEDICALIZADA Estas actividades involucran una combinación de servicios de atención en salud y de servicios sociales, en que la atención en salud es el componente más importante y consiste principalmente en servicios asistenciales o de enfermería a pacientes internos por periodos largos. Incluyen las residencias de la tercera edad y residencias de convalecencia, centros de reposo, los establecimientos de rehabilitación para retraso mental y los centros de rehabilitación para fármaco-dependencia y alcoholismo. Se clasifican en grupos de acuerdo con la intensidad de los servicios de enfermería que se prestan a la población residente.

DIVISIÓN 88 ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO Esta división comprende la

prestación de diversos servicios de asistencia social directa a los beneficiarios. Las actividades de esta división no incluyen servicios de alojamiento, salvo que sean de carácter temporal. Según la clasificación de cuentas nacionales del DANE, el sector salud se integra por las siguientes actividades económicas: o (57). Servicios sociales y de salud de mercado El presupuesto en inversión pública en el sector salud para 2017 fue de 22,2 billones COP (Aumento presupuesto sector salud 2017, 2017), y de acuerdo al informe de resultados financieros del sector salud número 2 de julio de 2017, de la superintendencia nacional de salud, en 2016 existían 6.114 entidades que se desempañaban como instituciones prestadoras de salud (IPS) (tanto públicas como privadas) con unos ingresos totales de $49,002 miles de millones de COP. Estudios sobre la Bioeconomía como fuente de nuevas industrias basadas en el capital natural de Colombia 8 De acuerdo a los datos de la plataforma de análisis sectorial Datlas de Bancoldex, el sector salud ha mostrado un crecimiento en la generación de empleo en el último decenio, alcanzado la cifra de 429.800 empleos en 2016.

1.3. Comportamiento del sector 1.3.1. Producción Anual La producción total del sector salud en Colombia es de 52.654 miles de millones de pesos a 2016. Con un crecimiento del 7.4% comparado con el 2015. Se observa, una tendencia marcada creciente en los últimos años, que puede ser interpretada como señal de estabilidad económica. La producción del sector salud se cuadruplico entre el año 2000 y el 2016; a 2016 la cifra de producción del sector salud es 4.3 veces mayor a la del año 2000, representando un crecimiento nominal de $2.729 miles de millones de pesos para el rango, equivalente a un 430.5% en 16 años.

1.3.2. Participación de la producción anual del sector en el PIB Nacional En general puede afirmarse que el sector salud ha mostrado estabilidad de su peso en la economía, dónde la producción ha sido cada vez mayor factor determinante. El sector salud para 2016 contribuyo a la economía con el 6.2% de la producción total, una suma determinante que podría justificar esfuerzo de llevar al sector a un modelo bioeconómico. Al igual que la producción, la participación en la economía nacional ha venido en aumento, pasando de un 4.8% en el año 2000, a un 6.2% en el 2016. Si bien no es un aumento abrupto, se evidencia una tendencia creciente que se soporta a su vez en los niveles de dinamización de la producción, evidenciados en la figura anterior de producción anual.

1.4. Cadena productiva Los actores de la cadena del sector salud se clasifican en: i. Entidades de vigilancia de la salud, ii. Entidades certificadoras iii. Proveedoras de insumos (Medicamentos, equipos, consumibles, tejidos, reactivos, mobiliario, etc). iv. Proveedoras de servicios

(Mantenimiento, TIC's, aseguradores, brokers, sociedades médicas/congresos y promotores inmobiliarios) v. Prestadoras y promotoras de salud.

1.5. Clúster del sector El Clúster de Salud (Bogotá) (DC, s.f.): Ciudades como Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Barranquilla y Cali cuentan con una estrategia clúster asociada a sus Cámaras de Comercio, las cuales buscan: • Identificar y abordar los principales cuellos de botella que limitan la competitividad del clúster, a través de la articulación de actores relevantes como empresarios, universidades y gobierno" • Buscando así apoyar y promover la competitividad de más de 9.400 empresas de este sector (461 unidades productivas pertenecen al sector insumos, dispositivos y equipos médicos; 6.252 al de servicios clínicos y de apoyo diagnostico; 2.551 a actividades odontológicas y 136 a aseguramiento en salud), las cuales en 2016 aportaron el 1,4% del PIB de la capital colombiana y aportaron el 5% del empleo en la ciudad, alcanzando unas ventas anuales reportadas ante el Registro Mercantil de la Cámara de $23,5 billones de COP. El Clúster de salud Medellín Heath city (Antioquia, s.f.): Busca promover procesos de integración y relacionamiento empresarial, teniendo como referencia un modelo centrado en el paciente, que permitan responder a los retos y oportunidades de la industria de la salud, con énfasis en servicios de excelencia clínica, transformación digital de la industria de la salud y desarrollo de productos de base tecnológica y valor agregado de conocimiento e innovación.

El modelo de trabajo del Cluster Medellín Health realiza una gestión basada en 3 líneas estratégicas: Medical Services: Prestación de servicios de salud (IPS), Predictive Health: Aseguramiento, prevención y promoción, Consumer Health Products.

El Clúster de Excelencia Clínica (Valle del Cauca) (Cauca, s.f.): Tiene como lineamientos objetivos el fortalecimiento de la especialización, el desarrollo y comercialización de productos/servicios basados en conocimiento, el acceso y posicionamiento en canales especializados y el fortalecimiento del departamento como destino de salud. Cali, cuenta con 2 de las 15 mejores clínicas y hospitales de América Latina de acuerdo a la revista chilena América Economía, la Fundación Valle del Lili y el Centro Médico Imbanaco; así mismo en esta ciudad se encuentra la mayor empresa farmacéutica de capital nacional y 2 de las 5 empresas top farmacéuticas mundiales cuentan con sede en la región. Cuenta con 526 empresas distribuidas en 12 segmentos de negocio que en 2014 generó 4,1 billones de dólares con un crecimiento de 9,7% frente al año anterior. Estudios sobre la Bioeconomía como fuente de nuevas industrias basadas en el capital natural de Colombia.

El Clúster Salud (Santander) (Santander, s.f.): La "especialización y gestión del conocimiento, el fortalecimiento de la eficiencia operativa y racionalidad médica, la integración y coordinación del servicio, el aprovechamiento del Health Data y la creación y fortalecimiento de unidades de investigación clínica." Con más de 1.900 empresas que generan 13.000 empleos y facturan 925 millones de dólares anuales, el sector salud se ha convertido en Santander en uno de los más dinámicos.

El Clúster de Salud y Farma (Barranquilla y departamento del Atlántico) (Barranquilla, s.f.): "Tiene como objetivo mejorar la competitividad, logrando que las empresas innoven y mejoren de forma continua para satisfacer las necesidades de sus clientes. La estrategia del clúster se orienta hacia un segmento estratégico atractivo para las empresas, denominado Cuidado Continuo de Salud." Cuenta con 1.300 empresas, con $1.320 millones de dólares en activos, genera 41.797 puestos de trabajo y alcanza una facturación de $2.000 millones de dólares en 2014."

Igualmente, Conforme a informe presentado por Presidencia de la Republica, encontramos que avances institucionales, normativos, financieros y en salud marcaron la agenda del sector de la salud durante 2016 y 2017 en Colombia, de acuerdo con el balance presentado por el ministro Alejandro Gaviria Uribe, el secretario general Gerardo Burgos Bernal, y los viceministros Carmen Eugenia Dávila Guerrero (Protección Social) y Luis Fernando Correa Serna (Salud Pública y Prestación de Servicios).

“Entre los logros principales se destacan el mejoramiento de valiosos indicadores en materia de salud pública –embarazo en adolescentes y desnutrición crónica– conocidos durante la presentación de resultados de los dos estudios más relevantes del sector: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ends) y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (Ensin), respectivamente.

También se acentúan los logros en materia institucional, en especial para la mejor administración de los recursos del sistema general de salud, de la mano con los avances en la implementación de la Ley Estatutaria, el control a medicamentos, el mejoramiento de la condición financiera de los hospitales públicos, los avances en la lucha contra el tabaco, y el despegue del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (Mias).

1. Resultados en salud

Varios de los indicadores más importantes de la salud mantienen sus tendencias de mejoramiento. La desnutrición crónica descendió de 13,2% a 10,8% entre 2010 y 2015. Los embarazos adolescentes volvieron a su más bajo histórico desde 1990: 17,4%, después de haber estado en 19,5% en 2010. La mortalidad infantil entre 2010 y 2015 descendió de 18 a 14 por cada mil nacidos vivos. Por su parte, la cobertura de vacunación con el biológico que previene difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e influenza B subió de 88% a 91%, mientras que de la triple viral (sarampión, paperas y rubéola) subió de 88% a 92%.

2. Fortalecimiento institucional

La puesta en funcionamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), el primero de agosto de 2017, puso fin a la tercerización de una labor misional que estaba en manos de privados y que por ello aumentaba los costos de transacción (lo que antes era el Fosyga).

Con Adres se centralizaron los procesos, se dio inicio a una administración directa de los recursos, se mejoró la ordenación del gasto y se redujeron los costos de transacción en el sistema de salud.

Todos los funcionarios de la nueva entidad fueron seleccionados con estrictos procesos de meritocracia y sus procesos están desarrollados con altos estándares y con el rigor técnico que merece el manejo de los recursos del sector.

3. Depuración sectorial

Después de la liquidación de varias entidades promotoras de salud — EPS (Selva salud, Salud Cóndor, Sol salud, Humana Vivir y Golden Group), el reto entre 2016 y 2017 fue sacar adelante las liquidaciones de Caprecom y Saludcoop.

Sobre la primera, el ministro Gaviria destacó el papel de Nueva EPS al recibir a los afiliados de Caprecom, así como el pago de las deudas dejadas por esta: en 2016 fueron pagados con recursos de la Nación 500.000 millones de pesos y la misma cantidad será desembolsada a comienzos de 2018.

El Ministerio de Salud y Protección Social considera que el manejo dado a la liquidación de Saludcoop, aunque tuvo varias dificultades, evitó una crisis sistémica del sector. El traslado de los afiliados a otras EPS, justo cuando se hacía el de los de Caprecom, habría sobrepasado la capacidad del sistema. De allí la decisión de pasar a los afiliados de Saludcoop a Cafesalud.

Adicionalmente, con este mecanismo los activos de Saludcoop servirían para el pago de deudas y se evitaría dejar sin empleo a 37.000 personas de la red propia de esta EPS. Por su parte, los recursos de la venta de Cafesalud (1,2 billones de pesos) permitirán pagar la mayor parte de los 1,5 billones de deudas.

4. Implementación de la Ley Estatutaria

En febrero de 2017 entró en plena vigencia la parte de la Ley Estatutaria relacionada con el Plan de Beneficios. La implementación de este punto se ha dado en tres niveles. El primero es el conjunto de prestaciones que garantizan la protección colectiva, y lo conforman aquellas tecnologías y servicios cuyo uso se puede anticipar (lo que antes se llamaba el POS).

El segundo alude a un mecanismo de protección individual; es decir, beneficios que no se pueden anticipar (el antiguamente llamado No POS). Para implementarlo fue desarrollada la plataforma MIPRES.

El tercer nivel es el de aquellos servicios y tecnologías que no pueden ser costeadas con recursos públicos por ser cosméticas, prestadas en el exterior o carecer de seguridad, eficacia, efectividad o aprobación del INVIMA.

En 2017 fue presentado el mecanismo participativo para realizar las exclusiones y fue elaborado un primer listado de 44 tecnologías y servicios que cumplen con alguno de los criterios de exclusión.

5. Consolidación de la política farmacéutica

Varios de los pilares de la política tuvieron avances en 2017. La implementación del mecanismo de negociaciones centralizadas, que se puso en marcha con tratamientos contra la hepatitis C, ha logrado reducir el costo de estos fármacos en 80 %. Asimismo, la regulación de precios de medicamentos agregó 236 fármacos al listado, que representan un ahorro anual de 53.700 millones de pesos al año y aumentan a 1.042 el número de presentaciones comerciales con límite de precio.

En el mismo ámbito, a fin de fortalecer la transparencia, el Ministerio redactó una resolución que obligará a la industria farmacéutica a informar los pagos en dinero o en especie que haga a los distintos actores del sistema de salud.

Finalmente, tras la expedición de las guías de inmunogenicidad, quedó listo el terreno para la implementación del decreto que favorece la competencia mediante la eliminación de barreras innecesarias para el ingreso de medicamentos bigenéricos al país.

6. Mayores recursos

Los esfuerzos realizados por el Ministerio en la construcción de una nueva política fiscal, el pago de las deudas y la consecución de nuevos recursos para el sector salud, son tres de los avances más significativos en materia financiera.

En 2017, el sistema obtuvo 1,8 billones de pesos adicionales provenientes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales - Fonpet (700.000 millones), del medio punto del IVA para la salud establecido reforma tributaria (890.000 millones), del impuesto al tabaco definido en la misma (129.000 millones) y de otras fuentes, como el gravamen a los licores (135.000).

7. Nuevo modelo de atención

El nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) ha tenido gran acogida en varias ciudades y regiones del país. La política tiene un enfoque diferencial para afrontar la compleja realidad territorial. Ciudades y departamentos como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Guainía, Chocó y La Guajira, así como las Fuerzas Militares y la Policía, vienen implementando con éxito el modelo.

La población rural dispersa, aquella que habita en los puntos más apartados de la geografía colombiana, ha recibido servicios de salud en el marco del MIAS. Uno de los logros más importantes es la ausencia total de muertes maternas en el departamento de Guainía en 2017.

8. Políticas de prevención y promoción

Un logro significativo está relacionado con la vacunación, incluida la que inmuniza contra el virus del papiloma humano - VPH: en 2016, 51 mil niñas y adolescentes fueron vacunadas; esta cifra subió a 91 mil en 2017, con quienes se superan los 3 millones de colombianas protegidas contra el cáncer

de cuello uterino desde la incorporación de la vacuna en 2012 al programa nacional de vacunación – PAI (cuenta con 21 vacunas que protegen contra 26 enfermedades, por lo que es uno de los más completos de América).

En materia de reducción del consumo de tabaco, con la reforma tributaria de 2016 se logró un incremento progresivo del impuesto específico a los cigarrillos y un incremento del IVA. La prevalencia de consumo de tabaco bajó de 12,9% a 8,3% entre 2013 y 2017.

Con respecto al etiquetado de alimentos procesados, el Ministerio dio inicio a la revisión de productos en el mercado para establecer los límites máximos de contenido de nutrientes como sodio, calorías, azúcares, grasas trans y saturadas, por el impacto de estos en la salud pública.

Por otra parte, el Gobierno concluyó la reglamentación para la producción de cannabis medicinal. Fueron expedidas seis licencias de fabricación en el marco del Decreto 2467 de 2017, y 13 nuevas bajo el amparo de la Ley 1787 de 2016.

En cuanto al zika, Colombia cerró la epidemia con menos casos de los esperados. Las proyecciones iniciales, basadas en la experiencia de los países que ya habían vivido el rigor de la epidemia como Brasil, sugerían que el número de personas afectadas podría aproximarse a 650.000, pero la oportuna activación de campañas de prevención en todo el territorio nacional hizo posible que la fase epidémica se saldara con 99.721 casos, de los cuales 8.826 fueron confirmados por laboratorio y 90.895 por sospecha clínica. La precisión, la calidad y la transparencia de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica convirtieron a Colombia en aliado de instituciones de talla mundial, como los CDC de Atlanta, que continúan sus investigaciones sobre la enfermedad.

9. Fortalecimiento de red pública hospitalaria

El Plan de Salvamento de las empresas sociales del estado (ESE, u hospitales públicos) y el de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero han logrado reducir la proporción de hospitales en alto riesgo de 19% en 2015 a 14% en 2017 y de riesgo bajo de 18% a 10%."

PERSPECTIVAS ECONOMICAS PARA 2023:

El siguiente artículo, publicado en la página WEB de Corficolombiana,(https://investigaciones.corficolombiana.com/macroeconomia-y-mercados/informe-anual/perspectivas-economicas-2023-todos-por-la-economia/informe_1248481.), muestra una perspectiva del comportamiento de la economía Colombiana para el año 2023:

Perspectivas económicas 2023: Todos por la Economía

Luego de registrar en 2021 y 2022 una notable recuperación al choque que generó la pandemia, la economía mundial se desacelerará con fuerza en 2023, con riesgos crecientes de que algunos países desarrollados entren en recesión. Este cambio en el ciclo económico está teniendo lugar en medio de los niveles de inflación más altos de este siglo y de un incremento agresivo de las tasas de interés de los bancos centrales. Lo anterior viene generando temores de que el mundo entre en un episodio de estanflación. **El endurecimiento de las condiciones financieras terminará debilitando la demanda, sin que se hayan solventado aún los problemas en las cadenas globales de abastecimiento que surgieron durante la pandemia y que se agudizaron luego del conflicto bélico entre Rusia y Ucrania.**

¿Cómo llega Colombia a enfrentar este desafiante panorama externo? En los últimos dos años, la economía tuvo uno de los desempeños más sobresalientes de América Latina. Según nuestros cálculos, **el PIB de 2022 sería un 11% superior al nivel pre-pandemia (2019)**, impulsado por el consumo de los hogares y favorecido por el aumento en los términos de intercambio del país, gracias al aumento en los precios internacionales del petróleo.

Sin embargo, Colombia está sufriendo un proceso inflacionario y de deterioro de las condiciones financieras más agudo que otros países referentes en la región como Brasil, Chile, México y Perú. La depreciación del peso colombiano en los últimos 6 meses supera el 30%, la prima de riesgo medida a través de los CDS se ubica por encima de la que tienen países con calificaciones crediticias más bajas que Colombia y el mercado local de deuda pública registra desvalorizaciones históricas que han elevado ostensiblemente el costo de financiación del Gobierno y de las empresas. Por su parte, **el Banco de la República elevó su tasa de interés desde 1,75% en septiembre de 2021 hasta 11,0% en octubre de 2022, y creemos que tendrá que llevarla al menos a 12,5% en los próximos meses para hacer frente a los retos macroeconómicos actuales.**

Bajo este contexto, **todos tendremos que poner de nuestra parte para proteger la economía de nuestro país en 2023. Todos por la economía.** El concepto puede parecer extraño porque la noción de economía parece ser foránea y ajena a las circunstancias de cada uno. No obstante, en lo particular y concreto, la economía no es otra cosa que la apuesta que todos los días hacemos para avanzar en nuestros proyectos de vida.

La administración de Gustavo Petro ha prometido un cambio, lo cual es sin lugar a duda bienvenido, en un país con tantos problemas estructurales como el nuestro, atravesado por la desigualdad y la exclusión que genera un mercado laboral mayoritariamente informal. Este cambio, no obstante, no puede ocurrir en el vacío. La posibilidad de cambio está actualmente mediada por condiciones financieras más difíciles, por lo cual el Gobierno debe reconciliar su agenda de reformas con una situación financiera más adversa, lo que implica modular sus expectativas de gasto social en procura de mayores eficiencias y de una agenda de proyectos transformadores, y no de solo transferencias sociales e iniciativas fragmentadas y montos pequeños de poco impacto.

El sector privado, por su parte, debe jugar un papel activo en la búsqueda de motores de cambio, impulsando las iniciativas que hagan de Colombia un país más incluyente, pero sin dejar de reclamar condiciones más favorables para los proyectos de emprendimiento formal. **El balance del próximo año**

estará en función de la capacidad que tengamos entre todos de alcanzar acuerdos y proteger la creación de riqueza con un carácter social transformador. Un año de todos por la economía.

Igualmente el siguiente artículo, publicado en la página WEB de la ANDI, (https://www.andi.com.co/Uploads/INFORME%20PERSPECTIVAS%20ANDI%202023.pdf) también muestra un análisis del comportamiento de la economía Colombiana en la vigencia 2022 y la perspectiva para la vigencia 2023.

BALANCE 2022 Y PERSPECTIVAS 2023 ¿Cómo mantener y generar empleo? El gran reto para el 2023 Por @BruceMacMaster Presidente de la ANDI.

Terminamos el 2022 en Colombia con una economía dinámica que logró uno de los mayores crecimientos del planeta en un ambiente turbulento y enrarecido. La pregunta ahora es ¿Qué traerá el 2023? ¿Qué podemos hacer como país, empresarios y sociedad para generar más empleo, alcanzar mayor desarrollo económico y social y para que este año sea el comienzo de un mejor futuro? La incerGdumbre, los mercados voláGles, la amenaza de desaceleración y la alta inflación en el 2022 en el mundo, en el 2023 no sólo se mantendrán, sino que algunos incluso se agudizarán, por lo que es inevitable que esto impacte el crecimiento del país. Así, las proyecciones de crecimiento del PIB para este año oscilan entre el 0,5% y el 2,2%. Una cifra en todo caso baja, en la ANDI proyectamos esta cifra alrededor del 1%.

Panorama mundial

La invasión de Rusia a Ucrania, la alta inflación mundial, la interrupción de las cadenas globales de valor y la desaceleración de las principales economías hacen parte del panorama. Difícilmente podemos imaginarnos un país no afectado por la escasez de fertilizantes, altos precios de los alimentos o una crisis energética por la guerra. Pocas regiones no tuvieron alta inflación. Como respuesta a esto, la reacción de los bancos centrales fue sincronizada: Estados Unidos subió la tasa de interés de 0,25% en marzo de 2022 y a 4,50% en diciembre del mismo año; el Banco Central Europeo subió 50 puntos básicos, dejándola en 2,50%; el Banco de Inglaterra la subió en 50 puntos básicos, ubicándola en 3,50%; el Banco Central de Noruega a 2,75% y el Banco de Suiza la subió en 50 puntos, dejándola en 1%. Colombia no fue la excepción y la tasa de referencia que a finales del 2021 era de 1,75% creció el 5.800% llegando al 12%. Según el FMI, en 2022 la economía mundial habría crecido 3,2% frente a un pronóstico de 4,4%. Estados Unidos habría crecido 1,6% en 2022 y se esperaba un 3,3%. China habría crecido 3,2% y se preveía un 4,7%. En América Latina la proyección fue de 2,9% y el crecimiento habría sido de 3,5%; en Colombia, el diagnóstico fue 5,8% pero por revisiones al alza el PIB habría crecido entre 7% y 8%

Economía colombiana

En una perspectiva\va que cubre 15 años, Colombia se encuentra en términos de crecimiento por encima de la economía mundial, las economías avanzadas y de América Latina. Esto nos posiciona como una economía con potenciales de crecimiento, atractiva\va para la inversión, un activo que no podemos perder. Este comportamiento durante los dos últimos años se reflejó en algunos indicadores sociales: recuperamos las tasas de empleo de la prepandemia y se generaron más de 1.5 millones de empleos. Se evidenció como nunca que la mejor estrategia para generar empleo es impulsar el crecimiento económico. El pendiente es el altísimo nivel de pobreza y desigualdad. Esa debe ser nuestra gran angustia. En lo social, los retos exigen acciones oportunas y rápidas. Aunque mejoró el mercado laboral, una tasa de desempleo de dos dígitos es alta, niveles de pobreza cercanos al 40% son inaceptables y falta un camino para reducir la desigualdad.

Colombia se ha caracterizado por contar con indicadores de estabilidad que se acercan a los parámetros internacionales. Sin embargo 2020, 2021 y 2022 nos alejamos de esta tendencia favorable. La inflación del 12% supera con creces la inflación objetivo y es superior a la inflación mundial del 9,1%. Es común medir la vulnerabilidad macroeconómica mediante el seguimiento a los déficits gemelos. Al cierre de 2022 el déficit fiscal habría sido de 5,6% y el déficit en cuenta corriente alcanzó el 6%. Sin duda, desequilibrios de esta magnitud no son sostenibles en el mediano plazo. El sector público no puede endeudarse indefinidamente. El pago de importaciones, servicio de la deuda externa y los flujos de capital hacia el exterior, requieren fuentes de recursos sólidos, como es el caso de las exportaciones o la inversión

extranjera directa. Se suma el impacto de la reforma tributaria sobre la inversión, el sector empresarial y sobre el minero energético. Parte de la estabilidad económica dependerá del uso que se dé a los recursos provenientes de esta reforma, ¿de qué porcentaje de esta se dedique a reducir el déficit y reducir la deuda?

Pronóstico de crecimiento

Para el 2023 los pronósticos de crecimiento de distintos analistas fluctúan entre 0,5% y 2,2%. Como indicamos, nuestro análisis arroja que lo más probable es que este se sitúe en 1%. Claramente esa tasa es insuficiente e impactará la generación de empleo y la capacidad de las empresas de emprender nuevos proyectos de inversión productiva, comprometiendo el crecimiento futuro.

Centro de pensamiento	Proyección crecimiento económico en 2023
ANDI	1%
Gobierno	1.2%
Banco Mundial	2,1%
Cepal	1,5%
OCDE	1,2%
FMI	2,2%
Fedesarrollo	1,5%
Banco de la República	0,5% - 1,1%

• ¿Cuáles entonces son los motores de crecimiento? La agroindustria mencionada por el gobierno como estratégica. Para que sea realidad, es clave adelantar inversiones en bienes públicos, en semillas certificadas, distritos de riesgo, vías terciarias, dar claridad sobre el uso de la tierra; y garantizar un acceso a materias primas competitivas para los bienes finales y un abastecimiento de los energéticos que requiere esta cadena.

• Impulsar y diversificar las exportaciones industriales debe ser prioridad. Esto no llegará si no actuamos decididamente. Somos una economía con un alto costo país, en la que los trámites son engorrosos y sin políticas industriales audaces. La infraestructura debe ser una prioridad nacional.

Análisis del Mercado Sector Salud:

El siguiente articulo nos reseña una visión del portal : Consultorsalud-2023 Reforma a la Salud 2023 – Estos son los principales contenidos (última hora), publicado en el siguiente link:https://consultorsalud.com/reforma-a-la-salud-2023-estos-son-los-principales-contenidos/

A continuación las principales ideas que contiene el articulado que ha sido presentado al presidente de la república Dr. Gustavo Petro y siembra las bases para las primeras discusiones reales sobre el futuro de la reforma a la salud 2023.

CONSULTORSALUD consultó previamente a la Ministra Carolina Corcho, antes de realizar esta publicación, reconociendo su alineamiento con los textos, y aunque aún no contiene el articulado de la reforma (al cual se le está puliendo la exposición de motivos), nos deja ver definitivamente el enfoque claro del gran cambio a la institucionalidad sectorial

ADRES, desconcentración, fondos regionales y situación de fondos

> **Como previamente lo reportó la Corporación Latinoamericana Sur, el proyecto de Ley establece que sea el Estado a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES, quien de forma descentralizada administre los recursos públicos de la salud.**
>
> **Se constituirían unos fondos regionales a quienes se asignarían los recursos y esos fondos regionales serían los que pagarían de forma directa a las redes integradas e integrales de la región.**
>
> **En cada departamento habría un gerente departamental y unos gerentes distritales.**
>
> **A esos fondos regionales se les asignaría un monto de recursos para atender y pagar de forma directa a las clínicas y los hospitales que estarían en redes integrales e integradas velando por lograr el mayor nivel de autosuficiencia.**

Los fondos regionales no tendrían situación de fondos que estarían centralizados en la ADRES. El giro se hará de forma directa a los prestadores de servicios. De esta forma el proyecto de Ley elimina la gestión financiera y las funciones de las EPS las asumen otras instancias.

Puerta de entrada al sistema

La puerta de entrada al nuevo sistema serán los Centros de Atención Primaria en salud que estarían constituidos en todo el territorio nacional.

Para atender a toda la población se requieren establecer unos 3.000 centros. Cada centro atendería a una población de entre 20 a 25 mil personas. Los Centros se organizan en el territorio.

Todos los habitantes del territorio se registrarían en su Centro de Atención Primaria que estaría constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y de más personal de la salud. En muchos municipios del país, cerca de 900, el Centro de Atención Primaria estaría constituido por los hospitales existentes en dichos municipios. Estos Centros son de carácter resolutivo.

Los pacientes que requieran atención con especialistas serán remitidos desde el Centro de Atención Primaria a los centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, restableciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.

Los pacientes no tendrán que hacer los trámites administrativos, estos trámites los asume el Centro de Atención Primaria en Salud que los remite a la red de prestadores de servicios de salud que estarán constituidas por clínicas y hospitales públicos, privados y mixtos.

Las redes integradas e integrales estarán conformadas por los prestadores de servicios de salud, clínicas, hospitales, centros de ayudas diagnosticas existentes en las región tanto públicos como privados y mixtos. A esas redes se remitirían los pacientes que requieran atención especializada.

Sistema de información y autonomía del paciente

El proyecto de ley contempla la creación de un sistema único de información que además permita el control de los recursos públicos, y que en tiempo real permita el seguimiento de las operaciones financieras y el control social de los recursos de la salud.

Un sistema robusto de participación ciudadana para la lucha contra la corrupción.

El proyecto de ley contempla los dos ámbitos de la participación que están contemplados en la Ley Estatutaria de Salud, por una parte, debe garantizar la autonomía en la toma de decisiones por parte del paciente y la participación en las decisiones del sistema de salud.

El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que lo afectan o le interesan.

Gobernanza del nuevo sistema de salud

El proyecto de ley genera espacios y escenarios de actuación de los ciudadanos y sus organizaciones en la definición de las políticas públicas en salud. En este sentido el proyecto ley establece que la dirección del sistema de salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Consejo Nacional de Salud.

En los niveles departamental, distrital y municipal será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de administrar los fondos territoriales de salud que ejercerán la función de Autoridad Sanitaria en el territorio correspondiente, en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

37 integrantes del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de salud será una instancia de dirección del sistema de salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social con autonomía decisoria quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de políticas públicas de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.

Estaría integrado por 37 miembros de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: el ministro de Salud y Protección social quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del Trabajo; el ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director Nacional de Planeación. Tres representantes de las secretarías territoriales de salud y 29 representantes de la sociedad civil. El Superintendente de Salud y el director de la Adres quienes asistirían con voz, pero sin voto.

Dentro de sus funciones principales se contemplan

Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales en salud, en especial, la salud pública.

Proponer políticas frente a los determinantes sociales de la salud que el ministerio de salud deberá tramitar ante las instancias del gobierno respectivas (agua potable, medio ambiente, alimentación, etc.).

Llevar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

Velar por el buen funcionamiento del sistema de salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector de la salud.

Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas del Senado y de la Cámara de Representantes y

Adoptar su propio reglamento.

Los Consejos Territoriales de Salud asumirán estas funciones en el ámbito de su territorio.

Consejos Regionales de salud

Se establecerán Consejos Regionales de Salud conformados por departamentos y distritos. Los Consejos Regionales de Salud serán tripartitos:

Un tercio serían delegados del gobierno nacional, departamentales y distritales;

Un tercio delegados de los trabajadores y

El tercio restante delegados de los empresarios de la región.

Estos Consejos Regionales son muy importantes y dentro de sus funciones serán los organismos que contratan con las redes integrales e integradas de salud de su región.

En cada Centro de Atención Primaria en Salud se conformará un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud, conformado por siete (7) miembros de los cuáles:

Cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales del territorio que cubre el Centro y Dos (2) por el personal de la salud que labore en el Centro.

Presidirá dicho Consejo el director o secretario de salud del municipio o su delegado.

No habrá ubicación de fondos sino recursos asignados con una composición estándar para cada Centro de Atención Primaria Resolutiva en Salud.

Se mantienen además los espacios de participación social y ciudadana definidos en las leyes 10 de 1990, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 así como en las leyes 134 de 1994 y 1757 de 2015.

Laboralización de los trabajadores de la salud

El proyecto propone la laboralización de trabajadores de la salud mediante las cuatro modalidades que ya contempla el Código Sustantivo del Trabajo.

Se crea una Dirección en el Ministerio del Trabajo que debe hacer un proceso de seguimiento a esa laboralización de los trabajadores de la salud la cual deberá rendir un informe anual a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara de Representantes sobre la marcha de esa laboralización de los trabajadores de la salud tanto en el sector público como en el sector privado. Diversos estudios han mostrado que el 80% de los trabajadores de la salud están precarizados laboralmente.

Inspección Vigilancia y Control

El proyecto además fortalece a la Superintendencia de Salud que tendrá que responder en 72 horas a las Demandas, Peticiones. Quejas y Reclamos que hoy superan el millón de quejas al año. Se busca que la Superintendencia de Salud tenga dientes para proteger los recursos públicos de la salud y para que sea el principal aliado de los pacientes dentro del nuevo sistema de salud.

El portal CNN en español, publica en su página WEB https://cnnespanol.cnn.com/2023/02/10/reforma-salud-petro-colombia-principales-puntos-explainer-orix/) artículo en el cual hace un análisis Los puntos clave de la reforma a la salud de Petro en Colombia y sus críticas

Por CNN Español 11:03 ET(16:03 GMT) 10 Febrero, 2023

El Gobierno del presidente de Colombia, Gustavo Petro, está presentando una reforma a la salud calificada como muy ambiciosa y también como polémica por sectores opositores y dentro del mismo Ejecutivo, cuya finalidad será transformar el actual modelo de salud para, según él, hacer que la salud sea derecho universal en el país, y no sea, como asegura, un negocio.

Como se puede esperar de cualquier propuesta de reforma de un Gobierno, el asomo de un revolcón al sistema actual de salud ha generado discusiones públicas por preocupaciones alrededor de la prestación del servicio. El Gobierno ha dicho que esta reforma busca llevar un modelo de salud preventiva a los vulnerables y, un punto clave, es que los recursos públicos sean administrados por el sector público y no por privados, como ocurre actualmente.

Se espera que este viernes el mismo Petro —y no la ministra de Salud de Colombia, Carolina Corcho— radique la reforma ante el Congreso, donde deberá surtir debates y quizá modificaciones, antes de una aprobación final, en caso de que ocurra.

Estos son los tres pilares de la reforma a la salud.

1. **Cambio de las EPS y pago directo a hospitales**

El objetivo principal de la reforma a la salud consiste en que los recursos públicos de la salud sean administrados por una entidad pública. Y aquí está un enredo mayor relacionado con la prestación del servicio de salud.

Para entender este punto, hay que saber algunas cosas del sistema de salud de Colombia.

Primero: en el país existen las figuras de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Estas son entidades privadas responsables de la afiliación, el registro y la atención de los afiliados al sistema de salud. También recaudan dinero de las cotizaciones y su función es "organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud". Es decir: las EPS prestan el servicio de salud a las personas que pagan seguridad social.

El Gobierno ha dicho que muchas EPS son insolventes y tienen déficit financiero, lo cual llevaría a una liquidación de las entidades prestadoras de salud, que al declararse en bancarrota por millonarias deudas, dejan de atender al público. Actualmente en Colombia, 16 EPS están en proceso de liquidación, según datos de la SuperIntendencia de Salud.

"La realidad es que si se liquida alguna de esas EPS, hay que hacer un traslado masivo a las EPS que sí cumplen los indicadores y (si se recarga una EPS) se desploma el sistema, se tienen que declarar en insolvencia. Es decir, es un castillo de naipes que no es nuevo", dijo Corcho esta semana.

Segundo: la Adres

Una vez estas EPS prestan el servicio de salud (por ejemplo una cita con un médico general o un odontólogo) pasan factura de cobro a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Adres.

La Adres administra todos los recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es decir todo el dinero que entra tanto del Estado (a través de los impuestos), como de los parafiscales (que son los aportes de salud de personas y empresas) y recursos del Sistema General de Participaciones.

Entonces las EPS le pasan a la Adres las facturas por atender a las personas. La Adres les paga el dinero y las EPS se encargan del pago de médicos, enfermeras, y todo lo relacionado la prestación de servicios de salud. Es decir: el dinero público se entrega a privados. Y ese es el cambio que busca esta reforma a la salud.

"Tenemos un sistema en donde el Estado perdió el control de millonarios recursos públicos. Después de que esos recursos entran al fondo Adres, que es el gran recaudador, salen a un administrador particular y de ahí para adelante no sabemos", señaló la ministra Corcho en la Academia Nacional de Medicina de Colombia la semana pasada, al discutir la reforma con un sector del gremio médico.

¿Qué es lo que propone el Gobierno? Que con la reforma sea el fondo Adres el que pague directamente a las clínicas y a los hospitales. Y de ahí a enfermeras, médicos y todo el personal de salud.

Esta semana las críticas a este punto de la reforma llegaron incluso de sectores cercanos al presidente Petro, como su ministro de Educación, Alejandro Gaviria, quien a su vez fue ministro de Salud durante el Gobierno del presidente Juan Manuel Santos. Gaviria dijo que no está de acuerdo con que haya "un pagador único que recibe facturas, que hace absolutamente todo", que es la propuesta de que la Adres sea el único pagador.

"Eso puede ser el caos", dijo Gaviria en el programa La Tele Letal. Además expresó dudas sobre la gestión farmacéutica, y puso en duda la transición de la eliminación de las EPS, así como críticas a que las entidades territoriales se encarguen de los pagos de servicios médicos en un país con altos niveles de corrupción por parte de políticos en el manejo de dineros públicos.

Gaviria dijo que expuso sus diferencias con la reforma en una reunión de ministros y que su compromiso con el gobierno Petro sigue intacto.

¿Qué dicen las EPS?
La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), un gremio que asocia a las EPS, defendió la labor de las EPS asegurando que "con recursos limitados

hacen uso eficiente de los recursos para que todos los colombianos estén cubiertos en salud, independientemente del tratamiento que se necesite".

También dicen que contratan los servicios apropiados para el tratamiento y, a diferencia de un hospital, coordinan una red de prestadores de salud para que las personas sean atendidas: "Por supuesto que hay demoras, pero los índices de acceso respecto de otros países son muy aceptables", escribió Acemi al expresar las preocupaciones sobre la posibilidad de que las EPS se acaben por falta de solvencia, como sostiene el gobierno.

El presidente Gustavo Petro se reunió este jueves con representantes de las EPS, un encuentro que calificó como "excelente" y dijo que estas "valoran la necesidad de implementar el modelo de salud preventiva y atención primaria en toda Colombia".

2. Establecer un modelo de atención primaria en salud

La reforma propone establecer un modelo de atención primaria de salud en el que todos los colombianos puedan tener acceso a una atención primaria de salud, que incluye consulta de urgencias, atención de medicina general y una sala de partos.

Esto es importante sobre todo para el sector rural, las áreas más alejadas del país y en los barrios más pobres de las ciudades, puesto que, según cifras del Gobierno, en Colombia de casi 1.100 municipios, hay 600 sin sedes de salud en zonas rurales. Y 183 municipios con una sola sede de salud en zonas rurales.

"Vamos a fortalecer el sistema de salud a partir de crear un sistema preventivo de la salud. Que la gente intente, con el sistema preventivo, evitar la enfermedad hasta donde sea posible", dijo el presidente Gustavo Petro esta semana al discutir la reforma que plantea.

"Que podamos llegar con médicos a esa casa del campesino donde está la mujer embarazada... ¿Por qué no podemos desplegar un servicio donde es el hospital el que va a la casa de las personas y no las personas llegar moribundas a buscar una cita en el hospital", dijo Petro al hablar de los objetivos de la reforma.

Este punto buscaría una estrategia de salud preventiva, con atención primaria para evitar las enfermedades. Para esta estrategia se buscará formalizar a los trabajadores de la salud y darles un incentivo para que vayan a trabajar a zonas dispersas y rurales, dijo la ministra Corcho. Además, debe establecerse un perfil epidemiológico en cada departamento y municipio para establecer lo que se necesita para la atención primaria en cada lugar, agregó la funcionaria.

3. Dignificación laboral

Otro flanco al que apunta la reforma es a la "dignificación" de los trabajadores de salud. Es decir, pagarles salarios mejores a todo este sector, pues según el Gobierno, "el personal que cuida la vida no puede estar precarizado".

Según la ministra Corcho, para este punto se hará un proceso de concertación con el Gobierno para establecer la escala salarial del contrato laboral de enfermeros y médicos, para que trabajen sin exclusividad. La prioridad para aplicar esto "será gradual" y "en el nivel primario": los primeros beneficiarios serán los enfermeros y auxiliares de enfermería, que tienen salarios bajos.

Las críticas

El Gobierno ha enfrentado crítica a este proyecto en primera instancia por lo que para algunos es la falta de debate y porque no se conoce el texto final de la iniciativa hasta este momento.

La ministra de Salud ha dicho que si hay críticos es porque sí se conoce el proyecto de reforma, sin embargo aclara que el texto de la reforma no ha sido público hasta ahora debido a que se adelanta la redacción final de las disposiciones y sobre todo, se están coordinando temas sobre presupuesto junto a asesores del Ministerio de Hacienda para establecer la financiación.

Entre tanto, hay rechazo a que se eliminen las EPS puesto que para muchos, la atención en salud quedaría en manos de grandes hospitales que, dicen, no tendrían la capacidad.

Una encuesta sobre el sistema de salud hecha en febrero por Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), reveló que el 63% de los encuestados está en desacuerdo con que se eliminen las EPS y que su función sea ejecutada por una entidad pública únicamente. Y el 67% de los encuestados dice que no estaría dispuesto a renunciar a su servicio actual de salud (prestado por una EPS) y trasladarse a un sistema público.

Otras críticas vino por parte del presidente del Senado, Roy Barreras, otro gran aliado de Petro, quien no estuvo de acuerdo en acabar con las EPS. Barreras dijo que si bien hay abusos por parte de las EPS, hay otros servicios que estas prestan que no pueden acabarse.

"Eso hay que mejorarlo, corregirlo", dijo Barreras a revista Semana sobre los errores de las EPS que hay que mejorar. "Pero no se hace destruyendo un sistema de información, de calidad, de administración de riesgos que tiene 30 años".

"¿Qué hacen las EPS hoy, además de prestar el servicio? Ellas hacen muchas otras cosas: auditan dos millones de facturas mensuales. Son 1.000 millones de

servicios al año. Si usted desbarata todo eso, ¿quién va a hacer la revisión de las facturas?", dijo Barreras a Semana.

Al respecto, Alfonso Prada, vocero del Gobierno Petro, dijo este jueves que la reforma no eliminará las EPS y que esas entidades tienen la posibilidad de acomodarse al nuevo modelo de salud y hacer parte de lo que sería el nuevo sistema. Prada dijo que el Gobierno reconoce los 30 años de experiencia de las EPS en manejo de información y prestación de servicio, y se espera que esto sea puesto al servicio de la salud de los colombianos.

1.1 Acuerdos Comerciales

Se deja constancia que el presupuesto oficial del proceso de contratación es inferior al valor a partir del cual los Acuerdos Comerciales son aplicables, el presente proceso NO está cubierto.

2. ANALISIS DE LA DEMANDA

2.1. El artículo 30 del Decreto 907 de 1975 y el artículo 35 del Decreto 1014 de 1978, modificado por el artículo 16 del Decreto 415 de 1979, establecieron el servicio médico para los beneficiarios del empleado, ya sea que lo asuma directamente la entidad, o lo contrate con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial para los parientes de los empleados. Posteriormente reglamentado por el Acuerdo 24 de 1978, Resolución 312 de 1987, Acuerdo 30 de 1998 y Acuerdo 0007 de 2009.

2.2. La Convención Colectiva de Trabajo vigente suscrita por la entidad con el Sindicato de Trabajadores Oficiales del SENA – SINTRASENA, establece en su artículo 28 que la familia del trabajador oficial gozará del Servicio Médico Asistencial de acuerdo con el reglamento que se encuentre vigente.

2.3. El artículo 7 de la Ley 4 de 1976, determina que la familia del pensionado tiene derecho a los servicios médicos y odontológicos establecidos por la entidad para los familiares del empleado y trabajador oficial.

2.4. Los artículos 32, 33 y 34 del Acuerdo 24 de 1978, faculta al Director General del SENA para establecer mediante resolución las tarifas que deben ser reconocidas en el Servicio Médico Asistencial para la atención de los beneficiarios por parte de los profesionales y entidades de salud contratados por el Servicio Médico Asistencial.

2.5. La Resolución No. 824 del 24 de mayo de 2022, establece las tarifas y topes de prestación de Servicios Médicos y odontológicos, para el Servicio Médico Asistencial del SENA. La tarifa autorizada para la Regional Bolívar, como referente de contratación, es la Tarifa SOAT vigente.

2.6. El SENA está en la obligación de garantizarle la salud y la vida a los beneficiarios debidamente inscritos en el Servicio Médico Asistencial, brindándole la atención necesaria en una sede por parte del médico y odontólogo asesor.

2.7. De acuerdo al reporte del Aplicativo del SMA, El Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar, presta servicios a doscientos diecisiete (217) beneficiarios aproximadamente.

2.8. Actualmente en el SMA existen beneficiarios que presentan este tipo de patologías y requieren la prestación de este tipo de servicios.

3. Adquisiciones previas de la entidad

3.1. En las vigencias anteriores la Regional Bolívar, ha suscrito contratos para la prestación de servicios de salud en Rehabilitación Integral para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar, los cuales se detallan a continuación:

Vigencia	Prestador	Valor
2010	MEDIHELP	100.000.000
2010	NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	100.000.000
2010	FUNDACION CLNICA SAN JUAN DE DIOS	200.000.000
2011	FUNDACION CLNICA SAN JUAN DE DIOS	300.000.000
2012	FUNDACION CLNICA SAN JUAN DE DIOS	93.000.000
2013	CLINICA BLAS DE LEZO	100.000.000
2013	FUNDACION CLNICA SAN JUAN DE DIOS	150.000.000
2014	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	135.000.000
2015	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	60.000.000
2016	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	74.000.000
2017	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	30.000.000
2018	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	55.000.000
2019	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	60.000.000
2020	CLINICA GESTIÓN SALUD	40.000.000
2021	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	70.000.000
2022	CLINICA GENERAL DEL CARIBE	31.000.000

3.2. A continuación se presenta cuadro en el cual se detallan procesos adelantados en diferentes Regionales del SENA.

Vigencia	Regional	Valor
2015	San Andres	93.000.000
2015	Cesar	118.500.000
2015	Antioquia	160.000.000
2016	Bogotá D.C.	1.534.233.110
2017	Santander	90.000.000
2017	Magdalena	30.000.000
2107	Cund. Fusagasuga	30.000.000
2018	Atlántcio	300.000.000
2018	Cesar	120.000.000
2019	Norte de Santander	118.500.000
2019	Bogotá D.C.	70.000.000
2019	Boyacá	75.000.000
2020	Norte de Santander	53.850.000
2020	Sucre	80.000.000
2021	Meta	46.779.886
2021	Norte de Santander	73.350.000
2022	Tolima	61.396.314
2022	Valle	30.000.000

3.3. A continuación se presenta cuadro en el cual se detallan procesos adelantados en otras entidades estatales:

Vigencia	Entidad	Valor
2015	Policia Nacional Direccion General	200.000.000
2015	Policia Nacional Risaralda	2.300.000.000
2015	Direccion Geenral Sanidad Militar (Cordoba)	494.000.000
2014	Policia Nacional Direccion Santander	1.541.027.888
2014	Policia Nacional Direccion Risaralda	172.056.016
2014	Policia Nacional Direccion Boyaca	470.000.000
2018	Armada Naacional Hospital Naval de Cartagena	78.000.000
2019	POLICIA METROPOLITANA DE CUCUTA	82.000.000
2020	POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES	87.673.394
2021	DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN	90.000.000
2022	INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI	50.000.000
2022	DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	99.000.000

4. ANALISIS DE LA OFERTA

A fin de establecer los requisitos habilitantes para el presente proceso de contratación el Despacho de dirección Regional del SENA en Bolívar 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, se consideraron las condiciones que estuvieron sujetas a estas:

De acuerdo a la Guía del Directorio Telefónico de la ciudad en los servicios a contratar, se detallan algunos de los prestadores de servicios:

GUIA MEDICA DIRECTORIO TELEFONICO	
Especialidad	**prestador de servicio**
Clinica Hospitales	Clinica Cartagena del Mar
Clinica Hospitales	Clinica Blas de Lezo
Clinica Hospitales	Clinica San Jose de Torices
Clinica Hospitales	Nuevo Hospital Bocagrande
Clinica Hospitales	Clinica Madre Bernarda
Clinica Hospitales	Clinica General del caribe

Nota: La información del cuadro solo tiene en cuenta lo evidenciado en el presente estudio de mercado

Los aspectos anteriormente señalados, el presupuesto asignado al inicio de la vigencia 2023, los meses para ejecución del contrato, la cantidad de beneficiarios a atender, la ejecución de contratos en las vigencias anteriores, el cual de acuerdo al consumo y las patologías presentadas por los beneficiarios ha sido ejecutado en su totalidad, lo cual obliga a llevar a cabo un nuevo proceso de contratación para garantizar la continuidad del servicio a los beneficiarios en la presente vigencia y teniendo en cuenta la distribución de esos recursos en las diferentes especialidades y necesidades a contratar, se concluye en la necesidad de contratar dicho servicio por un valor estimado de Cincuenta Millones de Pesos ($50.000.000.oo), hasta el 31 de diciembre de 2023.

Con la presentación de este estudio, se da a conocer el comportamiento del valor para los servicios requeridos por el SENA Regional Bolívar, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, quedando evidenciada la necesidad del contrato tendiente a cumplir con los propósitos establecidos para la buena marcha y oportuno cumplimiento de los cometidos del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, a través del Servicio Médico Asistencial, por consiguiente se solicita adelantar el proceso contractual.



Firmado digitalmente por JAIME TORRADO CASADIEGOS
Fecha: 2023.05.11 09:54:28 -05'00'

JAIME TORRADO CASADIEGOS
Director Regional

proyecto: Jorge Ramírez Bertel

Revisó: Alejandro Robledo