60

## ANEXO 1. ETAPA DE PLANEACIÓN

ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN
(Artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015)

La secretaria Departamental de Salud deja constancia en el presente documento del análisis referido al sector de bienes y servicios relativo al objeto del Convenio de Desempeño que se pretende celebrar, desde la perspectiva del artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015 y de conformidad con los lineamientos definidos por Colombia Compra Eficiente en la "Guía para la Elaboración de Estudios del Sector".

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

**1.1. DEPENDECIA QUE ORIGINA.** Secretaría Departamental de Salud.

**1.2. IDENTIFICACION DEL OBJETO.** EL CONVENIO DE DESEMPEÑO, ESTÁ DESTINADO A FORTALECER FINANCIERAMENTE A EL HOSPITAL SANTA CATALINA E.S.E. DE EL CAIRO, CON EL GIRO DE RECURSOS DESTINADOS AL PAGO DE PASIVOS EXISTENTES, PROCURANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO.

**1.3. CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS DE UNSPSC (THE UNITED NATIONS STANDARD PRODUCTS AND SERVICES CODE).**

| NOMBRE DEL GRUPO | GRUPO | SEGMENTO | FAMILIA | CLASE | PRODUCTO |
|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIOS | F | 85 Servicios de salud | 8510 Servicios integrales de salud | 851017 Servicios de administración de salud | 85101705 Administración de salud publica |

**1.4. REGISTRADO EN EL PLAN ANUAL DE ADQUISICION. El proceso de contratación se encuentra previsto en el Plan Anual de Adquisiciones del año 2022, así:**

| CÓDIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 85101705 | Administración de salud publica |

**1.5. VALOR:** El presupuesto oficial para la ejecución del contrato es por la suma de CIEN MILLONES DE PESOS MCTE. ($100000000), incluidos todos los costos directos e indirectos que se causen en la ejecución del convenio.

**1.6. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACION:**

Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 6000000074 del 05 de junio de 2023.

### A. ASPECTOS GENERALES DEL SECTOR

El Valle del Cauca, limita al norte con los departamentos de Risaralda y el Chocó. Al sur con el Departamento del Cauca. Al oriente con Quindío y Tolima, y al Occidente con el océano Pacífico y el Chocó.

Uno de los productos más importantes del departamento es la industria azucarera el cual le provee a mercados de Colombia y países cercanos; su capital Cali ha sido nombrada por varios cantantes de salsa como "la Capital Mundial de la Salsa".

Está localizado en el suroccidente del país, en el centro de la región pacífico, entre el flanco occidental de la cordillera central y el océano pacífico, ubicado geográficamente en latitud 4° 35´ 56.57" y longitud 74° 4´ 51.30". Tiene una superficie total de 21.195 km2, que representa el 1.9% del territorio nacional, se encuentra dividido en 40 municipios y dos

distritos, Según datos del DANE "Proyecciones y retroproyecciones de población departamental para el periodo 1985-2017 y 2018-2050 con base en el CNPV 2018", consultada el 31 de Octubre de 2023 su capital, el Valle del Cauca del cual para el año 2023 cuenta con una población de 4.638.029, de esta el 86% se encuentra ubicada en Cabecera Municipal y el 14% en Centros Poblados y Rural Disperso, como se muestra a continuación:

| PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL DEPARTAMENTAL. PERIODO 2018 - 2050. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DP | DPNOM | AÑO | ÁREA GEOGRÁFICA | Total |
| 76 | Valle del Cauca | 2023 | Cabecera Municipal | 3.972.260 |
| 76 | Valle del Cauca | 2023 | Centros Poblados y Rural Disperso | 665.769 |
| 76 | Valle del Cauca | 2023 | Total | 4.638.029 |

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

En Colombia la salud se proyecta con incertidumbre para el 2023, de acuerdo con los expertos del sector. Sin embargo, las expectativas también se evidencian positivas a pesar de las perspectivas.

En meses pasados, varios de los comentarios de la ministra de Salud y Protección Social, Carolina Corcho, frente a la eliminación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), la reforma que se viene planteando, el manejo de la viruela del mono e incluso el desabastecimiento de algunos medicamentos, pusieron en alerta la situación del sector.

De acuerdo con Paula Acosta, presidenta de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi, en la proyección del sector se espera que en el primer trimestre del año en donde se tramitará una adición del presupuesto, se agreguen recursos para la salud, en particular para el aseguramiento, de tal forma que se garantice la suficiencia para las prestaciones diarias a las cuales de acceden todos los colombianos.

*"Hoy venimos registrando un aumento en la frecuencia de servicios que están asociadas a varios factores como los traslados por la liquidación de las EPS, a la discusión de la reforma que genera incertidumbre dentro de la población y también a los efectos del covid prolongado*", aseguró la presidenta de Acemi.
Frente al tema de las EPS, Gustavo Morales Cobo, expresidente de Acemi, indicó que el próximo año va a ser "fascinante" para el sector. Sin embargo, manifiesta que las "legítimas preocupaciones de la ministra de salud sobre las deficiencias del sistema en las zonas rurales y en los sectores marginados contrastarán con el hecho de que una gran mayoría de los colombianos aprecia la labor que hacen las EPS en el cuidado de su salud".

Por otra parte, Morales Cobo aseguró que las EPS, van a transitar hacia un pacto político en el que asumirán de verdad el rol de garantes de riesgo en salud individual de los colombianos.

"*El estado fortalecerá su rol allí donde la competencia privada no logra hacer valer el derecho a la salud. Veo un año de grandes acuerdos, no de confrontación*", indicó Morales.

Frente al tema de la reforma a la salud, de la que hoy no existe documento, pero sobre la que se ha especulado, Gustavo Quintero, decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario manifestó que las proyecciones para el próximo año son muy inciertas, existiendo una genuina preocupación en el sector de los diferentes actores, por una reforma de la cual "no conocemos nada al momento".

Para el decano, "*lo que se está evidenciando ahorita con la desfinanciación del sistema, con las dificultades que están pasando las EPS, y con todo el tema de medicamentos, solo se presagia que lo que viene va a ser peor, de manera de que es una preocupación real,*

*recibiendo un 2023 con dudas y ansiedades por saber cómo esto puede tomar rumbos mejores*".

A su vez, Cristian Vanegas, gerente general de Healcont, aseguró que para el 2023, las IPS van a tornarse más sólidas, lo que se ve de manera positiva ya que se va a garantizar el derecho a la salud de las personas. Igualmente, para el gerente se debe ahondar en tecnología e innovación para el sector.

Sin embargo, en la línea de las atenciones, Vanegas manifestó que en su consideración y en mira de avances, "*el sistema no se vaya a volver un oligopolio, y se concentre la atención de población en unos actores*".
Para el gerente, siempre es sana la competencia con reglas claras, para brindar una mejor atención en todo el país.

- **ECONOMICO**

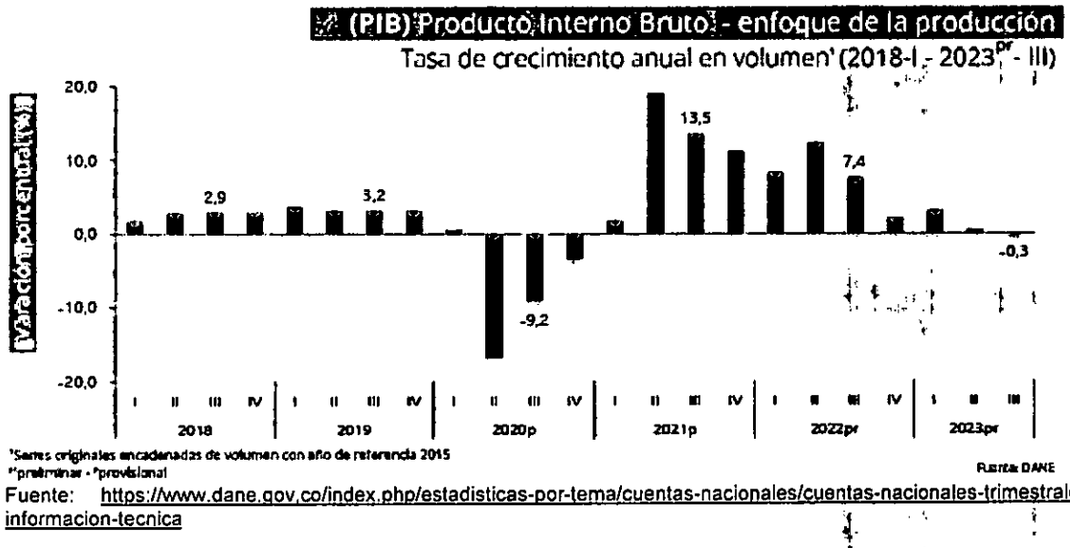
**El PIB**
es el valor total de los bienes y servicios finales producidos por el país durante un trimestre definido que sirve para encontrar la evolución, la tendencia y las transformaciones estructurales de la economía, a partir de datos comparables entre sí y con aquellos calculados para el año base.

**Producto Interno Bruto (PIB) nacional trimestral**

Información actualizada el 15 de noviembre de 2023

**Información III trimestre 2023pr**

En el tercer trimestre de 2023pr, el Producto Interno Bruto en su serie original, decrece 0,3% respecto al mismo periodo de 2022pr.




Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica

Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

- Industrias manufactureras decrece 6,2% (contribuye -0,8 puntos porcentuales a la variación anual).
- Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida decrece 3,5% (contribuye -0,7 puntos porcentuales a la variación anual).

- Construcción decrece 8,0% (contribuye -0,4 puntos porcentuales a la variación anual)

En lo corrido del año 2023pr, respecto al mismo periodo del año anterior, el Producto Interno Bruto presenta un crecimiento de 1,0%. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 4,0% (contribuye 0,6 puntos porcentuales a la variación anual).
- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio crece 11,8% (contribuye 0,4 puntos porcentuales a la variación anual).
- Actividades financieras y de seguros crece 8,8% (contribuye 0,4 puntos porcentuales a la variación anual).

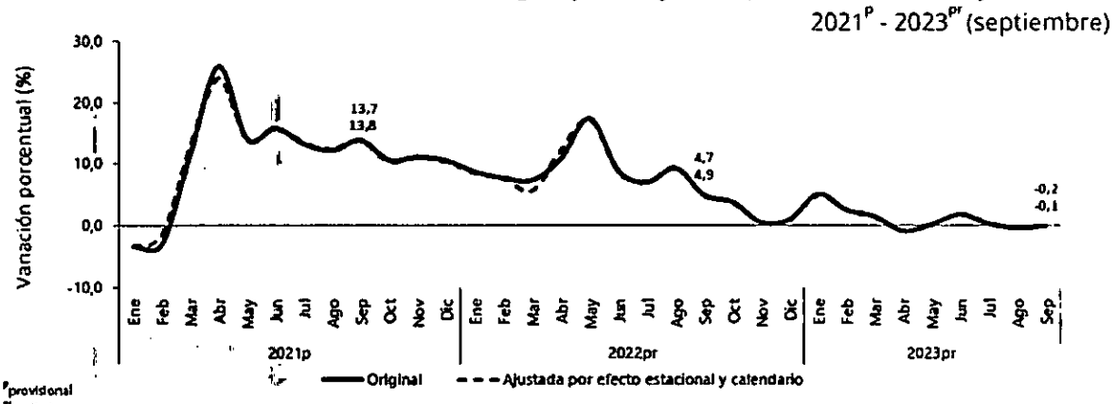
## INDICADOR DE SEGUIMIENTO A LA ECONOMÍA (ISE)

Información actualizada el 15 de noviembre de 2023

**Información septiembre de 2023pr**

(ISE) Indicador de Seguimiento a la Economía

Tasa de crecimiento anual - Serie original y serie ajustada por efecto estacional y calendario
2021p - 2023pr (septiembre)

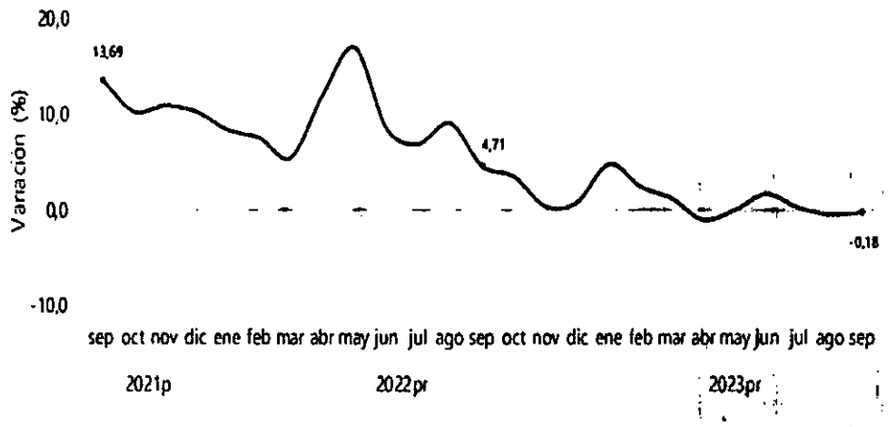



pprovisional
prpreliminar
Fuente: DANE, Cuentas nacionales

Para el mes de septiembre de 2023pr el ISE en su serie original, se ubicó en 121,29, lo que representó un decrecimiento de 0,13% respecto al mes de septiembre de 2022pr (121,45).

Tasa de crecimiento mensual del índice del Indicador de Seguimiento a la Economía (ISE) Serie ajustada por efecto estacional y calendario 2021p - 2023pr (septiembre) 4,27 -0,04 0,80 0,12 -8,0 -4,0 0,0 4,0 8,0 sep oct nov dic ene feb mar abr may jun jul ago sep oct nov dic ene feb mar abr may jun jul ago sep 2021p 2022pr 2023pr Variación (%) Fuente: DANE, Cuentas nacionales preliminar provisional 1.3 Comportamiento año corrido Para el periodo enero-septiembre de 2023pr, el ISE en su serie original, registró un crecimiento de 1,03% respecto al mismo periodo del año anterior, mientras que, para el año 2022pr, de enero a septiembre registró un crecimiento de 8,96%.

**Gráfico 5. Tasa de crecimiento anual del Índice del Indicador de Seguimiento a la Economía (ISE)**
**Serie ajustada por efecto estacional y calendario**
**2021p - 2023pr (septiembre)**



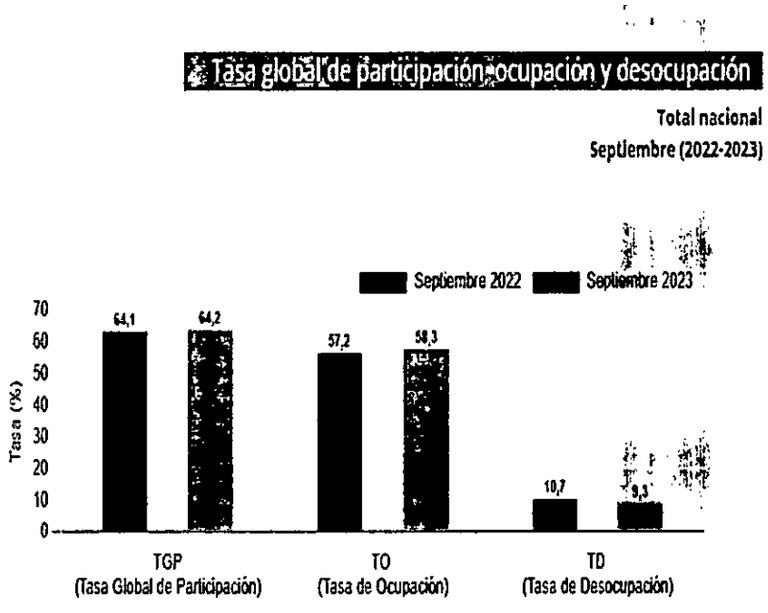

**Fuente:** DANE, Cuentas nacionales
pPreliminar
prProvisional

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/indicador-de-seguimiento-a-la-economia-ise

## DESEMPLEO:

### Información septiembre 2023

Para el mes de septiembre de 2023, la tasa de desocupación del total nacional fue 9,3%, lo que representó una disminución de 1,5 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2022 (10,7%). La tasa global de participación se ubicó en 64,2%, mientras que en septiembre de 2022 fue 64,1%. Finalmente, la tasa de ocupación fue 58,3%, lo que representó un aumento de 1,0 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2022 (57,2%).



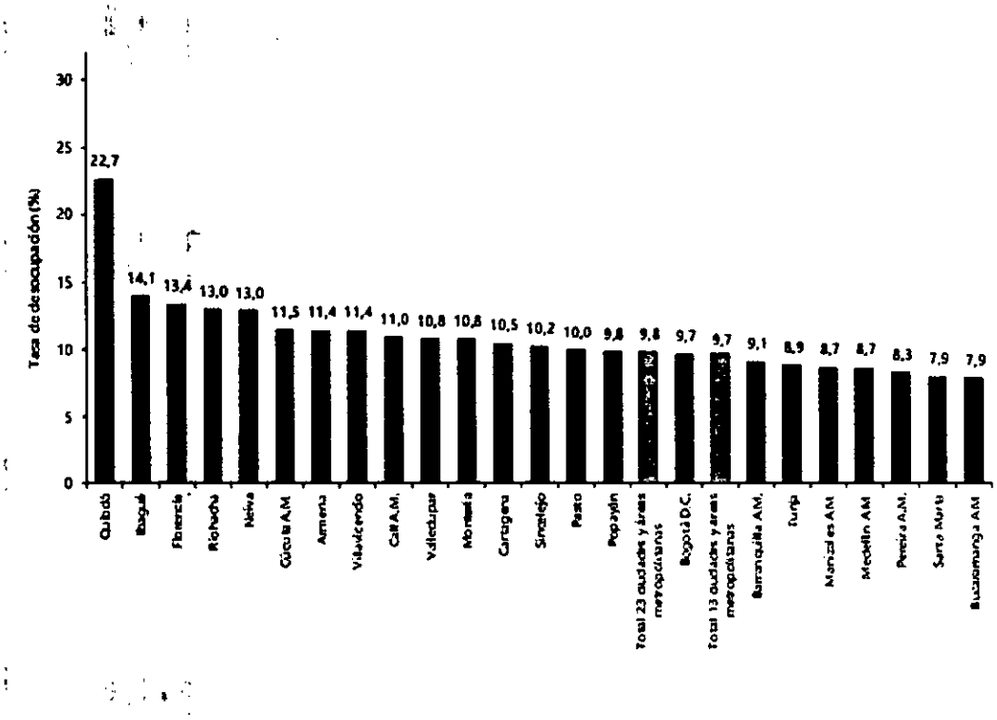

Fuente: DANE

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo

En septiembre de 2023, la tasa de desocupación en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 9,6%, la tasa global de participación se ubicó en 66,6% y la tasa de ocupación fue 60,2%. En el mismo mes de 2022 estas tasas fueron 10,4%, 66,7% y 59,7%, respectivamente.

## RANKING DE CIUDADES SEGÚN TASA DE DESOCUPACIÓN

Para el trimestre julio – septiembre 2023, de las 23 ciudades y áreas metropolitanas, las que presentaron mayores tasas de desocupación fueron: Quibdó (22,7%), Ibagué (14,1%) y Florencia (13,4%). Las ciudades con menor tasa de desocupación fueron: Bucaramanga A.M. (7,9%), Santa Marta (7,9%) y Pereira A.M. (8,3%). Gráfico 6. Tasa de desocupación según ciudades 23 ciudades y áreas metropolitanas Julio - septiembre 2023 22,7 14,1 13,4 13,0 13,0 11,5 11,4 11,4 11,0 10,8 10,8 10,5 10,2 10,0 9,8 9,8 9,7 9,7 9,1 8,9 8,7 8,7

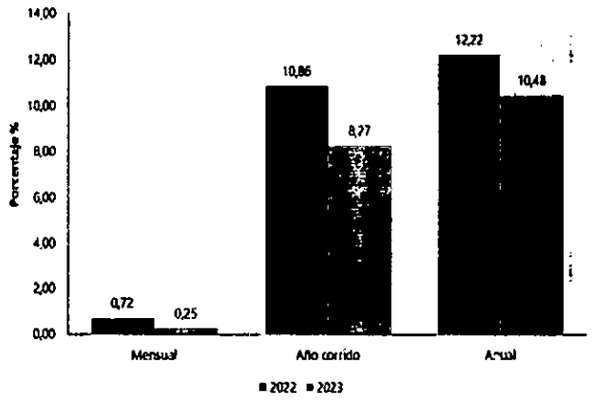



Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo

## ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC)

**Octubre 2023**

**Gráfico 1. IPC Variaciones**
**Total Nacional**
**Octubre 2022 - 2023**




**Fuente:** DANE, IPC.

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc/ipc-historico)

## RESULTADOS DEL MES DE OCTUBRE 2023

Comportamiento de la variación mensual del IPC según divisiones y subclases 1.1.1 Variación y contribución mensual por divisiones de gasto En el mes de octubre de 2023, el IPC registró una variación de 0,25% en comparación con septiembre de 2023, seis divisiones se ubicaron por encima del promedio nacional (0,25%): Recreación y cultura (0,55%), Bebidas alcohólicas y tabaco (0,51%), Bienes y servicios diversos (0,51%), Salud (0,45%), Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (0,35%) y, por último, Restaurantes y hoteles (0,27%). Por debajo se ubicaron: Alimentos y bebidas no alcohólicas (0,20%), Prendas de vestir y calzado (0,20%), Educación (0,12%), Información y comunicación (0,06%), Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar (0,04%) y, por último, Transporte (-0,02%).

**Cuadro 1. IPC Variación y contribución mensual**
**Según divisiones de gasto**
**Octubre 2022 - 2023**

| | | 2022 | | 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Divisiones de Gasto | Peso (%) | Variación (%) | Contribución Puntos Porcentuales | Variación (%) | Contribución Puntos Porcentuales |
| Recreación y cultura | 3,79 | 0,59 | 0,03 | 0,55 | 0,02 |
| Bebidas alcohólicas y tabaco | 1,70 | 0,56 | 0,01 | 0,51 | 0,01 |
| Bienes y servicios diversos | 6,36 | 0,80 | 0,06 | 0,51 | 0,03 |
| Salud | 1,71 | 0,70 | 0,01 | 0,45 | 0,01 |
| Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles | 33,13 | 0,40 | 0,13 | 0,35 | 0,11 |
| Restaurantes y hoteles | 8,43 | 0,77 | 0,06 | 0,27 | 0,03 |
| TOTAL | 100,00 | 0,72 | 0,72 | 0,25 | 0,25 |
| Prendas de vestir y calzado | 3,86 | 0,23 | 0,01 | 0,20 | 0,01 |
| Alimentos y bebidas no alcohólicas | 18,08 | 1,21 | 0,23 | 0,20 | 0,04 |
| Educación | 4,41 | -0,02 | 0,00 | 0,12 | 0,00 |
| Información y comunicación | 4,33 | 0,35 | 0,00 | 0,06 | 0,00 |
| Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar | 4,19 | 0,77 | 0,03 | 0,04 | 0,00 |
| Transporte | 12,63 | 1,39 | 0,14 | -0,02 | 0,00 |

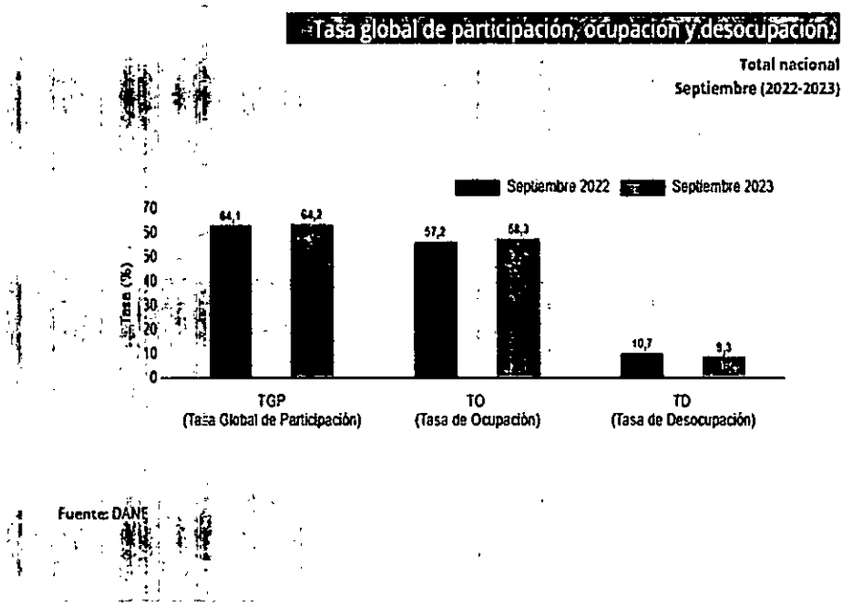
**Fuente:** DANE, IPC
Nota: La diferencia en la suma de las variables obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados en el índice.

Los mayores aportes a la variación mensual del IPC (0,25%), se ubicaron en las divisiones de: Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles, Alimentos y bebidas no alcohólicas, Restaurantes y hoteles y Bienes y servicios diversos, las cuales aportaron 0,21 puntos porcentuales a la variación total.

## EMPLEO Y DESOCUPACION

**Información a septiembre 2023**

Para el mes de septiembre de 2023, la tasa de desocupación del total nacional fue 9,3%, lo que representó una disminución de 1,5 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2022 (10,7%). La tasa global de participación se ubicó en 64,2%, mientras que en septiembre de 2022 fue 64,1%. Finalmente, la tasa de ocupación fue 58,3%, lo que representó un aumento de 1,0 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2022 (57,2%).




Fuente: DANE

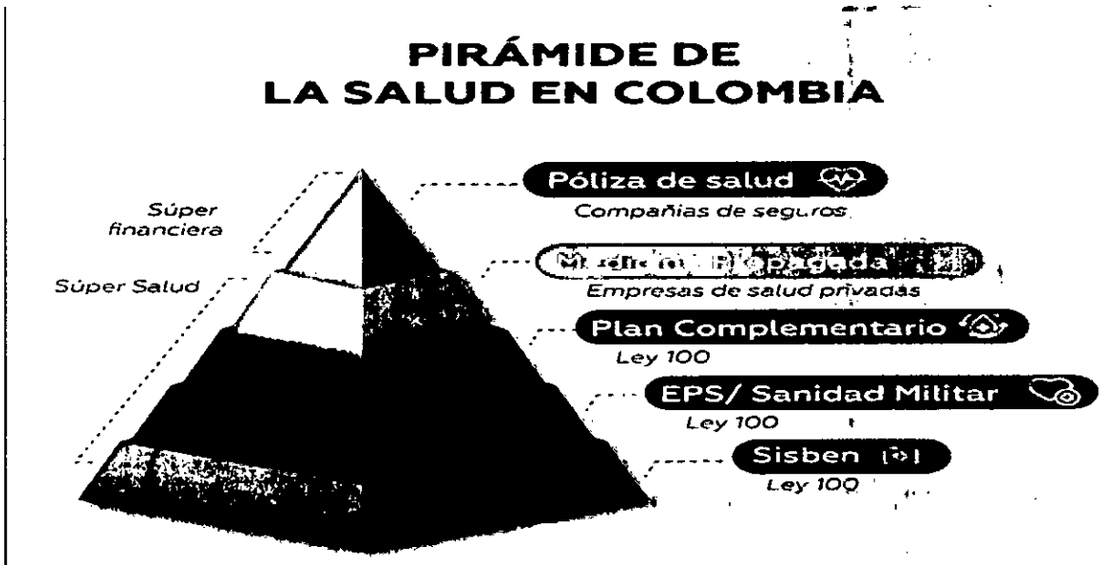
https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo

En septiembre de 2023, la tasa de desocupación en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 9,6%, la tasa global de participación se ubicó en 66,6% y la tasa de ocupación fue 60,2%. En el mismo mes de 2022 estas tasas fueron 10,4%, 66,7% y 59,7%, respectivamente.

**¿Cómo funciona el Sistema de Salud en Colombia?**

De una forma sencilla y simple, podemos decir que la salud en Colombia está compuesta por dos sistemas: uno contributivo, donde las personas aportan total o parcialmente el costo de su plan de salud; y otro subsidiado por el Gobierno y gratuito para los usuarios. En ambos, se pretende que toda la población tenga cobertura en servicios médicos, medicamentos, tratamientos, cirugías y cuidado dental.

Para ilustrar los sistemas existentes utilizaré la pirámide de la Salud en Colombia: en la base de la pirámide encontramos al régimen subsidiado, conocido como el SISBEN, encima estarían las llamadas EPS, que forman parte del régimen contributivo, luego los Planes complementarios, y en la cúspide están los planes de Medicina Prepagada y las Pólizas de Salud que expiden las compañías aseguradoras.




Con respecto al Sistema de Salud, Colombia cuenta con el sistema No 1 en Latinoamérica según la Organización Mundial de la Salud OMS, la cobertura del sector salud se ubica en 97% de la población colombiana, es decir más de 46 Mn de afiliados, con respecto a esto, el Departamento del Valle del Cauca cuenta con una cobertura del 100,87% con un total de población asegurada de 4.623.596 personas distribuidas en los diferentes regímenes así:

- Régimen Contributivo: 57,33%
- Régimen Subsidiado: 42,22%
- Régimen Excepción: 1,32%

La calificación dada por la OMS se basa en la entrega del servicio, en el mejoramiento de las condiciones de salud y en la protección financiera al paciente.

El debate por la reforma tributaria no ha sido el único que ha causado polémica. Aunque en menor media, la reforma a la salud también ha traído discusiones. Algunos felicitan el sistema que, con su alianza público privada ha logrado crear un régimen solidario, y otros desaprueban el modelo.
Para clasificar los mejores sistemas de salud en el mundo, la revista Ceoworld Health Care Index los posicionó según el índice de atención médica (general), midiendo infraestructura, profesionales, costo, disponibilidad de medicamentos y preparación del Gobierno.

**INNOVACIONES QUE ESTÁN REVOLUCIONANDO LA SALUD MUNDIAL**

Supongamos que usted o alguien que conoce necesita una intervención quirúrgica o un tratamiento para una dolencia o enfermedad. En ese caso, cada vez es más probable que los avances de la tecnología médica mejoren las posibilidades de éxito.

A lo largo de la historia se han producido innovaciones médicas que han hecho avanzar continuamente nuestra capacidad para tratar enfermedades complejas. Entre ellas figuran la primera vacuna contra la viruela en el siglo XVIII, el desarrollo de los antibióticos en los años veinte y el primer trasplante de órganos del mundo tres décadas después.

Sin embargo, el siglo XXI está trayendo aún más progreso, con avances tecnológicos que están revolucionando el sector de salud. La Organización Mundial de la Salud afirma que la innovación, especialmente en el ámbito digital, se está produciendo a una escala sin precedentes.

Innovaciones que están transformando el sector sanitario mundial he aquí las innovaciones que están ampliando aún más los límites de la asistencia sanitaria.

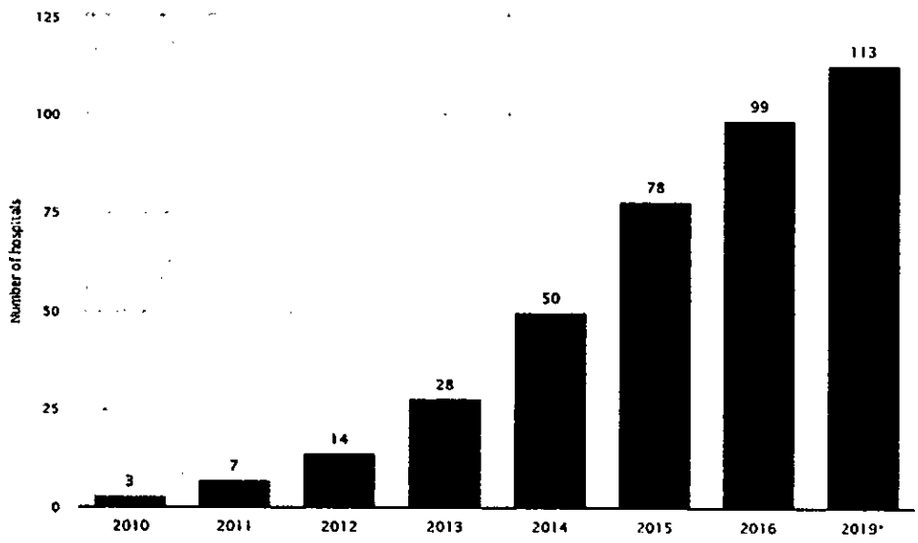
Inteligencia artificial (IA): El uso de algoritmos y aprendizaje automático para detectar, diagnosticar y tratar enfermedades se ha convertido en un área importante de las ciencias de la vida. Algunos creen que es la mayor revolución sanitaria del siglo XXI.

La IA puede detectar enfermedades precozmente y realizar diagnósticos más precisos con mayor rapidez que los medios convencionales. En el cáncer de mama, la IA está permitiendo revisar las mamografías 30 veces más rápido con una precisión de casi el 100%, lo que reduce la necesidad de biopsias.

Mientras tanto, un algoritmo de aprendizaje profundo desarrollado por la empresa de tecnología sanitaria Qure.ai está permitiendo la detección precoz del cáncer de pulmón. La empresa afirma que un estudio demostró una mejora del 17% en la interpretación de radiografías de tórax con IA en comparación con las lecturas radiológicas convencionales. Se ha asociado con el gigante farmacéutico AstraZeneca con el objetivo de ampliar la tecnología para reducir las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en todo el mundo.

Impresión 3D: El uso de técnicas de impresión 3D en la atención sanitaria está creciendo rápidamente. Más de 110 hospitales de Estados Unidos contaban con instalaciones para la fabricación 3D en puntos de atención en 2019, frente a solo 3 en 2010, según datos facilitados por Statista.

Número de hospitales estadounidenses con una instalación centralizada de impresión 3D




El uso de técnicas de impresión 3D en la atención sanitaria está creciendo rápidamente
Esta tecnología se utiliza para crear implantes dentales, prótesis articulares y prótesis a medida. También se está investigando el uso de impresoras 3D para fabricar tejidos cutáneos, órganos e incluso medicamentos.

Una de las principales ventajas de la impresión 3D es que acelera enormemente los procesos de producción y, por tanto, reduce también el coste de los productos fabricados tradicionalmente. Esta tecnología ha reducido el tiempo necesario para fabricar audífonos de más de una semana a tan solo un día, según la Asociación

La tecnología de edición genética CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) puede transformar el tratamiento de las enfermedades. En cuestión de años podría ayudar a lograr avances significativos contra enfermedades mortales como el cáncer y el VIH.
La tecnología funciona "aprovechando los mecanismos naturales" de los virus invasores y "cortando" las cadenas de ADN infectadas. Al alterar las mutaciones celulares, CRISPR también puede transformar el tratamiento de enfermedades raras como la fibrosis quística y la anemia falciforme.

Sin embargo, es necesario abordar las preocupaciones éticas en torno a su uso, ya que se ha planteado su capacidad potencial para cambiar los genomas de los niños. Un equipo de científicos fue procesado en China en 2020 tras afirmar haber creado los primeros "bebés de diseño " del mundo utilizando CRISPR.

Según la Ocde, hay cuatro indicadores del estado de salud que reflejan los aspectos centrales tanto de la calidad como de la cantidad de vida. La esperanza de vida es un indicador clave de la salud general de una población; y la mortalidad evitable se centra en las muertes prematuras que podrían haberse evitado o tratado. La prevalencia de diabetes muestra morbilidad por una enfermedad crónica importante; la salud autoevaluada ofrece una medida más holística de la salud mental y física.

Japón, Suiza y España encabezan el grupo de 27 países de la Ocde en los que la esperanza de vida al nacer superó los 80 años. Un segundo grupo, que incluía a Estados Unidos y varios países de Europa central y oriental, tenía una esperanza de vida de entre 77 y 80 años. Colombia, por su parte, tiene la esperanza de vida en 74 años. La conclusión del estudio es que, en general, la esperanza de vida ha aumentado durante la mayor parte del último medio siglo.

¿Qué es el índice de atención médica?

Es un análisis estadístico de la calidad general del sistema de atención médica, incluye la infraestructura de atención médica, competencias de los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y otros trabajadores de la salud), costos y disponibilidad de medicamentos de calidad son factores fundamentales en la composición de este ranking, así como la preparación del Gobierno para enfrentar crisis de sanidad y económicas. También tienen en cuenta elementos como el ambiental, el acceso a agua limpia, el saneamiento y la disposición del Gobierno para imponer sanciones.

¿Cuáles son las inversiones estimadas para concretar este PND?
Este Plan de Desarrollo plantea inversiones por 1.154,8 billones de pesos para el siguiente cuatrienio. 36,5 billones para la Convergencia regional, 114,3 billones para la transformación productiva y acción climática, 744,2 para temas relacionados con la Seguridad Humana y la justicia social.

Para el Derecho Humano a la alimentación y el Ordenamiento del Territorio alrededor del agua se destinarán 47,4 billones y 28,5 billones de pesos, respectivamente.

¿En qué consiste la noción de Seguridad humana y justicia social definido en el Proyecto de Ley 338 de 2023?

Este objetivo implica la protección integral de la población, la provisión de servicios sociales sin dejar a nadie atrás, y el acceso a la justicia centrado en las personas, comunidades y territorios. La seguridad humana y la justicia social garantizarán la dignidad humana, el ejercicio de las libertades y el desarrollo de las capacidades necesarias para que las personas y los hogares puedan llevar a cabo el plan de vida que consideran valioso.

Por tanto, esta visión supera el enfoque tradicional basado en la seguridad física y la defensa a uno más integral que considera la seguridad económica y social.

En el sector salud, algunos de los componentes más importantes del proyecto de ley son los siguientes:

El IETS será integrado al Ministerio de Salud: El Plan Nacional de Desarrollo, según el artículo 130 del proyecto de ley, integraría el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), entidad descentralizada indirecta o de segundo grado del orden nacional, al Ministerio de Salud. En consecuencia, los gastos de funcionamiento e inversión del IETS serán cubiertos por el citado Ministerio, para lo cual deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

La ADRES tendrá acceso a la información de orden nacional
En el artículo 123 del proyecto de ley del Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 se encuentra uno de los elementos claves para el futuro del sistema de salud y consiste en acceso gratuito a la administradora de recursos sectorial a los archivos, registros administrativos y bases de datos administrados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administren el Sistema General de Seguridad Social previstas en la Ley 100 de 1993 o las que la modifiquen o sustituyan.

También tendrá acceso a la información de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN-, el Ministerio de Transporte y todas las demás entidades públicas y privadas para evitar el reconocimiento y/o pago sin justa causa de los recursos del sector salud.

En ese orden, podrá solicitar a las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, la información relativa a los pagos efectuados con los recursos girados y el saldo de las deudas a la red de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud y, tendrá acceso a título gratuito al Registro Único Nacional de Tránsito -RUNT-.

No obstante, el artículo hace la siguiente salvedad: "Será responsabilidad de la entidad receptora de la información intercambiada, usarla para el desarrollo de sus funciones constitucionales y legales y guardar la reserva en los mismos términos que lo hace la entidad que la suministra. Lo anterior sin perjuicio de las excepciones de acceso a la información y garantía de reserva de la misma que prevea el ordenamiento vigente".

Giro directo desde la ADRES
La ADRES-, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores.

La administradora de recursos de la salud también girará directamente los recursos de presupuestos máximos por los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

"Los porcentajes y condiciones de giro directo, aplicable a las EPS que operen en los regímenes contributivo y subsidiado, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para lo cual se tendrá en cuenta, entre otras, la normativa en el cumplimiento del flujo de recursos", se lee en el documento en el artículo 125.

Compensación de obligaciones a favor de la ADRES sin intervención de agentes liquidadores, de acuerdo con el proyecto de ley, en caso de que hayan obligaciones recíprocas con las entidades públicas o privadas que se encuentren en procesos liquidatarios, la ADRES o la entidad gubernamental que cumpla sus funciones "se encontrará facultada para aplicar la compensación descrita en los artículos 1714 y 1715 del Código Civil, sin requerir la autorización de los Agentes Liquidadores designados por la Superintendencia Nacional de Salud -SNS-. Lo anterior teniendo en cuenta que los recursos administrados por la ADRES son del sistema de salud y no integran la masa de liquidación".

Por otro lado, en lo que respecta a los términos para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que administre la ADRES será de dieciocho (18) meses a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para la ADRES o la entidad que haga las veces con cargo a los recursos del sistema.

¿Qué pasará con los aportes patronales?
En el borrador del Plan Nacional de Desarrollo 2023 – 2026, en el artículo 128 se especifica que "el excedente del saneamiento de los recursos patronales, financiados con recursos

del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, podrán destinarse si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda acumulada al cierre de la vigencia 2022 por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; de no existir deudas por estos conceptos, se podrán destinar al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud".

Bajo estas premisas los recursos excedentes que no fueron saneados, en poder de las EPS, las EOC, las ARL y Administradoras de Fondos de Cesantías, serán girados a la ADRES.

Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados entre éstas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Prohibiciones a los agentes liquidadores en salud:
En el artículo 122 del proyecto de ley del Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 se describe que, en el marco de las actividades relacionadas con la intervención forzosa administrativa para liquidar, a los liquidadores designados les está prohibido, durante el proceso liquidatario o de forma posterior a la liquidación, hasta la determinación final de los bienes y/o pago de acreencias de la entidad liquidada, los funcionarios no podrán:

Suscribir, directamente o por interpuesta persona, convenios o contratos consigo mismo o con terceros que representen negocios que le sean propios o en los que tenga interés como socio, accionista o beneficiario directo o indirecto o como representante de un tercero.
Celebrar convenios o contratos de mandato con o sin representación con quienes hubiere sostenido cualquier relación jurídica durante el proceso liquidatorio para el cual fue designado o haya tenido vínculo con la misma empresa o subordinadas de la casa matriz.
Postular y celebrar convenios o contratos con personas con las cuales tenga parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil o con quienes estén ligados por matrimonio o unión permanente.
Cabe destacar que, en caso de liquidación forzosa de un programa de los regímenes subsidiado o contributivo, no podrá suscribir celebrar convenios o contratos de mandato con la empresa o entidad a la que pertenece el ramo o programa en liquidación.

El Plan Nacional de Desarrollo destinará recursos para fomentar la inversión en la red pública hospitalaria, el artículo 129 del proyecto de ley del Plan Nacional de Desarrollo explica que serán condonadas la obligaciones que las entidades territoriales tengan con la Nación, siempre y cuando sean recursos asignados para el pago de deudas reconocidas y no pagadas en el régimen subsidiado, y que no hubieren reintegrado, cuando se presenten y aprueben proyectos de inversión en infraestructura, dotación y suministros de instituciones de salud públicas en su ámbito territorial para ejecutarse dentro del término de cuatro (4) años contados. Todo esto bajo lo establecido en la Ley 1608 de 2013.

Para los recursos que no sean condonados, éstos deberán ser reintegrados en su totalidad dentro de los cuatro (4) años siguientes a la entrada en vigencia. Con el fin de garantizar el cumplimiento de esta obligación, se autoriza al Ministerio de Salud para efectuar el descuento de los montos adeudados con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de Libre Inversión, en los términos señalados en el inciso 4 del numeral 1 del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, cuando las entidades territoriales hayan informado al Ministerio de Salud y Protección Social, que dicho reintegro se efectuaba con cargo a los recursos de regalías y no hayan efectuado el respectivo trámite.

Le puede interesar: Reservas de las EPS activas si alcanzan para pagar las deudas con IPS y, en lo que se refiere a los recursos reintegrados a la ADRES, el proyecto de ley señala que serán destinados para la financiación de las atenciones en salud a la población migrante no afiliada. El Ministerio de Salud con base en la disponibilidad de recursos efectuará la distribución de estos a los departamentos y distritos, y la ADRES efectuará el giro directo a la red prestadora de servicios de salud.

Por otro lado, el artículo 168 del proyecto de ley indica que el administrador del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado – FRISCO- podrá transferir a título gratuito los bienes muebles e inmuebles sobre los que se declare la extinción de dominio.

Para el caso del sector salud, esto significaría la entrega de inmuebles o bienes cuando se requieran para ejercer el mejoramiento de la infraestructura para la atención básica en materia de salud y/o el desarrollo de proyectos de interés social a favor de las entidades que el Gobierno indique o a las entidades públicas encargadas del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Formulación de Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS: En línea con lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo plantea en el artículo 132 que, cada diez años, en sincronía con el período del Plan Decenal de Salud, el Gobierno nacional preparará y formulará el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS. Allí, se deberá proponer el plan de inversiones públicas para la infraestructura y dotación incluyendo aquellas para dotación, equipamiento y equipos biomédicos que el Ministerio de Salud considere que sean de control especial, y no especial en lo que se considere prioritario, conforme a la metodología establecida por las autoridades nacionales.

Adicional a ello, las secretarías de salud departamentales y distritales, o quién haga sus veces, deberán presentar cada cuatro (4) años los Planes de Inversión dentro de los seis (6) primeros meses, en concordancia con el periodo de gobierno, y podrán hacer ajustes a los PMIDS, cada cuatro (4) años, o cuando se presenten contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Cabe mencionar que, desde el Ministerio de Salud se hará el seguimiento y se dará prioridad a las inversiones que requieran acompañamiento de la Nación en el mediano plazo, de acuerdo con la disponibilidad fiscal. Esta política pública empezaría a regir desde 2024

Con un volumen de 1.250 millones de USD (alrededor de un 5% del gasto sanitario del país), Colombia es el tercer mercado de dispositivos médicos más grande de América Latina. Es un mercado que se espera que crezca a un alto ritmo tras la crisis Covid, superior al de otras economías latinoamericanas debido al sólido crecimiento del consumo privado y las exportaciones, con una estimación de crecimiento anual del 6,8% para el periodo 2022-2026.

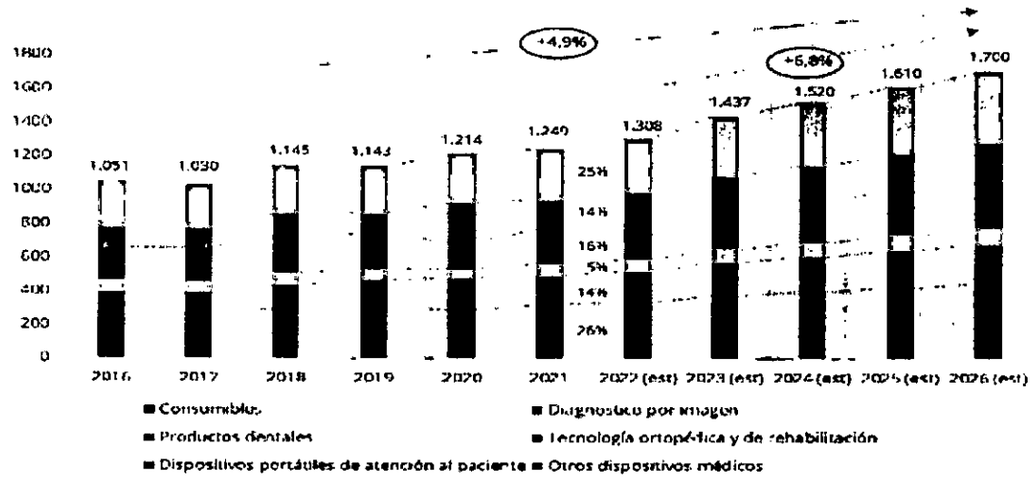
El mercado colombiano de dispositivos médicos es un mercado netamente importador. Con un sector de empresas productoras creciente, impulsado por su estructuración en clusters, la producción local representa menos de un tercio del mercado y se concentra principalmente en el extremo del mercado de baja tecnología, es decir, en productos como los vendajes y apósitos y jeringas, agujas y catéteres. Estos consumibles, a su vez, representan más de la mitad del total de la producción local. Ya que las empresas locales están centradas en la producción de consumibles y elementos de bajo nivel tecnológico, el país depende de las importaciones y de las grandes multinacionales que fabrican y añaden el componente tecnológico (>80% del mercado es de origen internacional).

Se identifican dos vías principales de acceso al mercado colombiano: a través de licitación pública, para lo que, si bien es recomendable, no es obligatorio contar con partner local; o a través de distribuidores/agentes comerciales. Aunque el uso extensivo del transporte aéreo ha tenido un efecto centralizador, Colombia sigue siendo un país altamente regionalizado, y la capacidad de compra está distribuida entre los Departamentos. Por lo tanto, es recomendable elegir un agente con sede en Bogotá que tenga una red nacional efectiva de subagentes en cada una de las ciudades principales.

Más allá de los dispositivos médicos con componentes tecnológicos, la apuesta del Gobierno colombiano por la telemedicina y la digitalización de los servicios de salud (sistemas de vigilancia predictiva epidemiológica; Interoperabilidad entre los distintos sistemas de salud coexistentes; Desarrollo y uso de tecnologías digitales como IA, big data y blockchain; y desarrollo de plataformas y aplicaciones de telesalud) , y por afianzar el

posicionamiento colombiano como un destino de turismo médico de referencia, son otros ámbitos de oportunidad para las empresas vascas.

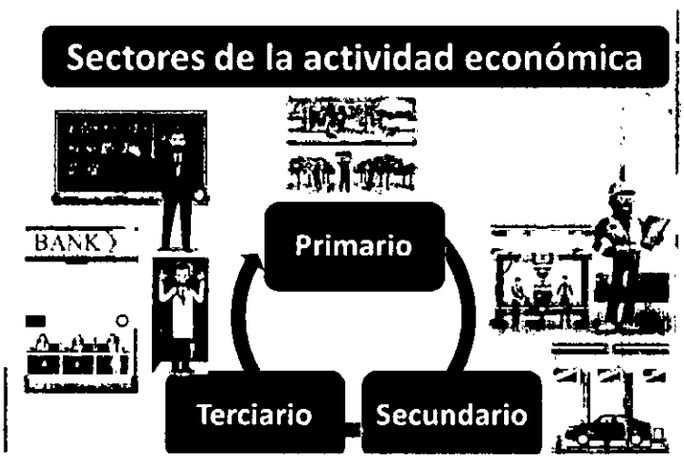
**Mercado de dispositivos médicos en Colombia por categoría de producto (2016-2026, US$ millones)**




*Fuente: Elaboración Basque Trade & Investment, con datos de Fitch Solutions.*

La división economía clásica se estructura así:

- **Sector primario**: se refiere a la producción básica y todo lo que tiene que ver con las actividades del agro.
- **Sector secundario**: se refiere a la producción de bienes y todo lo que produce la industria, construcción y manufactura.
- **Sector terciario**: se refiere al ofrecimiento de servicios que brinda el comercio, bancos, educación, etc.




## ASPECTOS ECONÓMICOS

La actividad económica de servicios se define como el valor agregado que aporta directamente a otros sectores o a la producción de bienes de otros sectores. Las características del sector servicios son diferentes a la de los bienes tradicionales en términos de producción, distribución y estructura de costos. Como primera medida, la provisión de servicios es intensiva en mano de obra, especialmente calificada. Como consecuencia, los gobiernos se ven presionados a aumentar el capital humano del país a través del desarrollo de la educación. Sin embargo, el trabajo no calificado es necesario en el desarrollo de algunos sectores como transporte, turismo y construcción, generando una ventaja comparativa para los países en desarrollo (McGwire, 2002b). Por tanto, el crecimiento de servicios es una fuente importante de creación de empleo, pero depende, en general, de las características del mercado laboral y, en particular, de su flexibilidad.

**INDICADORES ECONOMICOS EN COLOMBIA**

Indicadores económicos

| Dólar TRM | UVR | DTF (EA) |
|---|---|---|
| $4.307,02 | $ 346,63 | 12,78 % |
| Junio 05 | Junio 06 | Junio 06 |

| Desempleo (Total Nacional) | IPC (Índice de Precios al Consumidor) | Variación PIB (Producto Interno Bruto) |
|---|---|---|
| 10,7% | 0,78% | 3,0% |
| Abril 2023 | abril 2023 | I trimestre 2023 |

| Salario mínimo | Café (Dólar por libra) | Petróleo WTI (Dólares por barril) |
|---|---|---|
| $1.160.000 | US$ 2,22 | US$ 71,79 |
| 2023 | Junio 06 | Junio 06 |

La inflación del mes de octubre de 2023 fue de 0,25% y la anual cerró en **10,48%**, reveló el Departamento Administrativo Nacional de Estadisticas (DANE). La inflación de octubre de este año fue menor en 0,47% que la del mismo mes del año pasado, cuando se ubicó en 0,72%.

**ENCUESTA MENSUAL DE SERVICIOS**

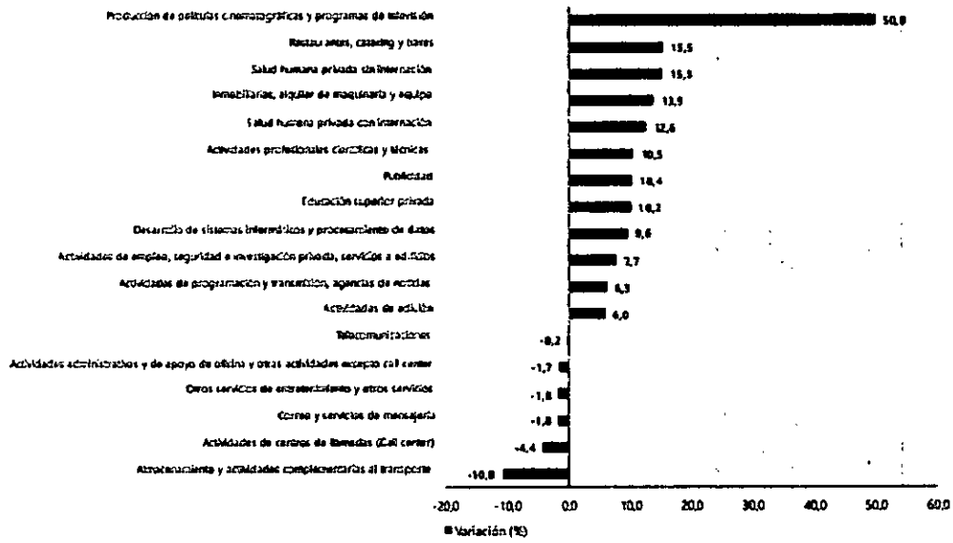
Información septiembre 2023

En septiembre de 2023, doce de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en los ingresos totales, en comparación con septiembre de 2022.

# Encuesta Mensual de Servicios (EMS)

## Septiembre de 2023

**Gráfico 1. Variación anual de los ingresos nominales, según subsector de servicios**
**Total nacional**
**Septiembre 2023[p] / septiembre 2022**




**Fuente:** DANE – EMS
p Cifra provisional

La Encuesta Mensual de Servicios es una operación estadística por medio de la cual el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) obtiene la información de las variables principales del sector servicios para el análisis de su evolución en el corto plazo. En el proceso permanente de mejoramiento y actualización de las estadísticas económicas y con el propósito de responder a estándares nacionales e internacionales, tanto metodológicos como de clasificación, a partir del mes estadístico enero de 2020 se dan a conocer al público los resultados del rediseño de la Encuesta Mensual de Servicios que contempla varias mejoras metodológicas como la inclusión de resultados de la variable variación de los salarios promedio por subsector de servicios y tipo de contratación, además del paso a un muestreo probabilístico basado en un marco mejorado que incrementó la cobertura al implementar menores parámetros de inclusión. (Para mayor información en el cambio de parámetros de inclusión véase el archivo de anexos de la EMS específicamente el Anexo 13 " 3. N "). También se entregan resultados bajo una nueva desagregación pasando de 15 a 18 subsectores de servicios; 8 "Actividades de edición" que en la versión 3.0 de la CIIU estaba clasificada como actividades de manufactura y en la versión 4.0 de la CIIU pasó a clasificarse como una actividad de servicios. "Salud humana privada" "Salud humana privada con internación" "Salud humana privada sin internación" "Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades" "Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades excepto call center" "Actividades de centros de llamadas (Call center)"

**Evolución general de los subsectores de servicios** 1.1 Variación anual de los ingresos nominales y contribución por tipo de ingresos, según subsector de servicios (septiembre 2023 / septiembre 2022) En septiembre de 2023, doce de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en los ingresos totales, en comparación con septiembre de 2022

**Tabla 1. Variación anual de los ingresos y contribución por tipo de ingresos, según subsector de servicios**

**Septiembre 2023P / septiembre 2022**

| Clasificación CIIU Rev. 4 A.C. | | | Ingresos nominales | Ingresos por servicios | Venta de Mercancías | Otros ingresos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sección | División | Descripción | Variación (%) | Contribución (PP) | | |
| H | División 52 | Almacenamiento y actividades complementarias al transporte | -10,8 | -12,1 | 0,0 | 1,4 |
| H | División 53 | Correo y servicios de mensajería | -1,8 | -1,5 | 0,0 | -0,4 |
| I | División 56 | Restaurantes, catering y bares | 15,5 | 14,7 | 0,1 | 0,7 |
| J | División 58 | Actividades de edición | 6,0 | 5,1 | -1,9 | 2,8 |
| J | División 59, excepto Clase 5920 | Producción de películas cinematográficas y programas de televisión | 50,0 | 32,2 | 14,7 | 3,2 |
| J | División 60 y Clase 6391 | Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias | 6,3 | 2,5 | 0,0 | 3,8 |
| J | División 61 | Telecomunicaciones | -0,2 | 0,4 | -0,8 | 0,2 |
| J | División 62, División 63, excepto Clase 6391 | Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos | 9,6 | 8,4 | 1,4 | -0,1 |
| LN | Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730 | Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo | 13,9 | 15,4 | 0,0 | -1,6 |
| M | Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74 | Actividades profesionales científicas y técnicas | 10,5 | 10,4 | 0,0 | 0,1 |
| M | Clase 7310 | Publicidad | 10,4 | 10,3 | 0,0 | 0,1 |
| N | Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130 | Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios | 7,7 | 7,7 | 0,1 | -0,1 |
| N | Clase 8220 | Actividades de centros de llamadas (Call center) | -4,4 | -4,3 | 0,0 | 0,0 |
| N | División 82 excepto Clase 8220 | Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center | -1,7 | -2,1 | -0,3 | 0,7 |
| P | Grupo 854 | Educación superior privada | 10,2 | 8,9 | -0,1 | 1,4 |
| Q | Clase 8610 | Salud humana privada con internación | 12,6 | 12,8 | -0,3 | 0,1 |
| Q | División 86 excepto Clase 8610 | Salud humana privada sin internación | 15,3 | 14,9 | 0,5 | 0,0 |
| S | Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96 | Otros servicios de entretenimiento y otros servicios | -1,8 | -3,1 | 0,2 | 1,1 |

**Fuente:** DANE – EMS
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales
Nota: por aproximación decimal, se puede presentar diferencia en la suma de las contribuciones frente a la variación total.

## 1.2 Variación anual del personal ocupado total y contribución por tipo de contratación, según subsector de servicios (septiembre 2023 / septiembre 2022)

En septiembre de 2023, diez de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en el personal ocupado total, en comparación con septiembre de 2022.

**Tabla 2. Variación anual del personal ocupado total y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios**
**Septiembre 2023p / septiembre 2022**

| Clasificación CIIU Rev. 4 A.C. | | | Personal ocupado total* | Permanente | Temporal directo | Agencias | Misión** Hora cátedra*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sección | División | Descripción | Variación (%) | Contribución (PP) | | | |
| H | División 52 | Almacenamiento y actividades complementarias al transporte | -1,3 | 2,4 | -1,6 | -2,1 | ** |
| H | División 53 | Correo y servicios de mensajería | -11,1 | 1,9 | -4,2 | -5,0 | ** |
| I | División 56 | Restaurantes, catering y bares | 2,5 | 2,8 | 0,5 | -0,8 | ** |
| J | División 58 | Actividades de edición | -10,7 | -5,1 | -4,4 | -1,2 | ** |
| J | División 59, excepto Clase 5820 | Producción de películas cinematográficas y programas de televisión | 16,7 | 9,5 | 3,4 | 3,8 | ** |
| J | División 60 y Clase 6391 | Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias | 6,4 | 0,9 | 2,3 | 3,2 | ** |
| J | División 61 | Telecomunicaciones | -9,1 | -5,4 | -2,5 | -1,2 | ** |
| J | División 62, División 63, excepto Clase 6391 | Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos | -1,6 | -0,4 | -0,6 | -0,6 | ** |
| LN | Sección L División 68 Sección N Divisiones 7710, 7729 y 7730 | Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo | 4,1 | 4,4 | -0,5 | 0,6 | ** |
| M | Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74 | Actividades profesionales científicas y técnicas | 2,7 | 4,0 | -1,9 | 0,6 | ** |
| M | Clase 7310 | Publicidad | 5,1 | 3,2 | 2,9 | -1,0 | ** |
| N | Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130 | Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios | -7,3 | 0,1 | -2,0 | 0,4 | -5,8 |
| N | Clase 8220 | Actividades de centros de llamadas (Call center) | -7,5 | 2,8 | -8,7 | -1,6 | ** |
| N | División 82 excepto Clase 8220 | Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center | 1,0 | 0,5 | 1,3 | -0,8 | ** |
| P | Grupo 854 | Educación superior privada | -0,3 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 |
| Q | Clase 8610 | Salud humana privada con internación | 5,7 | 2,4 | 2,4 | 0,9 | ** |
| Q | División 86 excepto Clase 8610 | Salud humana privada sin internación | 2,9 | 1,7 | 1,0 | 0,2 | ** |
| S | Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96 | Otros servicios de entretenimiento y otros servicios | 1,8 | 0,7 | 1,2 | -0,1 | ** |

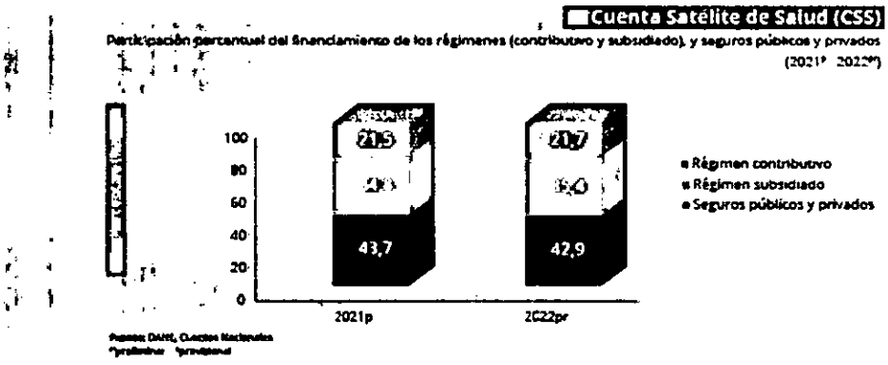
**Fuente: DANE – EMS**
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales
* Incluye personal permanente, personal temporal directo y personal temporal contratado a través de agencias de suministro de personal.
** Personal en misión aplica para la sección N, divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130.
*** Personal hora cátedra aplica para la sección P - grupo 854 .
Nota: por aproximación decimal, se puede presentar diferencia en la suma de las contribuciones frente a la variación total.

Cuenta Satélite de Salud (CSS)

La Cuenta Satélite de Salud - CSS tiene como objetivo principal visibilizar las operaciones de salud y seguridad social en un esquema cercano a las cuentas nacionales, con base en los conceptos y clasificaciones propias de los agentes ligados al sistema de seguridad social.

## Información 2021p y 2022pr

En 2022pr, el financiamiento de la ADRES para el régimen contributivo fue de 35,6 billones de pesos, las contribuciones a la seguridad social en salud representaron el 69,5% mientras que las transferencias del gobierno para financiar el régimen contributivo representaron el 30,2% y están compuestas por el impuesto de renta, el financiamiento del Sistema de Residencias Médicas en Colombia (SNRM), los recursos provenientes del Fondo Nacional de Mitigación de Emergencia (FOME) y los recursos Contingencia COVID (Artículo 9 del Decreto 800 de 2020).




Las cuentas satélites son una extensión del Sistema de Cuentas Nacionales, comparten sus conceptos, definiciones, clasificaciones y amplían la capacidad analítica de un área de interés específico. La Cuenta Satélite de Salud (CSS) tiene como objetivo realizar la medición anual del gasto en salud y su financiación, en un esquema consistente con las cuentas nacionales, con base en los conceptos y clasificaciones propias de los agentes ligados al sistema de seguridad social en salud de Colombia, para que sirva como fuente de información relevante para el análisis del sector salud. En esta oportunidad, el DANE presenta el avance de la CSS que implementa el manual "Un Sistema de Cuentas de la Salud (SHA, por sus siglas en inglés)" publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Eurostat y World Health Organization en 2011. Este manual presenta tres ejes de análisis y medición: el financiamiento, la provisión y el consumo. De acuerdo con la clasificación de las funciones de salud SHA, en el marco de la CSS se utilizan las siguientes variables por sus siglas en inglés: FS (clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento), FP (Factores de provisión) y HC (Clasificación de las Funciones de Salud), El avance presentado en la CSS muestra para 2021 provisional y 2022 preliminar la financiación, gastos de administración y servicios de salud contratados dentro de los regímenes contributivo y subsidiado; la financiación y gastos de la administradora de los recursos de la seguridad social en salud (ADRES); el esquema de financiación de los seguros privados y públicos, que incluyen medicina prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP), planes complementarios de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito (SOAT), seguros de alto costo, accidentes personales, riesgos laborales y otros seguros de salud. La CSS obtiene información de las siguientes fuentes: La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) proporciona datos sobre los ingresos y gastos de las EPS privadas y públicas de los regímenes contributivo y subsidiado, así como los seguros en salud, como la medicina prepagada, los planes de atención complementaria y el servicio de ambulancia prepagada. La ADRES ofrece información presupuestal relacionada con los ingresos y gastos de estos regímenes. Además, la Superintendencia Financiera (Superfinanciera) proporciona datos a través del Formato 290, que permite acceder a información detallada por tipo de seguro, incluyendo seguros de alto costo y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

## 1.1 Financiación

En 2022 pr, el financiamiento de la ADRES para el régimen contributivo fue de 35,6 billones de pesos, las contribuciones a la seguridad social en salud representaron el 69,5% mientras que las transferencias del gobierno para financiar el régimen contributivo representaron el 30,2% y están compuestas por el impuesto de renta, el financiamiento del Sistema de Residencias Médicas en Colombia (SNRM1 ), los recursos provenientes del Fondo Nacional de Mitigación de Emergencia (FOME) y los recursos Contingencia COVID (Artículo 9 del Decreto 800 de 20202 )., Tabla 1. Fuentes de financiamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) del régimen contributivo Valores a precios corrientes Total nacional 2021 p - 2022 p

**Tabla 1. Fuentes de financiamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) del régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021[p] - 2022[pr]**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021[p] | 2022[pr] | 2021[p] | 2022[pr] |
| FS.1 | Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud | 11.056 | 10.730 | 33,2 | 30,2 |
| FS.2 | Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno | | | | |
| FS.3 | Contribuciones a la seguridad social - salud | 22.138 | 24.740 | 66,4 | 69,5 |
| FS.4 | Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) | | | | |
| FS.5 | Prepagos voluntarios | | | | |
| FS.6 | Otros ingresos de origen nacional | 129 | 113 | 0,4 | 0,3 |
| FS.7 | Transferencias directas del resto del mundo | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total ingresos SHA** | | **33.323** | **35.583** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
[pr]preliminar
[p]provisional

1Artículo 11 Decreto 538 de 2020. Reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que presenten servicios durante el Coronavirus COVID19. De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1° de este artículo, "Este reconocimiento será girado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o entidades territoriales [...]". 2 Decreto 800 del 4 de junio de 2020, por el cual se adoptan medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

En 2022pr, las EPS del régimen contributivo recibieron ingresos según la clasificación de variables del SHA, como transferencias en el proceso de compensación de la ADRES, por 37,3 billones de pesos. Las variables SHA con mayor participación son las partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema con 96,0% y los otros ingresos de origen nacional con 3,7%

**Tabla 2. Fuentes de financiamiento EPS régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021p- 2022pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021p | 2022pr | 2021p | 2022pr |
| FS.1 | Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud | 104 | 136 | 0,3 | 0,4 |
| FS.2 | Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno | | | | |
| FS.3 | Contribuciones a la seguridad social - salud | | | | |
| FS.4 | Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) | | | | |
| FS.5 | Prepagos voluntarios | | | | |
| FS.6 | Otros ingresos de origen nacional | 934 | 1.366 | 2,5 | 3,7 |
| FS.7 | Transferencias directas del resto del mundo | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | 35.812 | 35.845 | 97,2 | 96,0 |
| **Total Ingresos SHA** | | **36.850** | **37.348** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

La financiación del Régimen Contributivo en Colombia para el año 2023 se rige por la Circular Externa 055 de 2022. . La circular establece los valores de copagos y cuotas moderadoras que deberán pagar los ciudadanos para los regímenes contributivo y subsidiado. Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en los artículos 8, 9, 10 y 11 del Acuerdo 260 del de 2004, deben calcularse con base en el incremento de la Unidad de Valor Tributario (UVT), actualizados al 11.60%[1].

Las principales fuentes de financiación del sistema de salud en Colombia son las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y los recursos fiscales provenientes de los aportes del PGN, incluyendo las transferencias por el SGP[2].

Según el **Boletín Técnico** de la **Cuenta Satélite de Salud (CSS)** publicado por el **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)**, el cuadro con las fuentes de financiación para las EPS del régimen contributivo para los años 2022 y 2023 aún no está dispcnible [1]. Sin embargo, en el boletín técnico de la CSS para el período 2020-2021pr, se presenta un gráfico que muestra la participación porcentual del financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado, y seguros públicos y privados [1]

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2020 | 2021pr | 2020 | 2021pr |
| FS.1 | Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud | 11.515 | 11.056 | 32,5 | 29,1 |
| FS.2 | Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno | | | | |
| FS.3 | Contribuciones a la seguridad social - salud | 23.801 | 26.869 | 67,2 | 70,6 |
| FS.4 | Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) | | | | |
| FS.5 | Prepagos voluntarios | | | | |
| FS.6 | Otros ingresos de origen nacional | 82 | 129 | 0,2 | 0,3 |
| FS.7 | Transferencias directas del resto del mundo | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total Ingresos SHA** | | **35.398** | **38.054** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuentas nacionales
prpreliminar

Según el **Boletín Técnico** de la **Cuenta Satélite de Salud (CSS)** publicado por el **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)**, en 2022 pr, las EPS del régimen contributivo recibieron ingresos según la clasificación de variables del SHA, como transferencias en el proceso de compensación de la ADRES, por **37,3 billones de pesos** [1].

**Cuadro 2. Fuentes de financiamiento EPS régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**2020- 2021pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2020 | 2021pr | 2020 | 2021pr |
| FS.1 | Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud | 95 | 104 | 0,3 | 0,3 |
| FS.2 | Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno | | | | |
| FS.3 | Contribuciones a la seguridad social - salud | | | | |
| FS.4 | Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) | | | | |
| FS.5 | Prepagos voluntarios | | | | |
| FS.6 | Otros ingresos de origen nacional | 781 | 953 | 2,5 | 2,6 |
| FS.7 | Transferencias Directas del Resto del Mundo | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | 30.012 | 35.768 | 97,2 | 97,1 |
| **Total ingresos SHA** | | **30.888** | **36.824** | **100,0** | **100,0** |

Fuente: DANE, Cuentas nacionales
prpreliminar

1.2 Gastos

### 1.2.1 Gastos de administración

En 2022pr, los gastos realizados por la ADRES al régimen contributivo para salud, según la clasificación de variables del SHA, ascendieron a 35,8 billones de pesos. Para este mismo año, las partidas entre esquemas de financiación participaron con el 99,3%, otros consumos intermedios y otros gastos con 0,3%, mientras que la remuneración de los asalariados participó con el 0,1%. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Gastos de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) del régimen contributivo Valores a precios corrientes Total nacional 2021p - 2022p

**Tabla 3. Gastos de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) del régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P- 2022Pr**

| Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|
| | 2021P | 2022Pr | 2021P | 2022Pr |
| Remuneración de los asalariados | 28 | 30 | 0,1 | 0,1 |
| Remuneración de los proveedores de servicios de salud autónomos no asalariados | | | | |
| Otros consumos intermedios | 175 | 91 | 0,5 | 0,3 |
| Consumo de capital fijo | | | | |
| Otros gastos | 87 | 122 | 0,2 | 0,3 |
| Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | 34.683 | 35.512 | 99,2 | 99,3 |
| **Total gastos de administración ADRES** | **34.972** | **35.754** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

En 2022Pr, los gastos de administración del régimen contributivo ascendieron a 2,0 billones de pesos. Los otros consumos intermedios (honorarios, arrendamientos, servicios públicos, mantenimiento y reparaciones, gastos de viaje, etc.) participaron con el 52,4%; mientras que la remuneración de los asalariados participó con el 34,5%.

En 2022pr, los gastos de administración del régimen contributivo ascendieron a 2,0 billones de pesos. Los otros consumos intermedios (honorarios, arrendamientos, servicios públicos, mantenimiento y reparaciones, gastos de viaje, etc.) participaron con el 52,4%; mientras que la remuneración de los asalariados participó con el 34,5%.

**Tabla 4. Gastos de administración régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P- 2022Pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021P | 2022Pr | 2021P | 2022Pr |
| FP.1 | Remuneración de los asalariados | 678 | 677 | 36,7 | 34,5 |
| FP.2 | Remuneración de los proveedores de servicios de salud autónomos no asalariados | | | | |
| FP.3 | Otros consumos intermedios | 951 | 1.028 | 51,5 | 52,4 |
| FP.4 | Consumo de capital fijo | | | | |
| FP.5 | Otros gastos | 219 | 257 | 11,9 | 13,1 |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total gastos administración SHA** | | **1.848** | **1.962** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

### 1.2.2 Gastos en salud

En 2022pr, los gastos realizados por las EPS del régimen contributivo en contratación de servicios de salud con las instituciones prestadoras de salud según la clasificación de variables del SHA ascendieron a 37,9 billones de pesos. La atención en funciones de salud

(diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) participó con el 97,8%; mientras que los servicios de atención preventiva participaron con el 2,2%. Finalmente, en 2022 pr el gasto total en salud del régimen contributivo ascendió a 39,9 billones de pesos, conformado por los gastos en salud con una participación de 95,1% y los gastos de administración con 4,9%.

**Tabla 5. Gastos en servicios de salud EPS régimen contributivo**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P- 2022Pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021P | 2022Pr | 2021P | 2022Pr |
| HC.1 | Servicios de asistencia curativa | | | | |
| HC.2 | Servicios de rehabilitación | | | | |
| HC.3 | Servicios de atención en salud de larga duración | | | | |
| HC.4 | Servicios auxiliares (no especificado por función) | | | | |
| HC.5 | Productos, aparatos y equipos médicos (no especificado por función) | | | | |
| HC.1 a HC.5 | Atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) | 35.728 | 37.099 | 98,0 | 97,8 |
| HC.6 | Servicios de atención preventiva | 724 | 832 | 2,0 | 2,2 |
| HC.7 | Gobierno, administración y financiamiento del sistema de salud | | | | |
| HC.9 | Otros servicios de atención en salud no clasificados en otra parte | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total gastos salud SHA** | | **36.451** | **37.931** | **100,0** | **100,0** |
| **Total gastos salud y administración SHA** | | **38.299** | **39.893** | | |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

## 2. RÉGIMEN SUBSIDIADO

### 2.1 FINANCIACIÓN

En 2022 pr, el financiamiento total del régimen subsidiado fue de 30,6 billones de pesos. Las partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema representaron el 99,0% (transferencias que la ADRES gira para el aseguramiento de los afiliados al régimen subsidiado), mientras que los otros ingresos de origen nacional (cuotas moderadoras, copagos, intereses, entre otros) representaron el 1,0%.

**Tabla 6. Fuentes de financiación régimen subsidiado**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P - 2022Pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021P | 2022Pr | 2021P | 2022Pr |
| FS.1 | Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud | | | | |
| FS.2 | Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno | | | | |
| FS.3 | Contribuciones a la seguridad social - salud | | | | |
| FS.4 | Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) | | | | |
| FS.5 | Prepagos voluntarios | | | | |
| FS.6 | Otros ingresos de origen nacional | 109 | 303 | 0,4 | 1,0 |
| FS.7 | Transferencias directas del resto del mundo | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | 27.273 | 30.315 | 99,6 | 99,0 |
| **Total ingresos SHA** | | **27.383** | **30.617** | **100** | **100** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

## 2.2 Gasto

### 2.2.1 Gastos de administración

En 2022 pr, los gastos realizados por las EPS del régimen subsidiado en administración de la salud, según la clasificación de variables del SHA, ascendieron a 1,1 billones de pesos. La remuneración de los asalariados participó con el 50,2%, los otros consumos intermedios (honorarios, arrendamientos, servicios públicos, mantenimiento y reparaciones, gastos de viaje, etc.) participaron con el 38,1%, y los otros gastos con el 11,8%. (Ver tabla 7

2.2.2 Gastos en salud En 2022 pr, los gastos realizados por las EPS del régimen subsidiado en contratación de servicios de salud con las instituciones prestadoras de salud según la clasificación de variables del SHA ascendieron a 29,6 billones de pesos. La atención en funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) participó con el 94,5%; mientras que los servicios de atención preventiva participaron con el 5,5%. Finalmente, para 2022 pr el gasto total en salud del régimen subsidiado ascendió a 30,8 billones de pesos, conformado por los gastos en salud con una participación de 96,3% y los gastos de administración con 3,7%. (Ver tabla 82.2.2 Gastos en salud2.2.2 Gastos en salud.

**Tabla 7. Gastos de administración EPS régimen subsidiado**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P- 2022Pr**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021P | 2022Pr | 2021P | 2022Pr |
| FP.1 | Remuneración de los asalariados | 533 | 571 | 47,4 | 50,2 |
| FP.2 | Remuneración de los proveedores de servicios de salud autónomos no asalariados | | | | |
| FP.3 | Otros consumos intermedios | 460 | 433 | 40,9 | 38,1 |
| FP.4 | Consumo de capital fijo | | | | |
| FP.5 | Otros gastos | 132 | 134 | 11,7 | 11,8 |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total gastos administración SHA** | | **1.125** | **1.138** | **100,0** | **100,0** |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
Prpreliminar
Pprovisional

### 2.2.2 Gastos en salud

En 2022 pr, los gastos realizados por las EPS del régimen subsidiado en contratación de servicios de salud con las instituciones prestadoras de salud según la clasificación de variables del SHA ascendieron a 29,6 billones de pesos. La atención en funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) participó con el 94,5%; mientras que los servicios de atención preventiva participaron con el 5,5%. Finalmente, para 2022 pr el gasto total en salud del régimen subsidiado ascendió a 30,8 billones de pesos, conformado por los gastos en salud con una participación de 96,3% y los gastos de administración con 3,7%. (Ver tabla 8

78

**Tabla 8. Gastos en servicios de salud EPS régimen subsidiado**
**Valores a precios corrientes**
**Total nacional**
**2021P- 2022PR**

| Variable SHA | Descriptiva SHA | Miles de millones de pesos | | Participación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2021P | 2022PR | 2021P | 2022PR |
| HC.1 | Servicios de asistencia curativa | | | | |
| HC.2 | Servicios de rehabilitación | | | | |
| HC.3 | Servicios de atención en salud de larga duración | | | | |
| HC.4 | Servicios auxiliares (no especificado por función) | | | | |
| HC.5 | Productos, aparatos y equipos médicos (no especificado por función) | | | | |
| HC.1 a HC.5 | Atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) | 24.657 | 28.024 | 94,9 | 94,5 |
| HC.6 | Servicios de atención preventiva | 1.333 | 1.619 | 5,1 | 5,5 |
| HC.7 | Gobierno, administración y financiamiento del sistema de salud | | | | |
| HC.9 | Otros servicios de atención en salud no clasificados en otra parte | | | | |
| FS.8 | Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema | | | | |
| **Total gastos salud SHA** | | **25.990** | **29.643** | **100** | **100** |
| **Total gastos salud y administración SHA** | | **27.115** | **30.781** | | |

**Fuente:** DANE, Cuenta Satélite de Salud
PRpreliminar
Pprovisional

**ASPECTO TÉCNICO:** La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para que se puedan ejercer los demás derechos, pues sin la satisfacción de aquel, es imposible el disfrute de los demás. Una salud de la mayor calidad permite realizar la dignidad de la vida humana. Tal es el alcance reconocido por la comunidad de naciones y para Colombia. Por tal alcance la salud trasciende al servicio público de salud, dado que este es solo la caracterización de una obligación estatal, de garantía de realización del derecho fundamental, que es la salud misma. El servicio público de la salud como vehículo de la materialización del derecho fundamental, ha de ser eficiente, universal y solidario, derivado de lo cual se desprenden todas las cualidades del mismo en cuanto a cobertura, calidad, eficacia, igualdad en el acceso, permanencia y oportunidad, entre otros. Las obligaciones del Estado para satisfacer este derecho emanan de lo previsto por el Constituyente de 1991, han sido objeto de pronunciamientos jurisprudenciales y de regulaciones de naturaleza legal. Las obligaciones del Estado en el marco del servicio a la salud para satisfacer el derecho fundamental de la misma a todos los residentes en Colombia, tiene un alcance amplio, de un conjunto de acciones afirmativas y positivas y de contener o eliminar todo obstáculo de cualquier naturaleza, sea de carácter financiero, institucional, técnico, administrativo o de otra índole que impida la realización del derecho fundamental a la salud. Queda entendido que menos aún sea el mismo Estado quien pueda ser un actor que impida la realización del derecho fundamental, cuando por su acción omisiva o mediante regulaciones inadecuadas impide la realización plena de dicho derecho. Dentro de las posibles acciones afirmativas o positivas que el Estado debe acometer, está la regulación de un conjunto de po- CARTILLLA PEDAGÓGICA REFORMA ESTRUCTURAL AL SISTEMA DE SALUD 3 líticas públicas y de organizar los medios, disponer las instituciones y los recursos, de forma que se garantice la realización del derecho fundamental a la salud. Cuando existen riesgos serios que amenacen el derecho a la salud, o exista un desmedro de los recursos o una disposición institucional que resulte inadecuada y genere merma en la capacidad del Estado para la garantía del derecho, es responsabilidad del mismo intervenir y regular en forma adecuada. Desarrollando la salud como derecho fundamental cuyo goce efectivo ha de ser garantizado por el Estado colombiano, la prestación del servicio público esencial que permite la materialización de aquel, conlleva la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado en los términos en que lo ha declarado la Ley Estatutaria de la Salud. El desarrollo parcial o incompleto de este mandato de la Ley Estatutaria de la Salud cae en la hipótesis de la inexequibilidad de las leyes existentes por omisión legislativa (Sentencia C-209 de 2007 del M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), con lo cual es responsabilidad del Estado, abordar los desarrollos legales que permitan la materialización del derecho fundamental a la salud regulado en la Ley 1751. El Sistema de Salud que posee el país debe armonizarse con los principios y buenas prácticas de las cuales se pueda disponer, construir sobre lo construido, apropiar los avances y superar los escollos, desarrollar los modelos de atención en salud

que resulten plenamente eficaces para el goce efectivo del derecho a la salud y armonizar el diseño institucional a los requerimientos del modelo de atención en salud. La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha señalado que "ampliar las intervenciones en atención primaria de la salud (APS) en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030 ", señalando además que al menos se incremente en un 1% del PIB los recursos destinados a este fin. La atención primaria en salud según los términos de la OMS, es un enfoque de la salud que puede garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, es incluyente por definición, centrando su acción en las necesidades inmediatas de las personas, lo más que ello sea posible, garantizando un proceso continuo que establece la articulación más conveniente desde promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y que opera en el entorno más cercano del hábitat de las personas. Al respecto la Organización Mundial de la Salud ha destacado tres componentes que caracterizan la atención primaria en salud. La coordinación y completitud de los servicios de salud en un marco en el que son esenciales la atención primaria y las funciones y bienes de salud pública; las acciones y políticas basadas en un enfoque multifactorial e intersectorial, que considera e integra 4 CARTILLLA PEDAGÓGICA REFORMA ESTRUCTURAL AL SISTEMA DE SALUD los determinantes de la salud. Y el dialogo, participación, la integración y empoderamiento de las comunidades, articuladas a un modelo de atención que reconoce sus condiciones vitales y del entorno, asentadas en el territorio. Este modelo de salud exige un conjunto de condiciones que le son inherentes. Dotar de capacidad resolutiva a la atención primaria en salud, implica no solamente generar una infraestructura de servicios básicos, sino, además, contar con un talento humano de calidad, presto y comprometido, debidamente motivado y dignificado; integrar redes de servicios al interior de las cuales se garantice un sistema de referenciación con la movilidad adecuada y los recursos que permitan la comunicación física, digital, administrativa, financiera, técnica y polifuncional entre cada nodo de la red; generar equidad e igualación progresiva de capacidades de atención entre zonas geográficas; mejorar e impactar frontalmente los indicadores trazadores de salud e integrar en forma efectiva los determinantes sociales en las condiciones de bienestar físico y mental al máximo posible de la población. El cambio de modelo de salud implica una cadena de mecanismos que deben ser transformados y dispuestos para lograr una verdadera revolución en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y con la atención primaria en salud como eje sustancial. Los referentes y la literatura referencian como mecanismos estratégicos de esta nueva visión, el compromiso y liderazgo político; una nueva gobernanza; una financiación e incentivos adecuados; la participación activa de la comunidad y la cooperación de todos los actores gubernamentales, políticos, privados, mixtos y sociales. Estos aspectos estratégicos están contenidos en el enfoque de la reforma. El Ministerio de Salud será el organismo rector del Sistema de Salud, y el Consejo de Salud a nivel Nacional, garantizará la participación y representatividad de todos los actores del Sistema, de forma que llevará iniciativas de política pública, propondrá la formulación de recomendaciones y realizará evaluación y seguimiento. En los demás niveles territoriales del Sistema de Salud, las direcciones de salud estarán acompañadas de Consejos de Salud de ese nivel. La participación social será base y fundamento del Sistema de Salud, a cuyo efecto, se seguirá construyendo sobre los diferentes espacios e instancias de participación existentes. La participación social permeará los diferentes procesos de toma de decisiones, de gestión y de evaluación y control, que dejaron muchas consecuencias que finalmente se ven reflejadas en la situación financiera de los hospitales.

En el marco de las Competencias otorgadas por la ley 715 de 2001, mediante los artículos No. 43.2.1. corresponde a la Entidad Territorial de Salud Departamental "*Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas*" y 43.2.5. *"Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo*"; por lo anterior, la responsabilidad de la Entidad territorial Departamental a través de los pilares de subsidiaridad y concurrencia apoyar la atención en salud con la operación de la prestación de servicios de salud, en las entidades de salud del departamento del Valle del Cauca.

**REGULATORIO:**

La Ley 100 de 1993: "*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*" establece el sistema de seguridad social integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Ley 715 de 2001: En su artículo 43 dispone que corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción.

Ley Estatutaria en Salud: Corresponde a la Ley 1751 de 16 de febrero de 2015, a través de la cual se propone una mayor claridad al acceso a los servicios de salud integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas; define un avance progresivo en los servicios y aclara las funciones del estado como garante del derecho.

Ley 489 de 1998, artículos 107 y 108, las entidades públicas pueden recibir dineros que deberán ser utilizados, dentro de los límites y orientaciones que determinan su objeto y garantizando la eficiente utilización de los mismos, cuando la situación financiera de las entidades beneficiarias, no permita cumplir de manera eficiente y eficaz su objeto propio. están caracterizados por:

- Se realizan para la ejecución de planes y programas
- Se deben determinar los compromisos y obligaciones de las entidades encargadas de la ejecución, los plazos, deberes de información e instrumentos de control para garantizar la eficiencia y la eficacia de la gestión.
- Se determinarán objetivos, programas de acción en los aspectos de organización y funcionamiento y técnicos para asegurar el restablecimiento de las condiciones para el buen desempeño de la entidad, en función de los objetivos y funciones señalados por el acto de creación.

El artículo 14 de la Ley 617 de 2000 establece la prohibición al sector central municipal, departamental o distrital para girar recursos económicos a empresas con dificultades financieras, entre ellas las empresas prestadoras de servicios de salud. Al respecto, la Corte Constitucional en sentencia C 540 de 2001 se pronunció sobre la prohibición establecida en el artículo 14 de la Ley 617 de 2000, de la siguiente manera: "Para la Corte el hecho de ordenar la no transferencia de recursos y supresión de empresas industriales ineficientes o de las entidades descentralizadas que no cumplen su finalidad de generar rentas cuando se encuentran bajo la figura de monopolio rentístico, a la luz de la Constitución Política constituye una medida justificada, razonada, objetiva y suficiente, que no pone en peligro ningún principio, valor ni derecho constitucional. Son la eficiencia administrativa y el interés general los que constituyen el propósito central de la medida en cuestión. Cosa distinta ocurre con las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud a que alude el artículo 14 de la Ley 617, cuya finalidad prioritaria no es la de reportar utilidades económicas sino beneficio social.

Los contratos y convenios, tipificados como causales de contratación directa es decir los convenios y contratos interadministrativos, y los convenios especiales de cooperación para el fomento de actividades científicas y tecnológicas, deben estar soportados con el acto administrativo de justificación, en los términos establecidos en el artículo 2.2.1.2.1.4.1. del Decreto 1082 de 2015

Las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución y en las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007 y 1474 2011, y en las normas que las modifiquen, aclaren, adicionen o sustituyan, o en cualquier otra norma especial, son aplicables a estas modalidades de contratación.

**ESTUDIO DE LA OFERTA**

El sector salud del Departamento está conformado por las Direcciones Locales de Salud (DLS), ubicadas en cada uno de los 40 municipios del Departamento y los Distritos de Cali y Buenaventura, en su gran mayoría organizadas como Secretaría Municipal de Salud, especialmente en los municipios más pequeños, unidas a otras dependencias de la administración municipal, tales como vivienda o bienestar social, entre otros.

En el Departamento del Valle del Cauca el sector de salud privado tiene por objetivo principal dar atención a la población que pertenece al Régimen Contributivo, que para el 2020 corresponde al 54,69%, más el 1,31% de regímenes de excepción, tiene en el departamento una gran oferta, ubicada especialmente en el distrito de Cali, tiene una menor oferta en ciudades intermedias como Cartago, Tuluá, Palmira, con instituciones prestadoras de salud de mediana complejidad, que se caracterizan por tener una oferta inferior a las necesidades de la demanda.

Así mismo, el sector público atiende el 40,79% de la población que corresponde a la población afiliada al Régimen Subsidiado y a la Población Sin Afiliar del departamento que corresponde al 3,21 % de la población y debe garantizar la atención con calidad e integralidad en las cercanías de los domicilios de las personas.

La Red de Prestación de Servicios del Valle del Cauca está conformada por 45 Empresas Sociales del Estado y 3 Hospitales privados, (Hospital San Juan de Dios, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Fundación Hospital San José de Buga).[1] La oferta de servicios de salud pública requiere la concurrencia de las instituciones de salud y de profesionales o instituciones que ofertan servicios específicos como de información, educación y comunicación.

**ESTUDIO DE LA DEMANDA**

El Departamento del Valle del Cauca configuró la red de prestadores públicos en el antiguo Sistema Nacional de Salud, adaptando la prestación de servicios a los conglomerados poblacionales formados según la regiones geográficas donde las características sociales, culturales, económicas de la población, así como los medios de producción son similares, caracterizando la complejidad de los hospitales al número de habitantes de las ciudades y a las costumbres de las personas de movilizarse en la búsqueda de mercados mayores. Con el proceso de adaptación a la Ley 100 de 1993, la totalidad de hospitales públicos hicieron su conversión a Empresas Sociales del Estado - ESE- manteniendo el nivel de atención. Por su parte, las intervenciones en salud pública requieren la prestación de servicios en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica y diagnóstico temprano de las enfermedades que afectan de manera prioritaria la salud de la población.

Históricamente el Departamento del Valle del Cauca, ha celebrado contratos y convenios con Empresas Sociales del Estado de la red de prestación de servicios del Valle del Cauca, que por su capacidad técnica y operativa han ejecutado Contratos o Convenios de Desempeño, empleando la modalidad de contratación directa.

El Departamento del Valle del Cauca adelantó procesos de contratación similar al objeto del presente estudio previo, así:

[1] Documento de Red-Organización de Prestadores de Servicios de Salud Públicos del Departamento del Valle del Cauca.

Valle Invencible | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA
Secretaria de Salud

Buscar Proceso de Contratación

*Criterios de búsqueda*

Datos de la entidad: Buscar por nombre o número de documento
Datos de proceso: Buscar por el número de proceso, la descripción o la región

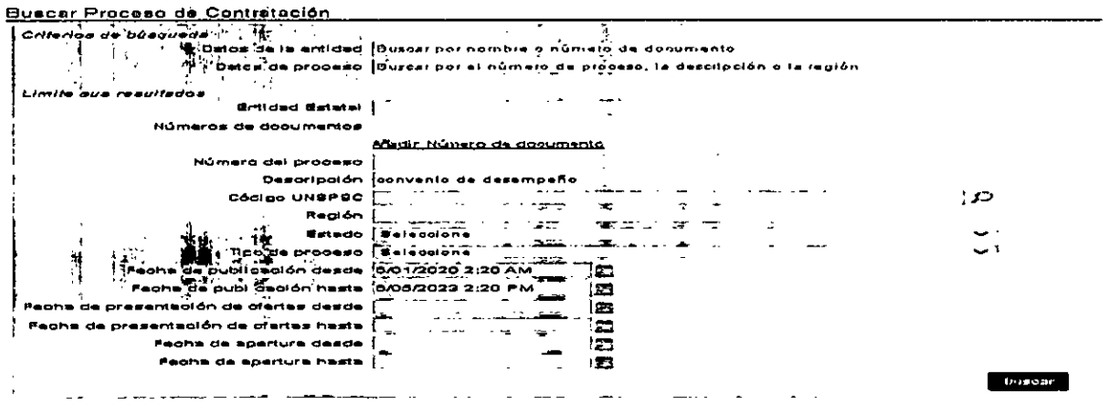
*Limite sus resultados*

Entidad Estatal: gobernacion valle del cauca
Números de documentos: Añadir Número de documento
Número del proceso:
Descripción: convenio de desempeño
Código UNSPSC:
Región:
Estado: Seleccione
Tipo de proceso: Seleccione
Fecha de publicación desde: 6/01/2020 2:20 AM
Fecha de publicación hasta: 6/06/2023 2:20 PM
Fecha de presentación de ofertas desde:
Fecha de presentación de ofertas hasta:
Fecha de apertura desde:
Fecha de apertura hasta:

Buscar

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-827-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 1/12/2022 11:54 AM (UTC-5:00) | 6/12/2022 5:30 PM (UTC-5:00) | 50.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-821-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 1/12/2022 11:53 AM (UTC-5:00) | 1/12/2022 3:00 PM (UTC-5:00) | 100.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-822-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Presentación de oferta | 1/12/2022 9:27 AM (UTC-5:00) | 1/12/2022 10:10 AM (UTC-5:00) | 25.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-823-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Presentación de oferta | 1/12/2022 9:27 AM (UTC-5:00) | 1/12/2022 3:00 PM (UTC-5:00) | 135.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-786-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 30/11/2022 2:27 PM (UTC-5:00) | 30/11/2022 2:45 PM (UTC-5:00) | 200.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-784-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 30/11/2022 11:48 AM (UTC-5:00) | 30/11/2022 12:05 PM (UTC-5:00) | 350.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-784-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 29/11/2022 5:30 PM (UTC-5:00) | 29/11/2022 5:55 PM (UTC-5:00) | 50.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD | 1.220.02-12-19-788-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO | Fase de ofertas | 29/11/2022 4:58 PM (UTC-5:00) | 29/11/2022 5:15 PM (UTC-5:00) | 100.000.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |

El Departamento del Valle del Cauca verifico procesos de contratación similar al objeto del presente estudio previo, así


Buscar Proceso de Contratación

Criterios de búsqueda
Datos de la entidad | Buscar por nombre o número de documento
Datos de proceso | Buscar por el número de proceso, la descripción o la región

Limite sus resultados
Entidad Estatal
Números de documentos
Añadir Número de documento
Número del proceso
Descripción | convenio de desempeño
Código UNSPSC
Región
Estado | Seleccione
Tipo de proceso | Seleccione
Fecha de publicación desde | 6/01/2020 2:20 AM
Fecha de publicación hasta | 6/05/2023 2:20 PM
Fecha de presentación de ofertas desde
Fecha de presentación de ofertas hasta
Fecha de apertura desde
Fecha de apertura hasta

Buscar

| País | Entidad Estatal | Referencia | Descripción | Fase actual | Fecha de publicación | Fecha de presentación de ofertas | Cuantía | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ALCALDIA MUNICIPIO DE PALMIRA | MP-1870-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO CON EL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO | Presentación de oferta | 22/12/2022 1:06 PM (UTC -5:00) | - | 8.355.212.873 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN | 34832 | Convenio de Desempeño para fortalecer la red pública Distrital de Salud mediante el apoyo a la gestión financiera del Hospital Infantil Concejo de Medellín | Presentación de oferta | 16/12/2022 11:10 AM (UTC -5:00) | - | 8.790.991.033 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | MUNICIPIO CANDELARIA | MDC-SS-CD-266-2022 | CONVENIO DE DESEMPEÑO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA Y EL MUNICIPIO DE CANDELARIA- SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PARA EL APALANCAMIENTO FINANCIERO DE LA E | Presentación de oferta | 16/12/2022 9:57 AM (UTC -5:00) | - | 381.827.000 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |
| | DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN | 34814 | Convenio de desempeño para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud de la red hospitalaria del Distrito de Medellín | Presentación de oferta | 13/12/2022 3:49 PM (UTC -5:00) | - | 8.379.155.614 COP | Proceso adjudicado y celebrado | Detalle |

## DETERMINACIÓN DEL SECTOR RELATIVO AL OBJETO A CONTRATAR

El objeto está clasificado según la UNSPSC (Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas) de la siguiente manera:

| Grupo | Segmento | Familia | Clase | Producto |
|---|---|---|---|---|
| F<br>Servicios | 85<br>Servicios de Salud | 10<br>Servicios Integrales de Salud. | 17<br>Servicios de Administración de Salud. | 05<br>Administración de Salud Pública. |

La población total del Departamento del Valle del Cauca para el año 2022, según las proyecciones del Censo DANE 2018, es de 4.589.278 habitantes. El Departamento del Valle del Cauca en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud (PTRRMR), presentó el documento técnico "*Transformación de la organización de prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca*," que resume la propuesta de red de las instituciones prestadoras de servicios de salud en desarrollo de lo determinado en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, la cual fue viabilizada el 07 de octubre de 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social. Durante la presente vigencia, la Gobernación del Valle – Secretaría Departamental de Salud presentó documento de "*Alcance al Documento de Red*

*Organización de Prestadores Servicios de Salud Públicos del Departamento del Valle del Cauca*", el cual fue viabilizado según concepto del Ministerio de Salud y Protección Social No. 20162310195574l de fecha del 19 de octubre de 2016.

Esta modificación de la Red definió 5 Áreas geográficas: Área Geográfica Norte, Área Geográfica Centro Tuluá, Área Geográfica Centro Buga, Área Geográfica Suroriente y Área Geográfica Sur Occidente. El Área Geográfica Pacífico deja de ser parte de la Red de Servicios de Salud del Departamento al configurarse en Distrito Mediante la Ley 1617 de 2013. No obstante, este Distrito continúa siendo parte funcional del territorio, teniendo en cuenta que, por su situación geográfica y portuaria, afecta de manera directa la situación de salud de la población Vallecaucana.

Actualmente la red pública de prestadores de servicios de salud el Valle del Cauca está conformada por 48 instituciones, de los cuales 45 son Empresas Sociales del Estado-E.S.E y 3 son privados (Hospital San Juan de Dios, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Fundación Hospital San José de Buga)[2] que para los efectos de la contratación de prestación de servicios de salud se les da el mismo tratamiento de las E.S.E, con los cuales se adelanta la contratación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, por mandato expreso de la normatividad vigente que regula la materia (artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 61 y 68 de la Ley 1438 de 2011).

## 2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

EL CONVENIO DE DESEMPEÑO, ESTÁ DESTINADO A FORTALECER FINANCIERAMENTE A EL HOSPITAL SANTA CATALINA E.S.E. DE EL CAIRO, CON EL GIRO DE RECURSOS DESTINADOS AL PAGO DE PASIVOS EXISTENTES, PROCURANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO

## 3. NECESIDAD DE REALIZAR EL CONVENIO CON La E.S.E. HOSPITAL SANTA CATALINA DE EL CAIRO

El representante legal de la E.S.E. HOSPITAL SANTA CATALINA DE EL CAIRO, mediante comunicación del 26 de octubre de 2023, presentó solicitud de apalancamiento financiero con el propósito de atender el pago de pasivos a cargo de dicha institución, razón por la cual, y debido al desequilibrio financiero actual de la entidad, la institución no cuenta con recursos necesarios para cubrir los pasivos existentes.

Esta solicitud se coadyuva con certificación suscrita por el jefe de la Oficina de Control Interno en la cual hace referencia a la situación financiera de la ESE, la acumulación de pasivos y la imposibilidad de su pago a través de ahorro corriente.

El apoyar financieramente a la E.S.E. HOSPITAL SANTA CATALINA DE EL CAIRO, para el pago de sus pasivos, se traducirá en una estabilidad en sus finanzas, lo que se verá reflejado en el fortalecimiento, mejoramiento y cumplimiento de su misión de manera eficiente y eficaz, lo que le permitirá a la entidad buscar su auto sostenibilidad y el mejoramiento de la prestación de servicios de salud en el área de influencia.

## 4. VALOR DEL CONVENIO

Se hace necesario que la Gobernación del Valle - Secretaría Departamental de Salud, brinde apalancamiento financiero por valor de CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE. 100000000) incluidos todos los costos directos e indirectos que se causen en la ejecución del convenio, para el pago de los pasivos.

Las obligaciones que se contraigan en desarrollo de este proceso de contratación Directa se atenderán con los recursos asignados para tal efecto del presupuesto del Departamento

[2] ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA - MODELO DE RED DE SERVICIOS –
[3] Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

del Valle del Cauca para la vigencia de 2023, que se estima en **CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE. ($100000000)** incluidos todos los costos directos e indirectos que se causen en la ejecución del convenio. Valor que se encuentra amparado en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 6000000074 del 05 de junio de 2023, por valor de CINCO MIL SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($5077661048), con cargo al rubro presupuestal:

- **Fondo:** 1-1003 - RENTAS CEDIDAS
- **Centro Gestor:** x1106 - SECRETARIA DE SALUD
- **Posición Presupuestaria:** 2330102005 - Transferencias para Empresas Sociales del Estado
- **Área Funcional:** 3050103030050000 - Gestión Administrativa y
- **Elemento PEP:** PI30-102057/1/1/01/75 - Asistir técnica y financieramente al 100% de las ESE con plan de saneamiento fiscal y financiero - SSF

La Gobernación del Valle del Cauca, ha formulado el Proyecto "**CONTRIBUCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA***",* el cual se enmarca dentro del Plan de Desarrollo Departamental, "Valle Invencible" 2020-2023, con identificación SAP PI30-102057 y código BPIN: 2021003760341, *"se justifica en una función misional, como es la de fortalecer la prestación de los servicios de salud conforme a los grados de complejidad de los servicios de salud ofrecidos en las instituciones hospitalarias, en el marco de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud y la implementación de la Estrategia de ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS - del Fomento y Recuperación de la salud, entendida ésta como una estrategia de concertación social para lograr las metas de bienestar y calidad de vida".*

## 5. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA

CONTRATACIÓN DIRECTA

**JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN**

Las Empresas Sociales del Estado, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por ley o por las asambleas o concejos. La ley 1082 de 2015, en su artículo 2.2.1.2.1.4.4. en lo referente a Convenios o contratos interadministrativos preceptúa: "La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa".

La ley 1082 de 2015, en su artículo 2.2.1.2.1.4.4. en lo referente a *Convenios o* contratos interadministrativos preceptúa: "La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa". Que a su turno el artículo 108 de la Ley 489 de 1998, Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, permite la celebración de convenios de desempeño en los siguientes términos: "*La Nación y las entidades territoriales podrán condicionar la utilización y ejecución de recursos de sus respectivos presupuestos por parte de las entidades descentralizadas y sociedades de economía mixta, cuya situación financiera, de conformidad con la correspondiente evaluación por parte de los órganos de control interno, no permita cumplir de manera eficiente y eficaz su objeto propio.*

*Tales condicionamientos se plasmarán en un convenio de desempeño en el cual se determinarán objetivos, programas de acción en los aspectos de organización y funcionamiento y técnicos para asegurar el restablecimiento de las condiciones para el buen desempeño de la entidad, en función de los objetivos y funciones señalados por el acto de creación".*

## 6. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo del presente Convenio es hasta el 15 de diciembre de 2023, contado a partir de la fecha en que se dé inicio del Convenio a través de la plataforma SECOP 2, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del Convenio.

Comité Estructurador del Proceso,

Rol Jurídico

ANA DOLORES LORZA BEDOYA
Jefe Oficina Asesora Jurídica

MARTHA LUCIA GARZÓN POTOSI
Profesional Universitario

Rol Técnico

NORA ELENA MUÑOZ RUIZ
Subsecretaria de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios de Salud

Rol Financiero

LAURA LORENA GAITÁN VELOZA
Profesional Especializada

STEFANNY ORTEGA PUENTE
Profesional Universitario

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud