ANEXO 1. ANÁLISIS DEL SECTOR

OBJETO: Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial, Medicamentos y Traslado en Ambulancias.

1. La Dirección del SENA Regional Meta, realiza el análisis del sector en cumplimiento a lo establecido en Artículo 2.2.1.1.1.6.1. Decreto 1082 de 2015**,** los lineamientos del Manual de Contratación y la Guía de Colombia Compra Eficiente.(https://www.colombiacompra.gov.co/manuales-guias-y-pliegos-tipo/manuales-y-guias/guia-para-la-elaboracion-de-estudios-de-sector), así:

1.1. ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL:

La Salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social. Se caracteriza por estar formado por dos sistemas coexistentes: el régimen contributivo (privado) y el régimen subsidiado (gratuito) por medio del Sisbén. Ambos regímenes proporcionan cobertura universal, acceso por igual a medicamentos, procedimientos quirúrgicos, servicios médicos y odontológicos. Es descentralizado, las fuentes de financiación de la salud son principalmente del Sistema General de Participaciones (SGP), los aportes de empleadores y trabajadores al régimen contributivo que se administran por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y los recursos obtenidos en los juegos de suerte y azar administrados por Coljuegos, también existen otras fuentes de financiación de menor envergadura.

El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 22 de 191 países, por su desempeñó general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud. Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud, superando el 95% de su población.

El Ministerio de Salud y Protección Social es el responsable de desarrollar políticas en materia de salud, así como el encargado de regular la salud en el país. La Entidad promotora de salud (EPS) son empresas regionales de sanidad que se encargan de implementar los objetivos fijados por el Ministerio de Salud, de desarrollar las líneas maestras y sus protocolos, y también de supervisar la actuación de los cuidados en salud. Para cumplir con sus responsabilidades las EPS deben conformar una red de servicios para lo cual cualquier entidad promotora de salud puede contratar a clínicas, hospitales o un Instituto prestador de salud (IPS) de forma independiente y autónoma o pueden garantizar el acceso a los servicios con su propia red. Además, deben contratar un porcentaje determinado mínimo con instituciones prestadoras de servicios públicos.

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas: La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país.

Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 100.8 Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

Durante los últimos años, la conceptualización sobre la salud, ha sufrido un proceso de transformación en respuesta a los cambios que vive el mundo en el ámbito político, social, económico y técnico. Cabe anotar que el concepto de salud ha superado la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para Involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social.

El Decreto 1011 de abril 3 de 2006, estableció el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad, obligatorio para los prestadores de servicios de salud definidos por el Artículo 2º del Decreto 2309 de 2002 que estableció a las IPS las cuales son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.[1]

La idea de salud, por su parte, se vincula al bienestar físico y psicológico de una persona. Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

La mayoría de los países cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos de salud son gestionados y financiados por el Estado, mientras que los servicios privados de salud se brindan a través de empresas que tienen fines de lucro.[2]

En lo que respecta a la Instituciones Prestadoras de Salud, como su nombre lo sugiere, son aquellos agentes que se encargan de la atención de los pacientes consumidores en términos de la producción y prestación de los servicios. No obstante, la elementalidad de su definición, una mirada más en profundidad permite identificar diferenciaciones interesantes; en primer lugar, es necesario distinguir entre el cuerpo médico y las instituciones prestadoras (centros hospitalarios en todos sus niveles); a su turno, los médicos se componen de los generales y los especialistas. En cuanto a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPS) es preciso realizar la distinción entre las públicas y las privadas y, dentro de éstas, aquellas que se encuentran integradas verticalmente con aseguradores y las que no lo están, nuevamente teniendo en cuenta los diferentes niveles.

1.1.1. ANTECEDENTES CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD.

La Constitución Política de Colombia (CPC) de 1991, consagra en su artículo 48 que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”. Se evidencia de esta manera el surgimiento de un nuevo Sistema de Seguridad Social.

[1] https://www.univalle.edu.co/

[2] https://definicion.de/servicios-de-salud/

Lo anterior da origen al desarrollo de la Ley 100 de 1933, en la cual se plantea un Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) definido como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas 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 desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica (…)”.

El SSSI es conformado por los regímenes de salud, pensiones, riesgos profesionales y los servicios complementarios. Renueva totalmente la organización, las entidades que lo integran y las transacciones que se realizan con relación a la situación anterior. Da una participación importante a las entidades privadas y al sector solidario, transforma la provisión de los servicios de salud en un sistema regido por las leyes del mercado y en pensiones crea el sistema de ahorro individual.

De otra parte, la base 1994 de las Cuentas Nacionales de Colombia no reflejaba el funcionamiento del sistema promulgado por la ley 100 de 1993 en razón a que la reforma era demasiado reciente para analizarla y representarla adecuadamente y las fuentes de información disponibles eran escasas y estaban en proceso de estabilización y ajuste.

Conscientes de las limitaciones de la base 1994 y dada la importancia de la Seguridad Social en el desarrollo de políticas sociales y económica, se implementó un proyecto especial, paralelo a la Base 2000 de las Cuentas Nacionales con el objeto de realizar un análisis renovado del sector de la salud y de la previsión social acorde a la nueva realidad.

Inicialmente se planteó como una Cuenta Satélite de la Salud y los Seguros Sociales (CSSSS). Sin embargo, la rigidez conceptual de las propuestas existentes dificultaba el enlace entre los conceptos manejados por los actores en el área de la Salud y la Seguridad Social y las representaciones en términos de Cuentas Nacionales. Para facilitar este enlace, se reorientó el proyecto hacia la construcción de una Cuenta Intermedia de la Salud como base para el posterior desarrollo de la CIS, es decir, un sistema de representación que si bien incorporaba los análisis de Cuentas Nacionales, utilizaba los conceptos propios al sistema de seguridad social, como por ejemplo los conceptos de UPCs (Unidad de Pago por Capitación), POS (Plan Obligatorio de Salud), cuyo uso era ya corriente entre los analistas de la Seguridad Social en Colombia, en lugar de introducir el tratamiento en términos de contribuciones sociales en especie, y el tránsito (imputado) por las cuentas de los hogares de un cierto número de flujos.

1.1.2. SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

El SENA es un establecimiento público del orden nacional adscrito al Ministerio de Trabajo, encargado de cumplir la función que corresponde al Estado de invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos, ofreciendo y ejecutando la formación profesional integral, para la incorporación y el desarrollo de las personas en actividades productivas que contribuyan al desarrollo social, económico y tecnológico del país, como lo establece la Ley 119 de 1994.

EL Servicio Médico Asistencial del SENA fue creado a través del Decreto 907 del 16 de mayo de 1975, artículo 30, modificado por el artículo 35 del Decreto 594 de 1977, donde se estableció como obligación del SENA asumir directamente o contratando con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial, para los parientes que dependan exclusiva y económicamente de los empleados; precisando que las modalidades del servicio dependerán de la reglamentación de la entidad que lo preste, y en caso que el SENA asuma directamente la prestación del servicio, el Consejo Directivo Nacional hará lo reglamentará mediante acuerdo.

Mediante Acuerdos 38 de 1975, 23 de 1976 y 13 de 1977, se reglamentó el Servicio Médico, se implementó con la papelería requerida, se inició su funcionamiento y se continuó su desarrollo a nivel

nacional.

Posteriormente se expidió el Acuerdo 24 de 1978, por el cual se reglamenta y actualiza la Seguridad Social para las familias de los empleados públicos, pensionados y trabajadores oficiales y se deroga el Acuerdo 13 del 28 de abril de 1977.

El artículo 35 del Decreto 1014 de 1978, modificado por el artículo 16 del Decreto 415 de 1979, estableció que el SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial para los parientes de los empleados de la entidad, cuyas modalidades y cuantías se establecerán por medio de acuerdo del Consejo Directivo Nacional, así como los aportes del SENA para cada uno de sus empleados.

Mediante la Resolución 312 de 1987 modificada parcialmente por la resolución No 2418 de 2004 y Acuerdo 30 de 1988 modificado parcialmente por el Acuerdo 4 de 2016, se establece que se debe garantizar la atención integral en salud a beneficiarios del Servicio Médico Asistencial.

El Acuerdo 007 de 2009 y el Acuerdo 11 de 2010, establecen que se debe garantizar la atención integral en salud a beneficiarios del Servicio Médico Asistencial.

Con la creación del Servicio Médico Asistencial- SMA del SENA, se estableció la seguridad social para la familia del empleado y se determinó que el SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un Servicio Médico Asistencial para aquellos denominados como beneficiarios según el artículo 1º del Acuerdo 30 de 1988 modificado por el Acuerdo 4 de 2016, es decir:

a. Del empleado público, trabajador oficial y pensionado soltero:

- Padres.
- Hermanos solteros, hasta la fecha en la que cumplan la edad de 21 años.
- Los hijos adoptivos solteros, hasta la fecha en que cumplan la edad de 25 años.

b. Del empleado público, trabajador oficial y pensionado casado:

- Padres
- Cónyuge o compañero (a) permanente.

c. Para Empleados Públicos los hijos legítimos y extramatrimoniales legalmente reconocidos que sean solteros, hasta la fecha en que cumplan la edad de 25 años.

d. Para Trabajadores Oficiales los hijos legítimos y extramatrimoniales legalmente reconocidos que sean solteros hasta la edad de 25 años.

e. Hijos adoptivos y entenados solteros, hasta la fecha en que cumplan la edad de 25 años. Cabe resaltar que el Acuerdo 4 de 2016, modificó parcialmente el Acuerdo 30 de 1988, en el sentido de extender la edad de los hijos beneficiarios del Servicio Médico Asistencial hasta los 25 años.

Así mismo se tienen en cuenta:

• Circular 185 del 20 de noviembre de 2019, por medio de la cual se emiten lineamientos sobre buenas prácticas de prescripción de medicamentos del Servicio Médico Asistencial del SENA.
• Resolución 1-00824 de 2022 “Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el servicio Médico asistencial del SENA”, en sus artículos 3° y 11°:

En el entendido que los servicios hospitalarios son una de las principales estrategias terapéuticas con

las que se cuenta en la actualidad para corregir, diagnosticar, prevenir y disminuir los síntomas y secuelas de los diferentes eventos o condiciones patológicas que afectan a una población, se establece que mediante un adecuado servicio de salud, éstos se convierten en factor imprescindible para garantizar una mejor atención en salud a la población beneficiaria, bajo condiciones de fácil acceso, disponibilidad suficiente, oportuna y permanente de los servicios requeridos y autorizados a través del Servicio Médico Asistencial del SENA.

En cumplimiento de la reglamentación de la prestación de servicios de salud que hace parte del SMA, el SENA ha manejado a través de sus regionales a nivel nacional la contratación que atiende su compromiso acordado frente a sus servidores públicos beneficiarios.

El Servicio Médico Asistencial del Sena Regional Meta, requiere contratar una (1) entidad que preste los servicios hospitalarios en el municipio de granada para la atención de beneficiarios que sean autorizados por los médicos asesores del Servicio Médico Asistencial del SENA de la Regional con el fin de preservar la vida, mantener estables sus condiciones de salud y atender enfermedades que no permiten suspender tratamientos, velando así por la buena salud de los beneficiarios.

Teniendo en cuenta que el Sena Regional Meta, no dispone de personal ni de instalaciones para la prestación del servicio ni para atender las necesidades de los beneficiarios, se hace necesario adelantar y cumplir la selección del contratista idóneo para la prestación de servicios hospitalarios en el municipio de Granada, Meta.

1.1.3. IMPORTANCIA DEL SECTOR

Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas algunas de las cuales son propiedad de las aseguradoras en integración vertical. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas.

Es bien sabido que, sin una adecuada red de IPS, la prestación de los servicios con atributos de calidad sería muy difícil. Por esta razón, la red de prestadores se convierte en un aliado indispensable para dar la mejor atención a los afiliados y fidelizarlos.

Como concepto básico se toma la definición del Decreto 4747/2007, donde se establece como red de prestadores, el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

La política Nacional de prestación de Servicios de Salud tiene como propósitos "El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población". Además, establece tres ejes:

ACCESIBILIDAD. Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios.

EFICIENCIA. En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

CALIDAD. La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

Tal como lo define la Resolución 3042 de 2007 en el marco de los Fondos de Salud, los ingresos con los cuales se financia la prestación de servicios son:

- Los recursos del Sistema General de Participaciones, destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, asignados por la Nación a cada entidad territorial, incluidos los recursos de aportes patronales que se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos.

- Los recursos de rentas cedidas e impuestos cedidos y de destinación específica para el sector salud de las entidades territoriales, los obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los transferidos por ETESA, excluyendo el porcentaje que como mínimo determina la Ley para la financiación del régimen subsidiado, el porcentaje que como máximo se autoriza para la financiación del funcionamiento de las direcciones territoriales en los artículos 59y 60 de la Ley 715 de 2001,y los recursos destinados al Fondo de Investigación en Salud.

- Los recursos propios de las entidades territoriales que destinen a la prestación de los servicios de salud de su población.

- Los recursos asignados por la Nación para la prestación de los servicios de salud a poblaciones especiales.

- Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

- los saldos de liquidación de contratos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

- Los rendimientos financieros, los recursos del balance con esta destinación

1.2. ASPECTOS ECONÓMICOS[3]

Colombia generó un PIB corriente de US$271,5 miles de millones en 2020, inferior en 16,1% al registrado en 2019 y fue similar al registrado por Finlandia y Pakistán. Colombia se ubicó como la cuarta economía en América Latina, detrás de Brasil, México y Argentina. El PIB per cápita corriente es bajo con cerca de US$5.336, valor inferior al registrado por otros países de la región como Ecuador,Uruguay, Panamá, Chile, Argentina, Costa Rica, Brasil, México y Perú.

El sector primario de la economía representó el 12,9% del PIB en 2020. Entre los principales productos agropecuarios de Colombia se encuentran: café, banano, flores, caña de azúcar, ganado, arroz. Por otra parte, en los recursos minero-energéticos es destacada la producción de carbón, petróleo, gas natural, mineral de hierro, ferroníquel y oro. El sector secundario participó del 17,6%. En el sector industrial resaltan los textiles, productos químicos, metalurgia, cemento, envases de cartón, resinas plásticas y bebidas. El sector terciario representó el 69,5% del PIB con importancia de los servicios, en especial, de la dinámica del turismo. En 2020 por causa de la pandemia se vieron afectadas, el número de visitantes no residentes (1,38 millones) se redujo 69,4% frente a 2019.

En 2019 el PIB de Colombia había crecido 3,3%, pero como resultado de las medidas de aislamiento y el cierre de actividades productivas para contener el COVID-19, la economía colombiana se redujo en 6,8% en 2020. Adicionalmente, impactada en un ambiente de reducción de los precios internacionales de los productos mineros, en especial, del petróleo y la caída de la demanda externa e interna. La perspectiva es de recuperación y el FMI estimó que el PIB real se incrementaría en 5,15% en 2021. Entre otras causas, el bajo ritmo de la actividad económica condujo a que se aumentara la tasa de desempleo, la cual pasó de 8,9% a 10,5% y 15,9% entre 2015, 2019 y 2020, respectivamente. Este último año, afectado por los efectos negativos de la pandemia sobre el aparato productivo.

La inflación mantuvo una tendencia decreciente entre 2015-2018 cuando se redujo de 6,8% a 3,2%. No obstante, en 2019 se aumentó a 3,8%, producto del aumento de los precios de los alimentos, factores climáticos, cierre de la vía al Llano y por la mayor devaluación de la moneda. Para 2020, en

[3] Fuente: DANE-FMI- Banrepublica

un entorno de contracción de la demanda interna, la inflación se situó en 1,6%, por debajo de la meta objetivo puntual del 3%. La menor inflación se presentó pese a la devaluación nominal de la moneda de 12,6%, respecto año anterior. La tasa representativa de mercado correspondió a US$3.693,3 en promedio 2020, la más alta en la historia de Colombia.

Por su dependencia de los bienes minero-energéticos, sus exportaciones se afectaron; en 2012 superaban los US$62 mil millones y en 2017 se ubicaron cerca de US$38 mil millones. Por efectos de la pandemia y cierres de los mercados externos, en 2020, las ventas se ubicaron en US$ 31.056 millones, para una caída de 21,4%. Desde 2014, Colombia registra déficit comercial de bienes, el cual se ubicó en US$10.129 millones en 2020. Las exportaciones de servicios en Colombia habían registrado un buen comportamiento en los últimos años. Sin embargo, las medidas tomadas para contener el COVID-19, las afectaron y las ventas se redujeron 46,5% en 2020. Las importaciones de servicios también se disminuyeron 32,3%, en este último año.

La cuenta corriente de la balanza de pagos del país registró un déficit de US$ 9,1 miles de millones (3,3% del PIB) en 2020, inferior al déficit de US$14,3 mil millones (4,4% del PIB) registrado en 2019. Por su parte, La IED se situó en US$7.690 millones (2,8% del PIB) en 2020 y se redujo 46,3% respecto a 2019. La IED hacia los sectores minero-energéticos se disminuyeron 60,2% y en los sectores no minero-energéticos, la reducción fue 39,9%. La inversión de Colombia en el exterior se redujo 38,9% durante 2020, ubicándose en US$1.966 millones.

En 2019 el déficit fiscal del gobierno central era de 2,5% del PIB, pero con el impacto recibido por la pandemia y los mayores egresos presupuestales, registró un déficit fiscal equivalente al 7,8% del PIB en 2020. El déficit fiscal estimado para 2021 es 8,6% del PIB. La deuda pública bruta del gobierno pasó de 50,3% a 64,8% entre 2019 y 2020, respectivamente.

1.2.1. ASPECTOS ECONÓMICOS SALUD COLOMBIA[4]:

La llegada de la pandemia por el COVID-19, nos ha cambiado de manera radical y cada vez resulta más cotidiano usar en nuestro vocabulario terminologías médicas como PCR, antígeno o inmunidad de rebaño. Incluso, ahora nos interesamos más en conocer sobre el funcionamiento de los sistemas de salud, pues somos más exigentes y selectivos a la hora de buscar atención médica de calidad. Sin duda alguna, los ojos del mundo seguirán puestos en el sector salud, y por eso resulta fundamental analizar las tendencias y perspectivas para este nuevo año.

En primer lugar, se destaca la necesidad de continuar la lucha contra el COVID-19, cubriendo la totalidad de la población. De allí, que las estrategias de prevención y mitigación de emergencia de nuevas cepas seguirán siendo una constante en la agenda social y, que, en línea con esto, la OMS y Naciones Unidas hayan dado a conocer su estrategia para completar la Vacunación Mundial contra el COVID-19.

Esta estrategia define líneas generales para lograr la vacunación del 70% de la población mundial para mediados de 2022. Para alcanzar este propósito, se busca propiciar acciones conjuntas entre países y gobiernos para aumentar el grado de protección en aquellos que todavía no lo tienen, ubicados mayoritariamente en zonas de África y Oriente Medio.

Por otro lado, será necesario coordinar esfuerzos para atender enfermedades crónicas como el cáncer, cuya atención cayó considerablemente por el temor frente al riesgo de contagio. En este sentido, es necesario hacer un llamado para retomar los chequeos médicos que permitan mantener bajo control estos padecimientos y, recordar que la asistencia a los centros de salud se puede llevar a cabo durante la emergencia sanitaria, respetando las medidas de bioseguridad que corresponden.

Así mismo, será imperante avanzar hacia medidas de apoyo en salud mental. Lo anterior, dado que el diagnóstico de una enfermedad tiene un impacto significativo sobre diferentes aspectos de la vida. Por eso, resultará fundamental atender de manera integral los casos de enfermedades como la psoriasis, o la dermatitis atópica, que, por su sintomatología, pueden generar no solo alteraciones físicas sino también emocionales. Este escenario, se convierte en una oportunidad para comprender con mayor profundidad la depresión de los pacientes como una problemática que se acentúa.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la industria farmacéutica hacemos un llamado para seguir fortaleciendo los sistemas de salud y el trabajo conjunto de todos los actores por el bienestar de los pacientes, quienes requieren que sus enfermedades sean tratadas de manera continua. Proyectamos

[4] 5 https://consultorsalud.com/tendencias-sector-salud-para-2022/

un escenario en que se creen y desplieguen estrategias definidas a la medida de las necesidades en salud, y estamos convencidos de que el trabajo conjunto de los diferentes actores permitirá implementar medidas mucho más eficientes, de cara a los retos de este 2024.

1. Integración de la información en salud

Surgimiento de la Hoja de ruta Salud Digital para 10 años.

Modelo de Gobernanza y Analítica de Datos en salud que incluye:

- Estructuración del Modelo
- Pilotos de análisis descriptivo y diagnóstico
- Análisis avanzados (Predicción de Riesgos)

Historia clínica electrónica e interoperabilidad:

- Guías técnicas interoperabilidad Historia clínica Electrónica
- Plataforma interoperabilidad Historia clínica Electrónica (Piloto)
- Conectatón interoperabilidad Historia Clínica Electrónica

App Minsalud Digital:

- Módulo de autocuidado
- Módulo de trámites
- Módulo de costos de servicios de salud
- Módulo de PQR

Portal de Contratos (plataforma denominada el Intercambiador Comercial) en donde quedarán públicos los detalles de la contratación, tecnologías y precios entre todos los actores del sistema.

Subsistema integrado de Prestaciones efectivas de servicios y tecnologías en salud:

- Modificación Res. 3374/20 – RIPS
- Modificación de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 y operatividad de la herramienta MIPRES

El crecimiento económico colombiano se deprimió el año de la pandemia hasta los -6.8% del PIB, rebotando esta anualidad hacia los esperados 5.1% del PIB y proyecta retraerse nuevamente en el 2022 para aspirar un muy débil crecimiento de 3.6% del PIB según los expertos.

El sistema de salud va a requerir mayores recursos del PIB debido al aumento de la demanda, el envejecimiento de la población y el costo de medicamentos. Para el 2035 la variación de la UPC para el régimen contributivo alcanzará el 123,9%, siendo los medicamentos responsables del 82% de ese crecimiento.

Estrategias para responder a emergencias sanitarias, con énfasis en la producción local de insumos claves (CONPES)

Se busca operativizar la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y Ruta Materno-Perinatal y lograr una cobertura global del 78%. Recordemos que esta ruta se aprobó en el 2018 y desde el 2020 tiene financiamiento exclusivo en la UPC.

También se expedirán los lineamientos de las siguientes rutas:

- Alteraciones cardio – cerebro – vasculares
- Cáncer
- Problemas o trastornos de salud mental
- Violencias (conflicto armado. género e interpersonal)
- Enfermedades infecciosas

- Alteraciones nutricionales

Prestación de Servicios de Salud

Se avecina la definición y el fortalecimiento del Prestador Primario PP, que será la puerta de entrada al sistema, y el desarrollo de los primeros pilotos.

Se ajustará la metodología de conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios en salud.

También se trabajará y aprobará la política para el Hospital Público

Regionalización. Viene la definición de áreas de gestión sanitaria que Incluirá el número mínimo de EPS por región.

Talento Humano en Salud. Quizás el cambio más notable será la actualización de las competencias de las profesiones básicas de la salud, que producirá un positivo efecto en el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias que requieren los nuevos trabajadores del sistema de salud.

Otros cambios previstos incluyen:

- Redefinición de denominaciones de especialidades médico-quirúrgicas
- Lineamientos de formación continua del THS Capacitación por competencias en procesos misionales
- para profesionales y auxiliares de municipios priorizados.

Con relación al desempeño está en proceso el lineamiento para la actualización de Códigos de Ética para el THS

1.2.2. ESTUDIO DEL MERCADO:

Para establecer el valor estimado del proceso, el comité estructurador procede a hacer el análisis de consumos y precios históricos, donde se estimó que el valor para “Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial, Medicamentos y Traslado en Ambulancias.”, durante la vigencia 2024, es el resultado del promedio contratado para el SMA durante las vigencias 2020 al 2023., teniendo en cuenta que las características del servicio son similares entre una contratación y otra.

Cuadro de análisis de consumos y precios históricos:

No. de Contrato	Vigencia	Valor
CO1.PCCNTR.18778942	2020	$6.000.000
CO1.PCCNTR.2931929	2021	$6.000.000
CO1.PCCNTR.3798795	2022	$6.000.000
CO1.PCCNTR.5200980	2023	$6.000.000

VALOR TOTAL 4 VIGENCIAS	$24.000.000
VALOR PROMEDIO ANUAL	$6.000.000

Las fluctuaciones tanto en los fenómenos económicos como en el promedio de consumo de los servicios no han sido importantes, por los cual se establece que el presupuesto disponible por la entidad para la presente vigencia es de seis millones de Pesos M/CTE ($ 6.000.000), incluido IVA, cuyo valor está amparado en los certificados de disponibilidad presupuestal No. 7324 del 17 de abril de 2024.

Ahora bien, partiendo de la premisa que ningún ser humano puede determinar ni asegurar que servicios de salud necesitará de acuerdo a las enfermedades o condiciones de salud que presente en determinado momento, el SENA Regional Meta por la importancia de garantizar a los beneficiarios del Servicio Medico

el derecho a la salud y en especial a la vida, requiere realizar un proceso de contratación por eventos. Adicionalmente se debe tener en cuenta que los servicios de salud por su naturaleza no generan costos fijos mensuales, los cuales dependen del estado de salud de los beneficiarios y de sus patologías de base en un momento determinado.

Así las cosas, la ejecución se realizará por eventos, los cuales se pagarán de conformidad con el Manual Tarifario SOAT vigente, según lo establece la. RESOLUCIÓN No. 1-00824 de 2022, “Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA”.

Por lo anterior, y con el fin de garantizar la salud y la continuidad en los tratamientos autorizados a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial de la Regional Meta, su ejecución se realizará hasta el 31 de diciembre de 2023, o cuando se agote el valor total del mismo.

1.3 ASPECTOS TÉCNICOS

Los oferentes deberán cumplir con todas las condiciones y especificaciones técnicas establecidas para cada lote en el proceso de contratación para la prestación de los servicios integrales de salud, conforme con la habilitación en el ministerio de salud para consulta externa especializada y sub- especializada, consulta de medicina general, desarrollo de programas de promoción y prevención en salud, hospitalización (medico quirúrgica), consulta intrahospitalaria, urgencias 24 horas, especialidades odontológicas, especialidades oftalmológica, laboratorio clínico, imagenología entre otras actividades, intervenciones y procedimientos de ayudas diagnosticas e insumos, que requieran los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Meta, durante la vigencia 2024.

En el análisis realizado oferta y demanda se evidencia que existe en el mercado local proveedores que cumplen con la capacidad técnica y operativa para prestar los servicios de Salud, cumpliendo con todas las condiciones establecidas en el proceso.

El Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud, creado en el marco del Sistema de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS), constituye un instrumento importante para el seguimiento y monitoreo de la situación de salud de los colombianos. Los resultados de este sistema aportan en la formulación y el monitoreo de políticas públicas en salud a través de la generación de información que refleja las condiciones sanitarias de la población, responde a la labor de la vigilancia en salud pública y se convierte en un mecanismo de apoyo a los procesos de transparencia y de rendición de cuentas en el sistema de salud.

Es claro, que para prestar los servicios muchas clínicas deben contratar con IPS, las decisiones de inversión de los Estados se dan en un marco de escasez. Ningún Estado puede atender todas las necesidades y preferencias de todos sus ciudadanos, pues no habrá recursos que alcancen.

Por lo anterior, se recomienda a los posibles oferentes revisar, leer y analizar de manera integral todos los documentos del proceso y el pliego electrónico que se establezca en SECOP II, para que se presenten y garanticen el cumplimiento de las condiciones y especificaciones técnicas, operativas y los requisitos habilitantes, conforme a las condiciones del proceso.

1.4 MARCO NORMATIVO

La normativa vigente aplicable al objeto del Proceso de Contratación es la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y 1860 del 2021 y demás decretos reglamentarios.

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr lasostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

En síntesis, la normatividad del sector salud, contiene diferentes leyes decretos, acuerdos y artículos que rigen el conjunto de una atención integral, basada en las necesidades por las que demandan los usuarios para su bienestar. Esta normatividad brinda una mejor calidad de vida a la comunidad en

general.

Ley 1122 de 2007- ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

Ley 100 de 1993 estableció la estructura de la Seguridad Social en el país.

Ley 112 de 2007 (9 de enero) por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 828 de 2003: (1O de Julio) por la cual se expiden normas para el control a la evasión de seguridad social.

Ley 776 de 2002: (T7 de diciembre) por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Ley 657 de 2001: (7 de junio) por la cual se reglamenta la especialidad médica de la radiología e imágenes diagnósticas y se dictan otras disposiciones.

ACUERDO 4 de 2016 SENA - Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 30 de 1988.

ACUERDO 10 de 2011 SENA - Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Médico Asistencial del Sena.

ACUERDO 11 de 2010 SENA - Por el cual se adiciona el artículo 29 y se modifica parcialmente el artículo 31 del Acuerdo 24 de 1978, "por el cual se reglamenta y actualiza la Seguridad Social para las familias de los empleados públicos, pensionados y trabajadores oficiales y se deroga el Acuerdo 13 del 28 de abril de 1977" ("Por el cual se reglamenta y actualiza la Seguridad Social para las familias de los empleados públicos, pensionados y trabajadores oficiales y se deroga el Acuerdo 23 de junio 16 de 1976").

ACUERDO 7 de 2009 SENA - Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Médico Asistencial del SENA.

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

El Decreto 1018 de 2007, en el numeral 7° del artículo 4° asigna a la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Así mismo, el numeral 11, del artículo 14 de la misma normatividad, establece como facultad de la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud el *"Vigilar el cumplimiento de las instrucciones, órdenes, circulares y demás actos administrativos que dicte el Superintendente Nacional de Salud relacionadas con sus funciones".* Conforme a la Ley 100 de 1993, articulo 156, literal i) *"Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud".* De otra parte, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece *"son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. "*Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

Además, propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están

prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

"Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos habilitantes contemplados en tas normas expedidas por el Ministerio de Salud." (Hoy Ministerio de la Protección Social) Resolución 226 de 2015 Resolución 3678 de 2014 Resolución 2003 de 2014 Decreto 1011 de 2006 Resolución 4445 de 1996.

De otra parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita reconocer los costos de los servicios que ofrecen, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2649 de 1993.

RESOLUCION 511 de 2006 SENA - Por la cual se modifica la conformación de la Junta administradora del Servicio Médico Asistencial de la Regional Atlántico del SENA

RESOLUCION 296 de 2012 SENA - Por la cual se modifica la composición de la Junta Directiva Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial del SENA

RESOLUCION 677 de 2012 SENA - Por la cual se imparten lineamientos para la participación de las organizaciones sindicales del SENA en la Junta Administradora Nacional y las Juntas Administradoras Regionales del Servicio Médico Asistencial del SENA

RESOLUCION 1262 DE 2016. Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA.

Decreto 1496 de 2018. Por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química

RESOLUCIÓN NO. 2674 DE JULIO 22 DE 2013, Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones, la cual establece requisitos establecer los requisitos y condiciones bajo las cuales el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), como autoridad sanitaria del orden nacional, deberá expedir los registros, permisos o notificaciones sanitarias.

Acta de Concertación Laboral del 6 de diciembre de 2018 suscrita entre el SENA y las organizaciones sindicales SINDESENA, SETRASENA, SINSINDESENA, UNALTRASENA y COSSENA, se acordó en el numeral 7.2.2 que "... el SENA se compromete a realizar los ajustes normativos, técnicos y administrativos necesarios, para establecer el siguiente límite para el cobro de excedentes en tratamiento ambulatorio por cada beneficiario del Servicio Médico Asistencial: 1) $5.000.000 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual equivalente a cinco (5) o más SMLMV, y 2) $4.700.000 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual inferior a cinco (5) SMLMV. Este valor será incrementado y actualizado a partir de la vigencia 2020 en el mismo porcentaje del IPC certificado por el DAÑE al 31 de diciembre del año anterior".

RESOLUCION 2181 DE 2019. Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo décimo de la Resolución 1262 de 2016, mediante la cual se actualizaron las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el SENA.

Resolución 1164 de 2002 - Procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares

Resolución 3100 de 2019 -Inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud

Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.1 - Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Resolución 0312 de 2019 - Estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo.

Entre otras

1.5 ASPECTO AMBIENTAL

Las IPS afiliadas a la Cámara tienen un compromiso con la protección ambiental. Primero, porque han asumido una responsabilidad como miembros de la sociedad. Segundo, porque son conscientes de que cuidar la calidad del aire y del agua también aporta al bienestar y a la salud de la población. Tercero, porque los recursos naturales son insumos indispensables para la operación.

Adicionalmente, en este periodo la gestión ambiental, sobre todo en lo que se refiere a consumo de agua y energía; ha sido determinante dentro de las acciones que se están implementando para el control del gasto.

Las entidades son conscientes de que su operación genera impactos ambientales significativos, principalmente por el consumo de recursos naturales y la generación de residuos y de emisiones.

A pesar de que la magnitud de los impactos puede variar de organización a organización; (por ejemplo, las IPS con servicios de hospitalización y cirugía consumen grandes cantidades de agua y energía; mucho más que otro tipo de IPS), el compromiso con la protección ambiental es transversal a todas las IPS de la Cámara.

La salud ambiental es un componente esencial de la salud pública que promueve la calidad de vida (Conpes 3550), donde el ser humano debe ser tomado en cuenta como un integrante más de los ecosistemas. Por lo tanto, los factores ambientales que pueden afectar la salud de nuestra población, no se reducen a los agentes físicos, químicos o biológicos; sino también, se deben incluir aquellos otros factores que afectan los ecosistemas; dentro de los cuales pueden mencionarse el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad y la deforestación; los cuales influyen de forma directa o indirecta en la calidad de vida individual, familiar y colectiva. Razón por la cual, la salud ambiental debe dimensionarse como un determinante de carácter estructural, intermedio y proximal, siendo parte activa en los procesos de desarrollo nacional y territorial, bajo la lógica de la equidad social, la gestión intersectorial, la integralidad, la justicia ambiental, la participación social, el enfoque diferencial, corresponsabilidad del sector público, privado, individual, colectiva; y el goce de los derechos ambientales.

La salud ambiental se define de manera general como el área de las ciencias que trata la interacción y los efectos que, para la salud humana, representa el medio en el que habitan las personas. De acuerdo con esto, los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multi-causal, pluri- conceptual y dinámico, y se imbrican mutuamente, en una relación dialéctica.

Por lo anterior, el Mapa Conceptual de la Salud Ambiental para Colombia, plantea la salud ambiental como un determinante de carácter estructural, que debe mediar los procesos de desarrollo en el marco de un desarrollo sostenible, bajo una gestión totalmente intersectorial. De otra parte, algunos de los componentes tendenciales de orden estructural que afectan la salud ambiental, son la inequidad social y el subdesarrollo, las restricciones a la democracia, el uso irracional de los recursos naturales, las políticas macroeconómicas excluyentes, el incremento de la población, el desempleo y sub-empleo, los modelos de asentamientos y el deterioro creciente de la calidad del hábitat urbano.

El oferente que resulte adjudicatario del presente proceso de contratación, con el fin de aportar y ayudar a proteger el medio deberá velar por el cumplimiento de las normas ambientales en general, desde la etapa contractual hasta la post contractual.

1.6 CRITERIOS LEGALES AMBIENTALES, DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO MÉDICO SENA.

Los oferentes, que posteriormente serán contratistas deben tener presente el cumplimiento de los criterios establecidos para aspectos legales ambientales, de eficiencia energética y de seguridad y salud en el trabajo para para la contratación de servicio médico.

ASPECTO(S) AMBIENTAL(ES) Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- Generación de residuos peligrosos
- Potencial de lesiones o afectaciones de salud

DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	ETAPA
Entregar certificados de calibración de cada equipo de servicio médico utilizado, (espirómetro, cabina de audiometría, alcoholímetro, entre otros) deben estar vigentes de acuerdo con las especificaciones del fabricante.	Precontractual
Entregar copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicio de salud.	Precontractual
Entregar copia de la licencia de seguridad y salud del personal responsable de la empresa prestadora de servicio de salud.	Precontractual
Entregar copia de la habilitación del servicio de transporte especial de pacientes cuando sea requerido.	Precontractual
Entregar copia del manual de bioseguridad.	Precontractual
Entregar de forma mensual el certificado de implementación del SG-SST acorde a la evaluación de estándares mínimos, el cual debe estar firmado por el Representante Legal, y allegarse con los siguientes soportes: 1. Fotocopia de cédula y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional que evalúa los estándares mínimos. 2. Evaluación de estándares mínimos y respectivo plan de acción de acuerdo a la aplicación de estándares mínimos aplicables - Decreto. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Resolución 0312-2019	Contractual
Entregar de forma mensual copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados.	Contractual
Entregar de forma mensual los Pagos de seguridad social, donde se evidencie la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada.	Contractual

1.7 SOCIAL

La población en Colombia puede acceder a los servicios de salud por varias vías: el sistema de seguridad social en salud, el sistema de riesgos profesionales, los regímenes especiales; los seguros privados, la medicina prepagada y los planes complementarios; los servicios adicionales prestados por las Cajas de Compensación Familiar, los servicios médicos de las escuelas, las empresas; los servicios de no mercado suministrados por el gobierno y finalmente por compra directa de los hogares a los proveedores de servicios. En los apartes que siguen se explica la forma como funciona cada uno de estos componentes.

1.7.1 **Sistema general de Seguridad Social en Salud – SGSSS**. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como finalidad regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población a estos servicios. Consta de los subsistemas contributivo y subsidiado. Adicionalmente, y mientras se extiende el sistema subsidiado a toda la población, las personas por fuera del sistema (los vinculados) también reciben atención en ciertas condiciones.

1.7.1.1. Régimen contributivo: Al régimen contributivo pertenecen las personas vinculadas mediante un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Funciona de la siguiente manera:

Actúa como eje central del sistema contributivo la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta manejada por encargo fiduciario, adscrita al Ministerio de

Salud y Protección Social, sin personería jurídica, ni planta de personal. Bajo esta cuenta se asignan los recursos a los diferentes agentes que intervienen en el sistema, se registran las cotizaciones recibidas y los contratos con las Entidades de Promoción de la Salud EPS.

Las EPS actúan como agentes recaudadores de las contribuciones sociales, pero estas contribuciones no constituyen un ingreso a su favor, sino del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que opera una redistribución de estos ingresos entre las EPS y otros tipos de usos, a través de la subcuenta de compensación.

El FOSYGA contrata con las EPS el servicio de aseguramiento de sus afiliados beneficiarios. Por estos servicios las EPS reciben el valor de una UPC (Unidad de pago por capitación). La UPC representa el valor reconocido a las EPS por la atención de cada afiliado y sus beneficiarios. El monto de la UPC se establece teniendo en cuenta la edad, el género de la persona, y el perfil epidemiológico de la población que hace parte del sistema.

Con estos recursos las EPS garantizan los servicios de salud a sus afiliados, los cuales prestan directamente o los contratan con las Instituciones prestadoras de salud (IPS). Adicionalmente el FOSYGA realiza transferencias a los gobiernos locales y a los hospitales para financiar el régimen subsidiado y la atención de los vinculados.

Las EPS operan como compañías de seguros, que reciben una prima de seguro de FOSYGA (el ente asegurado), las UPCs, a cambio de proveer (a FOSYGA, que luego lo asigna a los afiliados) una indemnización en especie, en caso de ocurrir un siniestro (enfermedad u otro evento cobijado por el sistema).

1.7.1.2. Régimen subsidiado

El régimen subsidiado atiende la población pobre y vulnerable del país de las áreas rural y urbana que se encuentran afiliados al sistema. Para ser afiliadas al sistema, las personas deben estar inscritas en el Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y pertenecer a los estratos 1 y 2.

En este régimen la Unidad de pago por capitación UPC se financia con recursos fiscales y de solidaridad. Sus recursos provienen de: la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, del situado fiscal, de las rentas cedidas a los departamentos, de las regalías de los pozos petroleros de las zonas de Cusiana y Cupiagua, de recursos de las cajas de compensación y de las contribuciones de ciertos afiliados al régimen subsidiado.

El régimen subsidiado es administrado por las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud de los departamentos, distritos y municipios quienes administran los contratos con las entidades administradoras del régimen subsidiado (ARS).

Las entidades y programas que administran el régimen subsidiado reciben por cada beneficiario el valor de la Unidad de pago por Capitación Subsidiada UPCS. En su punto de partida la UPCS tenía un valor equivalente a un 50% de la UPC del régimen contributivo. Este se viene incrementando de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

1.7.1.3. Las personas vinculadas al sistema.

Las personas vinculadas al sistema son aquellas que no tienen capacidad de pago pero que al mismo tiempo no hacen parte de los beneficiarios del régimen subsidiado por no cumplir con las condiciones establecidas por el SISBEN. En caso de eventualidad son atendidas por las instituciones públicas y privadas que tienen contratos con el Estado para la prestación de los servicios de salud. Se le denominan vinculadas al sistema.

1.7.2 Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP

Al sistema de riesgos profesionales tienen acceso las personas que sufren accidentes, enfermedades, incapacidad, invalidez o muerte como consecuencia directa del trabajo desempeñado y catalogada como tal por el Gobierno Nacional. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales tendrá derecho a servicios asistenciales y prestaciones económicas por parte de las administradoras del riesgo profesional. Cubren los costos de la atención a las víctimas de accidentes de trabajo

directamente ovía el recobro a las EPS para la parte de gastos que a estas les corresponde cubrir.

1.7.3 Los Regímenes Especiales

En este se consideran las entidades que atienden los servicios de salud de sus afiliados y que subsisten al régimen anterior a la ley 100. Hacen parte de este grupo las entidades adaptadas y las de régimen especial.

Las entidades adaptadas “son todas aquellas Cajas, Fondos y Corporaciones que existían antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993 y a las cuales la Ley les concedió un plazo de dos años para transformarse, adaptarse al sistema o liquidarse”.

“Las entidades del régimen especial son aquellas amparadas por la Ley 100 para prestar servicios de salud por fuera del sistema general a los miembros de ciertas instituciones públicas, dadas sus condiciones laborales particulares”.

Estas entidades proveen la seguridad social en salud a ciertos asalariados, que si bien no compensan las contribuciones recibidas en el FOSYGA con los otros integrantes del sistema, si aportan a la Subcuenta de Solidaridad de FOSYGA y por lo tanto ayudan a financiar las prestaciones de seguridad social del régimen subsidiado. Se trata de las entidades siguientes: ECOPETROL; Unidad General de Sanidad Militar; Unidad General de Sanidad de la Policía Nacional; Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio- FIDUPREVISORA; Universidad de Caldas- Servicio Médico; Universidad de Córdoba – Servicio Médico; Universidad Nacional – División de Salud – UNISALUD; Universidad de Nariño – División de Salud; Caja de Previsión Social de la Universidad del Cauca; Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – CAPRUIS.

1.7.4 Los seguros privados, la medicina prepagada y los planes complementarios

Por el sistema de seguros privados y medicina prepagada las personas se aseguran contra el riesgo de enfermedad. Se trata de sistemas en que se emiten primas y se pagan indemnizaciones.

Los planes complementarios los ofrecen las EPS a sus afiliados que aceptan pagar un monto adicional para mejorar la calidad del servicio recibido.

1.7.5 Servicios adicionales prestados por las Cajas de Compensación Familiar, los servicios médicos de las escuelas, las empresas, etc.

Un cierto número de entidades prestan también servicios adicionales a ciertas categorías de personas que tienen con ellas una vinculación específica, sin que por tanto se pueda considerar como parte del sistema de seguros sociales: el gasto lo asumen usualmente las entidades correspondientes, con una participación (o no) del beneficiario.

1.7.6 Los servicios de salud de no mercado

A pesar del establecimiento del sistema subsidiado sigue existiendo la prestación de servicios por parte del ente público en una modalidad de no mercado. En esta, los servicios no se venden a los usuarios, y si una participación financiera se requiere, es notoriamente inferior a los costos de la prestación del servicio. Estos servicios son prestados por el ente a título o caso gratuitos básicamente en las áreas de prevención (vacunas) y atención primaria. Las Cuentas Nacionales los consideran como servicios de no mercado.

1.7.7 Los servicios prestados directamente a los hogares y que ellos compran al proveedor

Estos son los servicios que los hogares compran directamente de los proveedores de servicios: médicos, clínicas, hospitales, etc. por fuera de cualquier sistema de los planteados antes. El “Gasto de Bolsillo” de los hogares, es decir, el gasto pagado directamente por los hogares corresponde de una parte a estas compras y de otra parte a los copagos y las cuotas moderadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.8 ANALISIS POLITICO[5]

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Organización de -Naciones Unidas, ha proporcionado un marco de acción cuyo propósito es alcanzar un mundo en el que todas las personas puedan llevar una vida productiva, vibrante y pacífica en un planeta sano. En este marco los países han adoptado medidas para integrar los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS- y sus metas en los planes nacionales de desarrollo y en la planeación sectorial respectiva. En Colombia, los ODS han sido incorporados en la Política Pública a través del CONPES 3918 de 2018 y se tienen como referentes en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

Para el sistema de salud colombiano es fundamental la visión a largo plazo, que permita alcanzar los resultados en salud definidos como prioridades para el país y aportar al alcance de los ODS. En el marco de este contexto, desde el año 2011, se estableció, la necesidad de formular un Plan Decenal de Salud Pública, el cual debe definir, entre otros, los objetivos, las metas y las acciones que orienten el quehacer de los actores del sistema y que lleven al país a alcanzar mejores niveles de salud.

El Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- formulado de manera participativa, a partir de la situación de salud del país, de los imperativos generados en el derecho fundamental a la salud, de las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales relacionados, y de las diferentes políticas sectoriales que impactan los determinantes sociales de la salud, se constituye en la expresión de la Política Pública del sector a largo plazo, cuyo propósito central es crear condiciones que garanticen el mejoramiento del bienestar integral y de la calidad de vida de la población colombiana.

Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta la planeación estratégica y por resultados que el sector salud ha venido desarrollando, se considera que contar con un instrumento de planeación de carácter nacional que abarque un periodo de 10 años, como lo es el PDSP, compromete a los diferentes niveles de gobierno y a todos los actores del sistema, en el marco de sus competencias, a que orienten sus intervenciones y ejecuciones para dar respuestas efectivas a las necesidades de la población y alcanzar los resultados en salud deseados. Esta mirada de largo plazo igualmente facilita el actuar del sector salud y de las demás instituciones estatales, en relación con el papel que deben cumplir respecto a las situaciones que requieran la acción intersectorial para impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y reducir inequidades y barreras evitables.

Por mandato de la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 6 y 7, la elaboración del PDSP debe realizarse cada 10 años a través de un proceso amplio de participación que conlleve a definir las acciones para mejorar el estado de salud de la población, junto con las metas, recursos, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación.

Dado que la finalización de la vigencia del actual Plan Decenal de Salud Pública –PDSP está prevista para el año 2021 y teniendo en cuenta lo establecido en la norma mencionada, 5 el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS-, desde el último trimestre de 2019, consideró necesario iniciar el proceso de formulación del nuevo PDSP. Dicho propósito, responde al reto de lograr que esta formulación sea oportuna y coincidente con el mandato que indica que en el año 2022 debe entrar a operar el nuevo PDSP.

El gobierno nacional quiere ponerle coto a uno de los problemas estructurales del sector: los costos originados por los servicios no incluidos en el plan básico de salud. Ese hueco vale casi $4 billones anuales. Así lo va a hacer.

El sistema de salud colombiano tiene una estructura bastante compleja, producto de múltiples reformas, la cantidad de usuarios atendidos y los pronunciamientos judiciales. Hoy hay un presupuesto destinado a cubrir el Plan Básico de Salud (PBS). Pero los fallos de los jueces, las nuevas tecnologías y la aplicación a rajatabla de un concepto amplio de derecho a la salud hacen que cada año se acumule un gasto adicional conocido como lo No PBS. Se trata de los recursos que el sistema debe pagar por servicios por fuera del plan básico.

El Gobierno busca ponerle límite a esta situación y para ello acaba de sacar una regulación. El asunto empezó con el Plan Nacional de Desarrollo (PND), que en su artículo 240 estableció que "los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Adres".

[5] https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx

Según la Resolución 206 del 17 de febrero de 2020, en total serán girados para este concepto un total de $3,9 billones de los cuales $3,3 billones irán al régimen contributivo y algo más de $500.000 millones para el régimen subsidiado.

1.9 ACUERDOS COMERCIALES Y TRATO NACIONAL

En cumplimiento del numeral 8º del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015, el SENA Regional Meta, procede a establecer si el presente proceso de contratación está cobijado por un Acuerdo Comercial.

Para el efecto se tendrá en cuenta que Colombia Compra Eficiente ha expedido Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación No. M-MACPC-14, y al respecto en el literal D) indica que “Las Entidades Estatales que adelantan sus Procesos de Contratación con las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007, no deben hacer este análisis en las modalidades de selección de contratación directa, mínima cuantía o para la enajenación de bienes del Estado”.

De conformidad con lo anterior, y teniendo en cuenta que el presente proceso se adelanta en la modalidad de mínima cuantía no son aplicables los acuerdos comerciales.

1.10 ACUERDO MARCO DE PRECIOS.

Es importante tener en cuenta que, si bien existe obligatoriedad en materia del uso de los Acuerdo Marco de Precios, conocido como AMP, para la adquisición de los elementos disponibles para comprar en la TVEC, en este caso en particular la Entidad adelantará el proceso de selección por mínima cuantía, en virtud de que no se excede el límite presupuestal para ser contratada por el Acuerdo Marco de Precios existente.

El AMP es un catálogo de bienes y servicios que pueden ser contratados por entidades sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública si se cumplen ciertas condiciones. La norma establece que, si la contratación no excede el 10% del valor de la menor cuantía de la entidad, se debe adelantar el procedimiento de mínima cuantía establecida en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y reglamentado en el artículo 2.2.1.2.1.5.2., del Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015. Si se determina que los elementos que requiere la Entidad pertenecen al objeto de los AMP disponibles en la TVEC y el valor total de la adquisición excede la mínima cuantía de la Entidad, deberá validarse que los ítems específicos se encuentren en los catálogos de cada Acuerdo Marco de Precios a fin de realizar la contratación de dichos elementos.

De conformidad con lo anterior, y teniendo en cuenta que el presente proceso se adelanta en la modalidad de mínima cuantía, prevalecerá la modalidad sobre la obligatoriedad del uso de los AMP.

2. ESTUDIO DE LA OFERTA:

En cuanto a la oferta de Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Salud del Ministerio de Protección Social, HABILITADAS, podemos observar en Villavicencio – Meta que se relacionan a continuación:

NOMBRE	DIRECCION	CONTACTO
Multisalud IPS	Carrera 16 No. 44-42 - Granada/Meta	6730889 y 6730888.E-MAIL: contacto@multisalud.com
Hospital Departamental de Granada Empresa Social del Estado (Servicios de salud de Mediana y alta complejidad)	Calle 15 No. 2-4	PBX: +57 (8) 6500517 Página Web : www.eseprimernivel-granada-meta.gov.co E-mail: subgciadtiva@hospitalgranada.gov.co
Servimedicos LTDA	Carrera 12 13 A-08 Tamaguavi, Granada Meta	6582255

Las personas naturales o jurídicas que presten estos servicios deben estar inscritas en el registro que para el efecto lleve el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

3. ESTUDIO DE LA DEMANDA: Para tal efecto se realizó la verificación en la página de Colombia Compra Eficiente SECOP II:

La información de la demanda permite recopilar información histórica sobre cómo se ha contratado "*la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial, Medicamentos y Traslado en Ambulancias*", conocer las experiencias y recopilar información sobre las buenas prácticas que implementa tanto el SENA, como otras entidades estatales, entidades internacionales u organizaciones del sector privado para su contratación.

La siguiente información orienta la verificación de la necesidad, así como la determinación de requisitos habilitantes, especificaciones, requisitos mínimos técnicos y metodologías de evaluación y adjudicación, entre otros.

a. Procesos de Contratación anteriores del SENA Regional Meta, con objeto igual o similar:

CRITERIO ANALIZADO PARA LA VIGENCIA ANTERIOR	SENA REGIONAL META Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Numero de proceso y fecha del contrato	MC-RM-012-2020 30/09/2020
Objeto contractual	Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Medicina Critica, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial
Valor y forma de pago	$6.000.000. Pagos mensuales conforme a los servicios efectivamente recibidos a satisfacción por parte de la supervisión del Contrato.
Modalidad de Selección	MINIMA CUANTIA
Plazo del contrato	12 MESES 14 de octubre de 2021
Garantías exigidas	Cumplimiento: 10 % plazo de ejecución y seis meses más.
Experiencia exigida	Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Medicina Critica, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial oficial.

CRITERIO ANALIZADO PARA LA VIGENCIA ANTERIOR	SENA REGIONAL META Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Numero de proceso y fecha del contrato	MC-RM-012-2021
Objeto contractual	Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Medicina Critica, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial, Medicamentos y Traslado en Ambulancias
Valor y forma de pago	$6.000.000. Pagos mensuales conforme a los servicios efectivamente recibidos a satisfacción por parte de la supervisión del Contrato.
Modalidad de Selección	MINIMA CUANTIA
Plazo del contrato	6 meses y 23 días
Garantías exigidas	Cumplimiento: 10 %, plazo de ejecución y seis meses más. Pago de salarios: 5%, plazo de ejecución y tres años más. Calidad del servicio: 10%, plazo de ejecución y seis meses más. Responsabilidad civil extracontractual: 200 SMMLV.
Experiencia exigida	El proponente deberá acreditar experiencia relacionada directamente con el objeto contractual del presente proceso, mediante la presentación de

	máximo 2 certificaciones, suscritas por el contratante, que acrediten el cumplimiento del proponente en contratos celebrados con entidades públicas o privadas, que se encuentren ejecutados dentro de los tres últimos años y la sumatoria de estas sea igual o superior al presupuesto asignado para esta invitación.
CRITERIO ANALIZADO PARA LA VIGENCIA ANTERIOR	SENA REGIONAL META Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
CRITERIO ANALIZADO PARA LA VIGENCIA ANTERIOR	SENA REGIONAL META Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Numero de proceso y fecha del contrato	MC-RM-019-2022 18 de julio de 2022
Objeto contractual	Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico
Objeto contractual	Contratar la prestación de los servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad a los beneficiarios del servicio médico asistencial de la Regional Meta que residan en el municipio de Granada Meta y los que sean remitidos de otras Regionales, previa remisión del médico asesor de la entidad en los servicios de: Urgencias, Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico, Salas de Cirugía y Partos, Hospitalización, y Consulta Externa en Medicina Especializada y Sub especial.
Valor y forma de pago	$6.000.000. Pagos mensuales conforme a los elementos efectivamente recibidos a satisfacción por parte de la supervisión del Contrato.
Modalidad de Selección	MINIMA CUANTIA
Plazo del contrato	8 meses y 15 días
Garantías exigidas	Cumplimiento: 10 %, plazo de ejecución y seis meses más. Calidad del servicio: 10%, plazo de ejecución y seis meses más. Responsabilidad civil extracontractual: 10%
Experiencia exigida	El oferente debe acreditar experiencia relacionada con el objeto contractual en contrato cuyo objeto o actividades guarden relación con el objeto contractual, mediante certificaciones de ejecución de un (1) contrato, cuyo valor sea o sume el 100% del presupuesto oficial.

Procesos de Contratación de otras Entidades Estatales consultadas en el SECOP

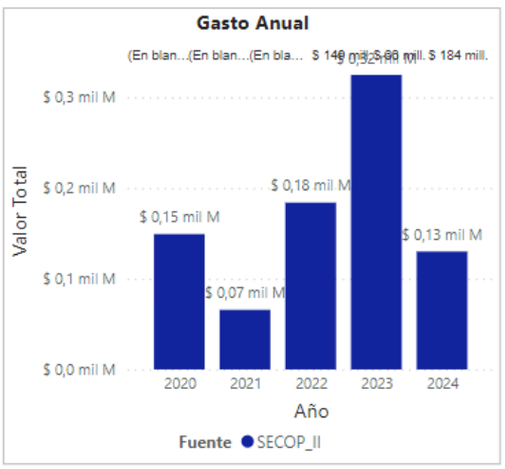
CRITERIO ANALIZADO	DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN
Numero de proceso y fecha del contrato	479-DMMED-2023 3 de enero de 2024
Objeto contractual	LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CONSISTENTE EN ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS ORDENADOS POR ACCIONES CONSTITUCIONALES, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ADSCRITOS DEL SUSBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE CONFORMAN LA REGIONAL 7 PARA LA VIGENCIA 2024
Valor y forma de pago	$110.215.330 Pagos parciales a 60 días, al recibo a satisfacción de cada solicitud realizada por el supervisor y cargado a la partida asignada.
Modalidad de Selección	MINIMA CUANTIA
Plazo del contrato	11 meses y/o hasta agotar el presupuesto.

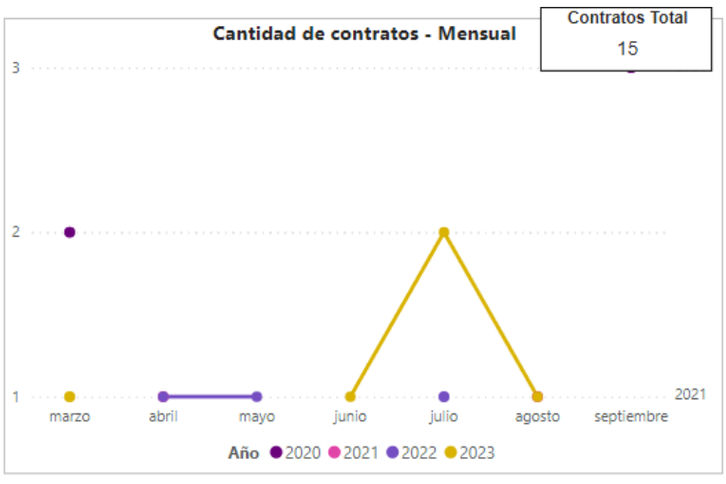
CRITERIO ANALIZADO	SENA REGIONAL CORDOBA
Numero de proceso y fecha del contrato	MC-RCO-DIR-0018-2022 4 de agosto de 2022
Objeto contractual	PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SMA DEL SENA QUE SEAN REMITIDOS POR EL MEDICO GENERAL ASESOR DE LA REGIONAL CORDOBA
Valor y forma de pago	$25.277.500

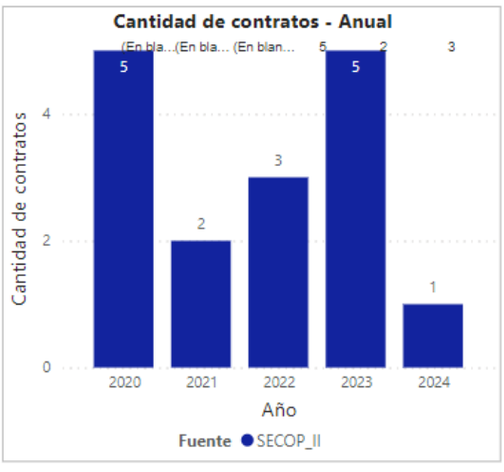
	Pagos mensuales de acuerdo a la ejecución del objeto contractual, previa certificación del supervisor del contrato donde conste el cumplimiento a satisfacción del objeto contractual.
Modalidad de Selección	Mínima cuantía
Plazo del contrato	11 meses

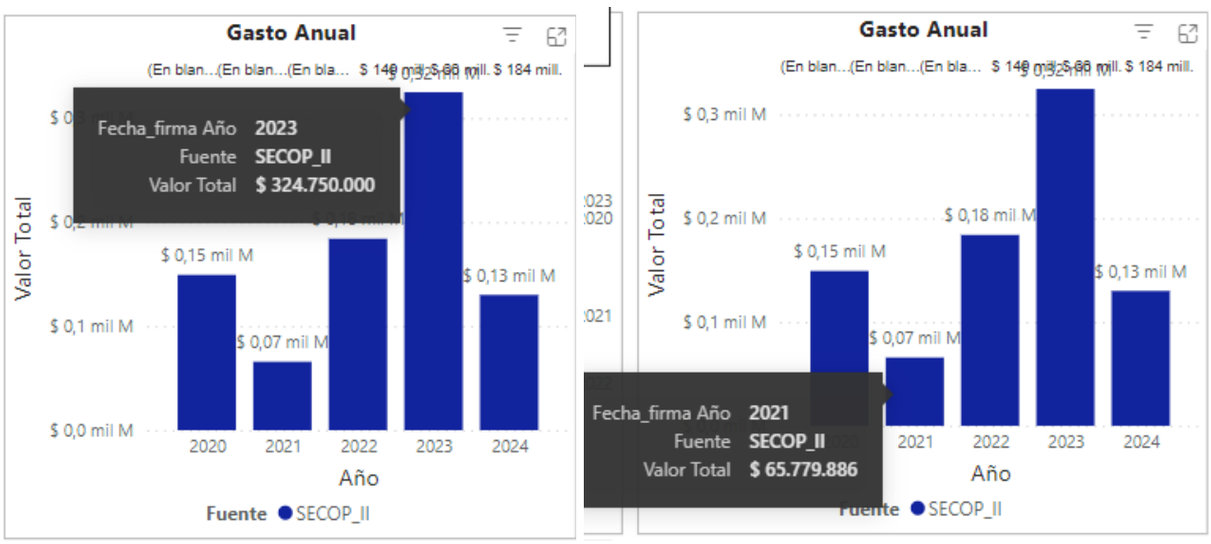
CRITERIO ANALIZADO	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8
Numero de proceso y fecha del contrato	PN RASES 8 MIC 035-2021 27 de abril de 2021
Objeto contractual	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES, AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, DE URGENCIAS DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD MAS DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE FUNDACION DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.
Valor y forma de pago	$40.000.000 Los pagos se realizarán después de realizado el servicio y conforme al plan de pagos
Modalidad de Selección	Mínima cuantía
Plazo del contrato	Hasta el 31 de diciembre o hasta agotar presupuesto.

Ahora bien, a continuación, se dejará constancia del análisis de la demanda a través de la herramienta denominada modelo de abastecimiento estratégico, de Colombia Compra Eficiente para el análisis del sector. Para el caso de la demanda se tendrá en cuenta las adquisiciones de los últimos 7 años realizadas por la Dirección Regional Meta del Sena y el código de clasificación UNSPSC: 85121600, 85121700, 85101500, 85101600.

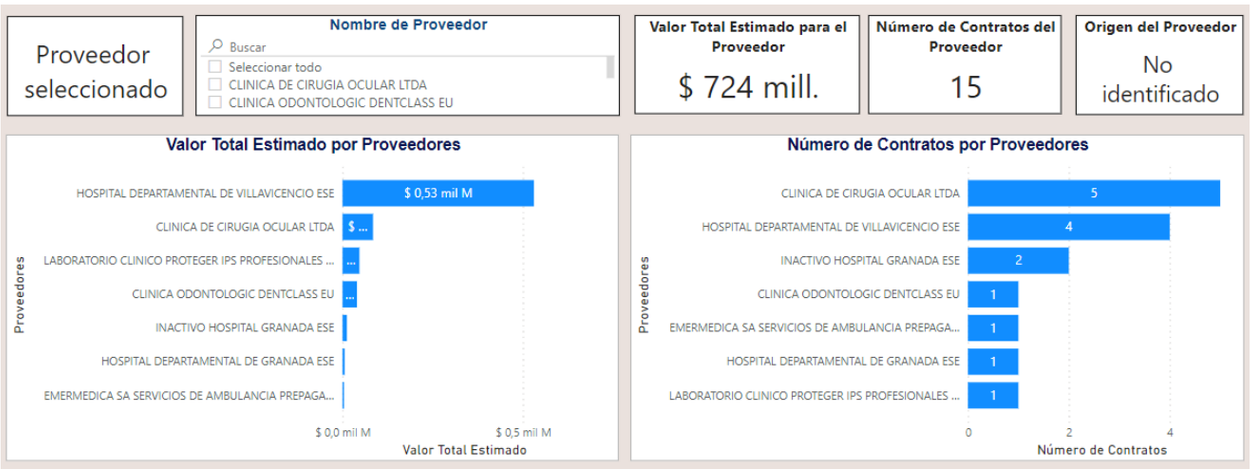


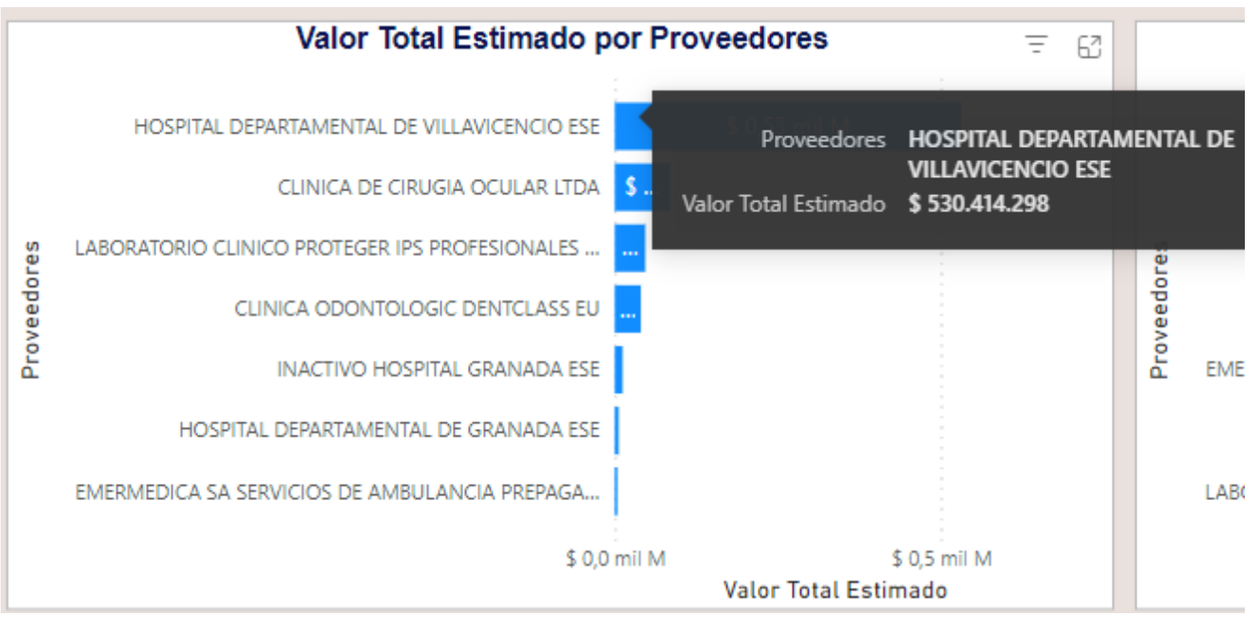




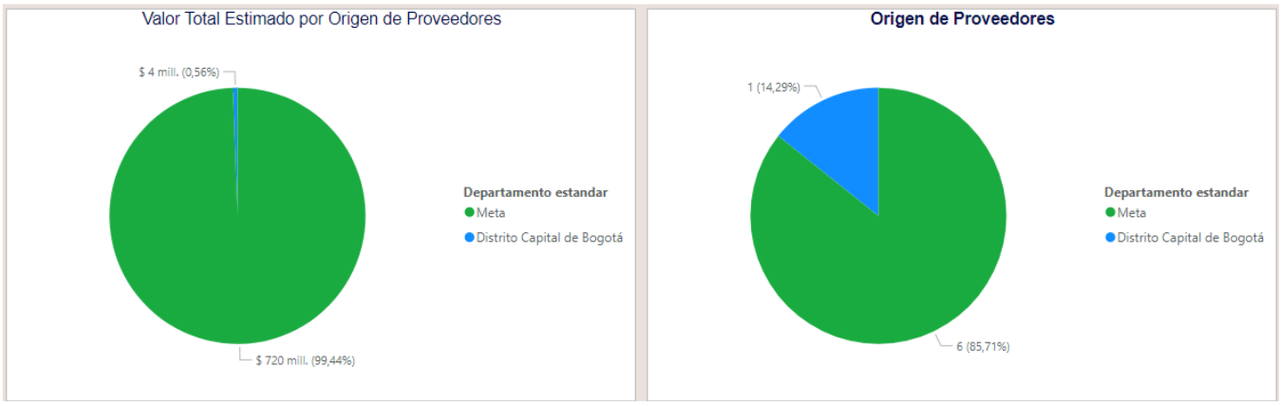


El Sena Regional Meta, ha realizado un mayor gasto presupuestal para la prestación de los servicios relacionados con el objeto del presente estudio en la vigencia 2023, con 5 contratos adjudicados por un valor total de $324.750.000, siendo el 2021, el año de menor valor en adjudicaciones para dichos servicios con un total de $65.779.886 en 2 contratos suscritos.

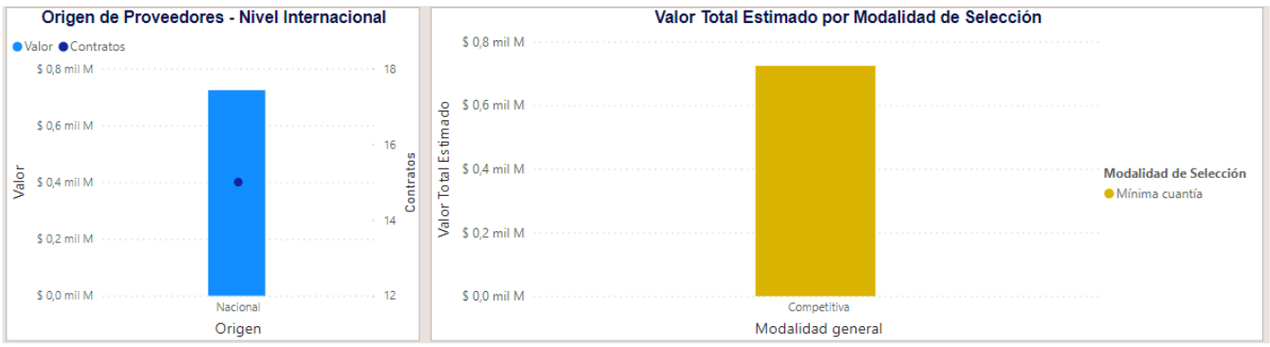




Como se puede evidenciar las 2 empresas que mayormente han prestado estos servicios son HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, con 4 contratos por valor de $530.414.298 millones y CLINICA DE CIRUGIA OCULAR LTDA con un total de 5 contratos por un valor de $84.525.545 millones.



Así mismo, la ubicación geográfica de las entidades de salud que han contratado mayormente es el Departamento del Meta con un porcentaje de participación del 85,71%, seguido del Departamento del Distrito Capital de Bogotá con un 14,29%.



Igualmente se observa que los servicios son de origen nacional y han sido contratados a través de procesos competitivos de mínima cuantía en su totalidad.

Aspectos técnicos de la demanda:

Clasificación UNSPSC

Código UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Producto
85121600	85 Servicios de salud	12 Practica medica	16 Servicios médicos de doctores especialistas	00

85121700	85 Servicios de salud	12 Práctica medica	17 Servicios de prestadores especialistas de servicios de salud	00
85101500	85 Servicios de salud	10 Servicios integrales de salud	15 Centros de salud	00
85101600	85 Servicios de salud	10 Servicios integrales de salud	16 Personas de soporte de prestación de servicios de salud.	00

Como resultado del análisis de la oferta respecto del mercado potencial para la prestación del servicio requerido, se tiene un segmento del mercado local reducido para prestar los servicios médicos en salud objeto a contratar con las especificaciones técnicas del proceso, de acuerdo a las contrataciones realizadas en vigencias anteriores y otros proveedores inscritos en el SECOP II que desarrollan actividades relacionadas con el objeto del presente proceso, igualmente en Colombia hay un sin número de empresas pero en la regional, específicamente en granada solo hay 3 que pueden ser proveedores potenciales, quienes pueden llegar a cumplir con todas las características técnicas especificadas del proceso.

Para el presente proceso se aplica el análisis de datos cualitativos que se enfoca en tomar información actualizada y relacionada con el objeto a contratar, consultando en las páginas oficiales que publican estudios económicos, la normatividad vigente, y de reseñas de los procesos de contratación de las vigencias anteriores de las entidades estatales.

4. ASPECTO REGULATORIO

El procedimiento de selección del contratista está sometido a los principios de transparencia, selección objetiva e igualdad de derechos y oportunidades de los que se deriva la obligación de someter a todos los oferentes a las mismas condiciones definidas en la ley y en la invitación pública. Cabe recordar que la invitación publica es parte esencial del contrato, es fuente de derechos y obligaciones de las partes y elemento fundamental para su interpretación e integración, pues contienen la voluntad de la administración a la que se someten los proponentes durante el proceso de selección y el oferente favorecido durante el mismo lapso y más allá durante la vigencia del contrato.

Así las cosas, se debe dar estricto cumplimiento a la normatividad vigente en Colombia para las compras estatales como es la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes, así como las directrices indicadas por el Ministerio de Defensa Nacional.

Normatividad aplicable

a) Constitución Política de Colombia
b) Código Civil
c) Código de Comercio
d) Estatuto Tributario
e) Ley 80 de 1993 “Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública”
f) Ley 1150 de 2007 “Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos”
g) Decreto 1082 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional" – Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública.
h) Ley 1882 de 2018 “Por la cual se adicionan, modifican y dictan disposiciones orientadas a fortalecer la contratación pública en Colombia, la ley de infraestructura y se dictan otras disposiciones”

i) Ley 816 de 2003 “Por medio de la cual se apoya a la industria nacional a través de la contratación pública y decreto 680 de 2021

j) Ley 2069 de 2020 “Por la cual se adicionan, modifican y dictan disposiciones orientadas a fortalecer la contratación pública en Colombia, la ley de infraestructura y se dictan otras disposiciones”

k) Ley 2160 de 2021 “Por medio de la cual se modifica la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007”

l) Ley 2195 del 18 de enero del 2022 “Por medio de la cual se dictan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”

m) Decreto 111 de 1996” Por la cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto”

n) Ley 527 de 1999 “Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y el uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones”.

o) Ley 590 de 2000. “Por la cual se dictan disposiciones para promover el desarrollo de las micro, pequeñas y medianas empresas”

p) Ley 1437 del 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo

q) Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”

r) Decreto 4170 de 2011 “Por el cual se crea la Agencia de Contratación Pública –Colombia Compra Eficiente – se determina sus objetivos y estructuración”.

s) Decreto Ley 019 de 2012 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”

t) Decreto 1450 de 2012 “Por el cual se reglamenta el Decreto 019 de 2012”

u) Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.

v) Guía para la elaboración de Estudios del Sector (G-EES-02) Colombia Compra Eficiente

w) Guía de garantías en Procesos de Contratación (G-GPC-01) Colombia Compra Eficiente

x) Guía para la participación de proveedores extranjeros en procesos de contratación - Colombia Compra Eficiente

y) Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en procesos de contratación - Colombia Compra Eficiente.

z) Guía para la codificación de bienes y servicios de acuerdo con el código estándar de productos y servicios de Naciones Unidas V.14.080 - Colombia Compra Eficiente

aa) Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los procesos de contratación (M-DVRHPC-05) Colombia Compra Eficiente.

bb) Manual para la identificación y cobertura del riesgo en los procesos de contratación (M-ICR-01) Colombia Compra Eficiente

cc) Guía para la liquidación de los procesos de contratación - Colombia Compra Eficiente

dd) Guía para actuar ante una indisponibilidad del SECOP II - Colombia Compra Eficiente.

ee) Decreto 907 del 16 de mayo de 1975, del Sena en el cual se estableció la Seguridad Social para la familia del empleado.

ff) Acuerdo 24 de 1978, del Sena, por el cual se reglamenta y actualiza la Seguridad Social para las familias de los empleados públicos, pensionados y trabajadores oficiales y se deroga el Acuerdo 13 del 28 de abril de 1977.

gg) Acuerdo 11 de 2010, del Sena, por el cual se adiciona el artículo 29 y se modifica parcialmente el artículo 31 del Acuerdo 24 de 1978.

hh) Resolución 0824 de 2022, del SENA, por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA

5. ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

En cumplimiento de lo establecido por el Decreto 1082 de 2015 y en concordancia con el Manual para identificar y cobertura de los riesgos en los Procesos de Contratación publicado en la página de Colombia Compra Eficiente, la entidad elaboró el respectivo análisis teniendo en cuenta:

1. Establecer el contexto en el cual se adelanta el proceso de contratación.
2. Identificar y clasificar los Riesgos del Proceso de Contratación
3. Evaluar y calificar los riesgos
4. Asignar y tratar los riesgos
5. Monitorear y revisar la gestión de los riesgos.

En el Archivo Matriz de Riesgo, se plasma la Tipificación, Estimación y Asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación definida por el SENA. La presentación de las ofertas implica de la aceptación por parte del proponente de la distribución de riesgos previsibles establecidos.

Ver matriz de riesgos

Se expide en Villavicencio, el 17 de abril de 2024.

Firmado digitalmente por Andrea Carolina Castano Henao

Andrea Carolina Castaño Henao

Coordinadora Grupo Talento Humano

*Proyecto: Andrés Felipe Norato Soto - Apoyo Cont*ratación DRM

Vo.Bo.: Abogada Contratación GAAM – CPS