1. ANEXO 1. ANÁLISIS DEL SECTOR

OBJETO: Prestación de servicios para la realización de exámenes médicos paraclínicos, vacunas, imágenes diagnósticas y actividades en prevención y promoción en salud, para la Regional Risaralda del SENA y sus sedes, en la vigencia 2021.

La Dirección del SENA Regional Risaralda, realiza el análisis del sector en cumplimiento a lo establecido en Artículo 2.2.1.1.1.6.1. Decreto 1082 de 2015**,** bajo los lineamientos de Colombia Compra Eficiente, así:

1.1. ASPECTOS GENERALES[1]:

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social.

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.

El sistema de salud colombiano 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.

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 propiared. Además deben contratar un porcentaje determinado mínimo con instituciones prestadoras de servicios públicos.

El sistema de salud colombiano 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.

Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud, superando el 95% de su población.

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

[1] https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales

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.[2]

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.[3]

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.

Después del remezón que hubo a finales del 2019 en el sector salud con la salida del ministro Juan Pablo Uribe Restrepo como líder de esa cartera, el actual ministro encargado Iván Darío Gonzáles retoma los principales puntos pendientes y los retos que se avecinan para el nuevo año; y es que no la tendrá nada fácil quien asuma definitivamente la cartera de la salud en el país, pues a pesar de que la gestión de Uribe Restrepo fue reconocida por empresarios y gremios, varios son los asuntos que tienen al sistema de salud en cuidados intensivos. Pero, ¿cuáles son esos retos para este 2020?[4]

1. Acuerdo de Punto Final,

El Acuerdo, concebido a la luz del nuevo Plan Nacional de Desarrollo (PND), es el resultado de un trabajo conjunto entre el binomio Nación-Región que tuvo como punto de partida la búsqueda de soluciones prácticas y racionales al llamado “sistema de recobros”, que se convirtió en el principal factor de inestabilidad financiera para el sector.

En la fase previa a su adopción, los gobernadores -por intermedio de la Federación Nacional de Departamentos- realizaron un diagnóstico integral de la situación, que los llevó a proponer el desmonte de los recobros que ha afectado tanto al régimen contributivo a cargo del anterior Fosyga (hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Adres), como al régimen subsidiado, a cargo de los departamentos y distritos.

En la fase previa a su adopción, los gobernadores -por intermedio de la Federación Nacional de Departamentos- realizaron un diagnóstico integral de la situación, que los llevó a proponer el desmonte de los recobros que ha afectado tanto al régimen contributivo a cargo del anterior Fosyga (hoy Administradora

de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Adres), como al régimen subsidiado, a cargo de los departamentos y distritos. Sin lugar a dudas este tema deberá ser prioridad para el Ministerio de Salud, ya que es una de las puntas de lanza más importantes del Gobierno Nacional; pues con éste se busca el saneamiento de las deudas que el sistema de salud ha adquirido por décadas y que hoy tiene sumidos a los colombianos en la actual crisis del sector.

Este acuerdo tiene dos componentes centrales, el primero comprende la inyección de capital al proceso de liquidación de Caprecom, que según datos del MinSalud asciende a un monto cercano a los $514 mil millones de pesos, de los cuales el Hospital Departamental de Villavicencio ESE, el Hospital Universitario del Valle Evaristo García y el Hospital Universitario de la Samaritana ocupan el top 3 de las instituciones

---

https://www.univalle.edu.co/

https://definicion.de/servicios-de-salud/

Prestadoras de salud que más han recibido recursos por concepto de la deuda de Caprecom. El segundo componente corresponde a la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, para garantizar el acceso equitativo y eficiente de todos los usuarios al sistema.

En conclusión y con respecto al acuerdo, a la fecha y según el Ministerio se han desembolsado un total de $1.136.664.202.215 (Un billón ciento treinta y seis mil seiscientos sesenta y cuatro millones de pesos). No obstante, la implementación del acuerdo tiene como meta la inyección de 7 billones de pesos, por lo que queda algo más de 5 billones de pesos por pagar en el régimen contributivo y subsidiado.

2. Aplicar lo reglamentado en la Ley de Residentes, esta fue una de las tareas heredadas por el Gobierno Santos y desde julio del año pasado fue expedida la Resolución 1872 que regula la “Ley de Residentes” por medio de la cual se busca crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de los profesionales de la medicina en el país en programas de especialización médico quirúrgicas, buscando garantías en sus condiciones de trabajo, el apoyo de sostenimiento educativo mensual no menor a tres salarios mínimos mensuales vigentes, entre otras disposiciones.

De acuerdo con Juliana Moreno Ladino, presidenta de la Asociación Nacional de Internos y Residentes, por ahora existe un panorama de optimismo entre los residentes debido a que gracias a toda la gestión realizada por esta asociación, quedo aprobado dentro de Presupuesto General de la Nación 2020 los recursos destinados para comenzar a realizar los pagos a los cerca de 5000 residentes que hay en Colombia. Se espera que el primer pago se realice a partir del segundo semestre del 2020, sin embargo el paso a seguir será determinar a través de qué entidad se realizarán estos giros, pues la ley determina que el otorgamiento de este sostenimiento podrá realizarse a través del Icetex o de una entidad fiduciaria, no obstante los residentes esperan que no sea a través de Icetex pues el sin fin de trámites de esa entidad se volvería otro dolor de cabeza para los estudiantes.

3. La efectiva ejecución del Maite, para llegar con soluciones particulares y concretas elevando la calidad del sistema de salud en el país. Este, sin lugar a dudas, será otro de los grandes retos del Ministerio, debido a que se espera que con este modelo se fortalezca la autoridad sanitaria y se descentralice la ejecución de las políticas que promulga y promueve el Min Salud.

Según, Ivan Darío González, el Maite es un instrumento que está compuesto por ocho líneas de acción, una de esas líneas es el talento humano en salud y busca su suficiencia, disponibilidad, calidad y dignificación; siendo este último punto uno de los más críticos, ya que tal como lo denunció la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, en diciembre de 2019, diferentes profesionales de la salud, a esa fecha, llevaban más de un año sin recibir el pago sus salarios en ciudades como Valledupar, Ibagué, Santa Marta y Cartagena. Esta situación vulnera las condiciones de trabajo dignas y decentes de los médicos en el país agudizando aún más la crisis del sector.

4. Trabajar en herramientas como Telemedicina e integralidad de las redes contratadas por las EPS, en el mes de octubre de 2019 el Ministerio de Salud estableció las disposiciones para la práctica de la telesalud en el país, tema de gran relevancia en Colombia, pues es cierto que con la llegada de las nuevas tecnologías surge la necesidad de prestar servicios de salud a través de medios como la telemedicina

abarcando componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Este será no solo un componente de gran relevancia para este Gobierno, sino para los que vendrán, pues se deben garantizar los recursos necesarios para que esto sea una realidad en el país y contribuya a la cobertura universal en salud.

5. Tener por primera vez un manual de acreditación de calidad para EPS, este hace parte de los retos que se trazará el Min Salud para este año, con el cual busca fortalecer la acreditación de niveles superiores de calidad en IPS de baja complejidad; siendo este uno de los principales dolores de cabeza para los colombianos pues muchas de las clínicas y hospitales de este nivel no cumplen con los estándares mínimos para la prestación de los servicios de salud.

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.

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 privadasy 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. 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.[6]

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[7].

---

[5] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/pib/Anexo_CIS_08.pdf
[6] https://www.univalle.edu.co/

[7] http://www.saludtotal.co/contenido/contenido.aspx?catlD =-l&conl0=1012

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 presupuestaran 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 59 y 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

El gasto en salud de Colombia es 7,2% del PIB, según informe de la Ocde. El más reciente informe de salud de la Ocde reveló que los países miembros del grupo que más porcentaje del PIB invierten en salud son EE.UU., Suiza y Alemania.

“Los países de la Ocde en general están con tendencia a subir. En Colombia estamos un punto por debajo de las exigencias de lo que la gente está requiriendo y no veo fácil que podamos hacer ese ajuste. Además, nos está haciendo falta entre 1 y 1,5 puntos porcentuales más para igualar a los países de la región”, afirmó Jaime Arias, exministro de salud.

Con respecto a las cifras de la organización, el país que mostró el mayor gasto en salud en proporción al Producto Interno Bruto fue Estados Unidos, país que para final del año pasado destinó 16,9% de su PIB a este tema. Suiza y Alemania fueron los otros países que destinaron una mayor porción de sus recursos a la salud: 12,2% y 11,2% de su recaudo, respectivamente.

En total, fueron 10 los países de la Ocde que mostraron un menor porcentaje del PIB invertido en salud frente a la cifra de Colombia. Entre estos, Turquía fue registrada como el que menos porción de su dinero destinó a este campo en 2018, puesto que solo 4,2% fue para salud. México y Luxemburgo, con totales de 5,5% y 5,4% del PIB, fueron los siguientes que menos invirtieron en esta área.

Otro de los puntos que midió la Ocde fue el gasto per cápita en salud que hace cada uno de los países de la organización. El hallazgo que se dio a partir de este ítem fue que para el año pasado, el gasto promedio per cápita en salud para los países en cuestión fue de US$3.992.

En este rubro, todos los países miembros obtuvieron una cifra más alta que la colombiana, ya que para el país el gasto per cápita en salud es de US$960 ($3 millones). Para los países de menor gasto por persona entre los de la Ocde este dato fue de US$1.138, para México; US$1.227, en Turquía y US$1.749 en Letonia.

“El modelo de salud colombiano es muy diferente al de los países de la Ocde, pues hay países miembros con modelos de cobertura total en salud y hay países como Estados Unidos donde hay que afiliarse con recursos propios”, comentó Carlos Alberto Garzón, profesor de desarrollo económico de la Universidad de La Sabana, explicando que la tarea pendiente en Colombia y en los demás países que quieren ingresar está es en la calidad y no en la cobertura.

En concordancia con la proporción del PIB invertido, los países que muestran un gasto per cápita más alto en temas de salud también son Estados Unidos y Suiza, estados que mostraron gastos por persona de US$10.586 y US$7.317 para el año pasado. En este aspecto, con una inversión anual de US$6.187, Noruega fue el tercer país que más invirtió por persona en salud.

El estudio también dio a conocer datos de disponibilidad en temas de salud, como las camas de hospitales, estadística en la que, con una existencia de 13,1 puestos por cada 1.000 habitantes, Japón fue el país que más altos estándares presentó. En esta medición, la media de la organización se estableció en 4,7.

En cuanto a los profesionales de la salud, Irlanda se consolidó como el país con más médicos por cada 100.000 habitantes, al alcanzar un total de 24,9 en un dato que para la organización es de en promedio 12,7.

Con el pasar del tiempo el sistema de salud de Colombia necesita cada vez más recursos. Mientras que en 2017 el presupuesto con el que funcionó fue de $23,3 billones (US$7.161 millones) y en 2019 fue de $29,5 billones (US$9.000 millones), en 2020 esa suma ascendió a $31,8 billones (US$9.770 millones), un monto mucho mayor del que recibirán la mayoría de sectores8.

La mayoría de ese dinero, que en comparación al 2019 creció 8,12%, está destinado al Ministerio de Salud. La cartera, que por ahora está a cargo del viceministro Iván Darío González tras la renuncia de Juan Pablo Uribe, necesita $30 billones para que el sistema funcione de manera correcta. De esa suma, $19,3 billones serán para los regímenes subsidiado y contributivo.

Además, como explica el Min salud en un comunicado, “se girarán las transferencias que la Nación hace a las

entidades territoriales a través de sistema general de participaciones para el régimen subsidiado, la salud pública y el subsidio a la oferta". Para ello se requerirán $10 billones (US$3.000 millones).

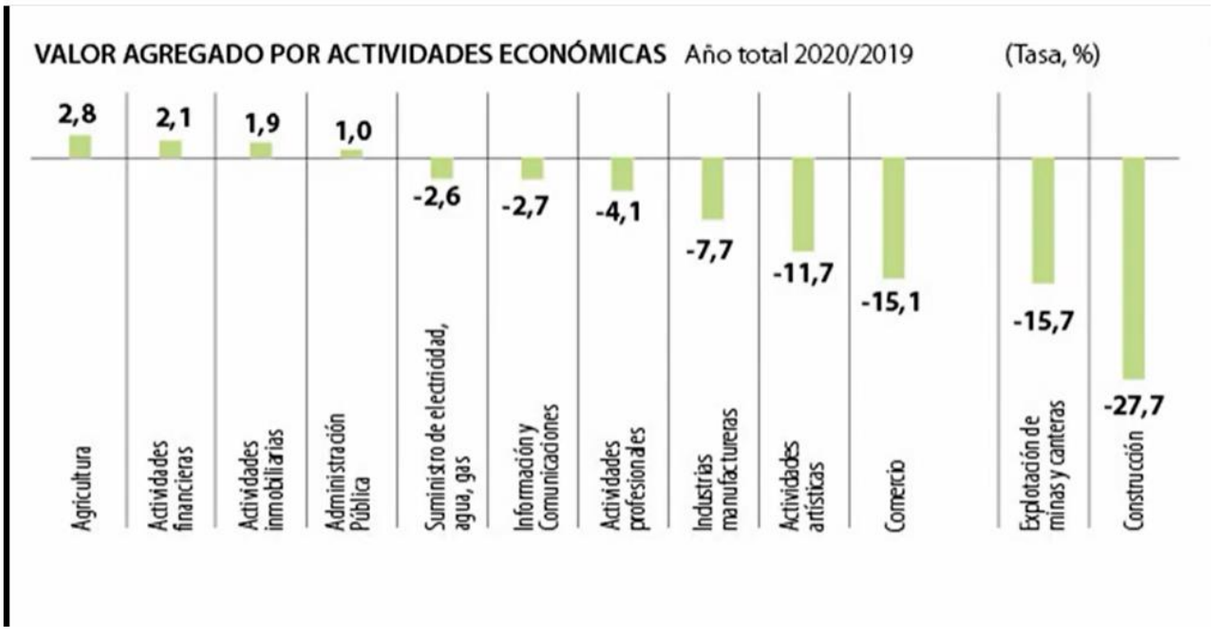
Por otro lado, $371 mil millones (US$114 millones) serán destinados a "los proyectos orientados al mejoramiento de la red de urgencias, la atención de enfermedades catastróficas y las reclamaciones de accidentes de tránsito No Soat".

La ley de residentes y las becas crédito también tendrán una porción de la torta (US$38 millones), así como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI (US$6 millones).
"El monto restante", dice el Ministerio, "se destinará a la financiación de otros programas prioritarios en salud pública".

Para su funcionamiento, el Min salud recibe $547 mil millones (US$168 millones). La Superintendencia Nacional de Salud, $68 mil millones (US$20,9 millones); el Invima, $67 mil millones (US$20,5 millones); el Instituto Nacional de Salud, $26 mil millones (US$7,9 millones); el Fondo de Previsión del Congreso, $191 millones (US$58.000), y el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles, $2.317 millones (US$711.000).

1.2. ASPECTOS ECONÓMICOS:

El Producto Interno Bruto decrece 6,8% en el año 2020 respecto al año 2019; fue un na fuerte caída las actividades económicasque más se vieron afectadas a esta dinámica son (ver tabla 1):



- Sector construcción que cayó 27,7%
- Sector Explotación de minas y Canteras que cayó 15,7%
- Sector Comercio que cayó 15,1 %
- Actividades artísticas 11,7%

Los únicos sectores que tuvieron un leve crecimiento fueron:

- Agricultura 2,8%
- Actividades financieras 2,1%
- Actividades inmobiliarias 1,9 %
- Administración publica 1%

Tabla 1. Valor agregado por actividad económica Tasas de crecimiento en volumen1 2020

[9] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/bol_PIB_IVtrim19_producion_y_gasto.pdf

Actividades profesionales, científicas y técnicas: Para el año 2020, el valor agregado de las actividades profesionales, científicas y técnicas; y actividades de servicios administrativos y de apoyo decrecieron un 8,9% en su serie original, comparado con el mismo periodo de 2019 que la caída fue del 8,5% . Esta esta caída se puede observar en la tabla siguiente.

- Actividades profesionales, científicas y técnicas decrecen a -8,9%.
- Actividades de servicios administrativos y de apoyo decrecen a -13,4%.

Tabla 11. Actividades profesionales, científicas y técnicas Tasas de crecimiento en volumen 2020

Tabla 11. Actividades profesionales, cientificas y tecnicas[1]
Tasas de crecimiento en volumen[2]
2020[pr]– Segundo trimestre

Actividad económica	Tasas de crecimiento		
	Serie original		Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2020[pr]- II / 2019[pr]-II	2020[pr] / 2019[pr]	2020[pr] - II / 2020[pr] - I
Actividades profesionales, científicas y técnicas	-8,5	-3,1	-8,9
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	-11,6	-4,5	-13,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas[1]	**-10,2**	**-3,9**	**-11,8**

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

[pr]preliminar

[1]Actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo.

[2]Series encadenadas de volumen con año de referencia 2015.

Administración pública y defensa[11]

En el segundo trimestre de 2020, el valor agregado de la administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales decrece 3,7% en su serie original, respecto al mismo periodo de 2019. Esta dinámica se explica por los siguientes comportamientos (ver tabla 12):

[11]Administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud

Administración pública y defensa: Para el año 2020, el valor agregado de la de la administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 1,7% en su serie original, comparado con el mismo periodode 2020. Este comportamiento se ve (ver tabla 12):

- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria decrecen a -4,3%.
- Educación decrece 0,4%.
- Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crecen 1,7%.

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el valor agregado de la actividad administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 1,7% en su serie corregida de efecto estacional y calendario. Esta variación se explica por el siguiente comportamiento:

- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria no presentó variación.
- Educación decrece 0,4%.
- Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crecieron 1,7 %.

Tabla 12. Administración pública y defensa Tasas de crecimiento en volumen 2020

Tabla 12. Administración pública y defensa[1]
Tasas de crecimiento en volumen[2]
2020[pr]– Primer trimestre

Actividad económica	Tasas de crecimiento	
	Serie original	Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Anual	Trimestral
	2020- I[pr] / 2019-I[pr]	2020[pr] - I / 2019[pr] - IV
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	3,0	-0,5
Educación	3,0	-0,4
Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales	4,4	1,7
Administración pública y defensa[2]	**3,4**	**-1,9**

Fuente: DANE, Cuentas nacionales
[pr]preliminar
[p]provisional
[1]Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales.
[2]Series encadenadas de volumen con año de referencia 2015.

Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios [12]

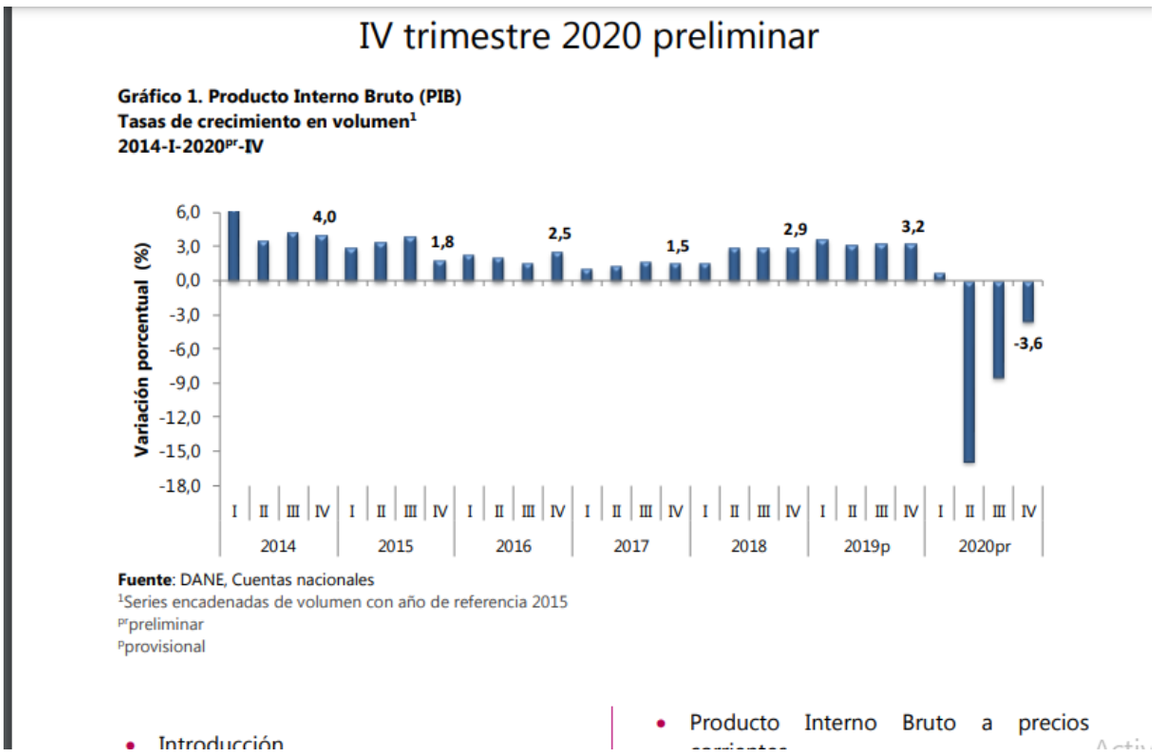
En el primer trimestre de 2020[pr], el valor agregado de las actividades artísticas, de

Activar
Ve a Con

PIB desde el enfoque de la producción: El Producto Interno Bruto Cayo un 6.8% en el año 2020 es quizás y sin ninguna duda la caída más abrupta y fuerte que ha tenido la economía Colombiana en los últimos años similar a la del año 1.999 cuando cayó 4%. La depresión que viene viviendo la economía desde el año 2020 se atribuye en gran medida a la crisis mundial vivida por los efectos de la pandemia del COVID -19. Pandemia llevo a la quiebra y desaparición de miles de empresas en Colombia y el Mundo. Crisis de la que tardaran los países varios años en recuperarse pues la contracción que presenta la economía es de carácter mundial lo que imposibilita una rápida recuperación.

En la siguiente tabla se aprecia el comportamiento del PIB de varios años en Colombia.

Great Place To Work. Certificado
Certificado No. SC-CER339681-1
Certificado No. CO-SC-CER339681-1



Valor agregado por actividades económicas Tasas de crecimiento y decrecimiento 2020

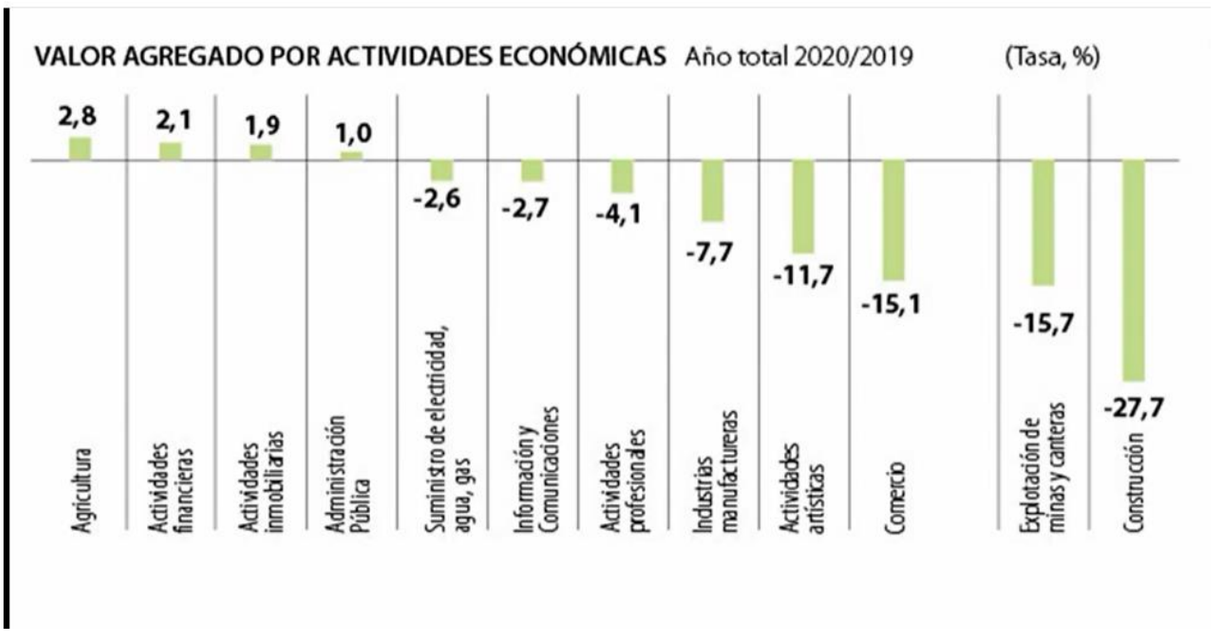


Tabla . Valor agregado por actividad económica Tasas de crecimiento a precios corrientes 2020

Tasas de crecimiento a precios corrientes
2020[pr] – Segundo trimestre

Actividad económica	Tasas de crecimiento		
	Serie Original		Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2020- II[pr] / 2019-II[pr]	2020[pr] / 2019[pr]	2020[pr] - II/ 2019[pr] - I
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	12,8	16,6	2,4
Explotación de minas y canteras	-48,7	-30,8	-37,9
Industrias manufactureras	-22,4	-9,6	-22,4
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado[1]	-4,3	2,6	-10,5
Construcción	-30,1	-18,8	-22,2
Comercio al por mayor y al por menor[2]	-33,2	-13,8	-34,0
Información y comunicaciones	-6,8	-1,3	-8,8
Actividades financieras y de seguros	1,1	2,7	-0,3
Actividades inmobiliarias	4,5	4,9	1,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas[3]	-7,7	-1,1	-10,2
Administración pública, defensa, educación y salud[4]	-0,6	3,0	-5,4
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios[5]	-35,8	-18,2	-34,6
Total Valor agregado	**-14,7**	**-5,2**	**-16,3**
Total Impuestos - subvenciones	-26,2	-8,1	-31,1
Producto Interno Bruto	**-15,7**	**-5,5**	**-17,4**

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

[pr]preliminar

[1]Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado; distribución de agua; evacuación y tratamiento de aguas residuales, gestión de desechos y actividades de saneamiento ambiental.

[2]Comercio al por mayor y al por menor; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida.

[3]Actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo.

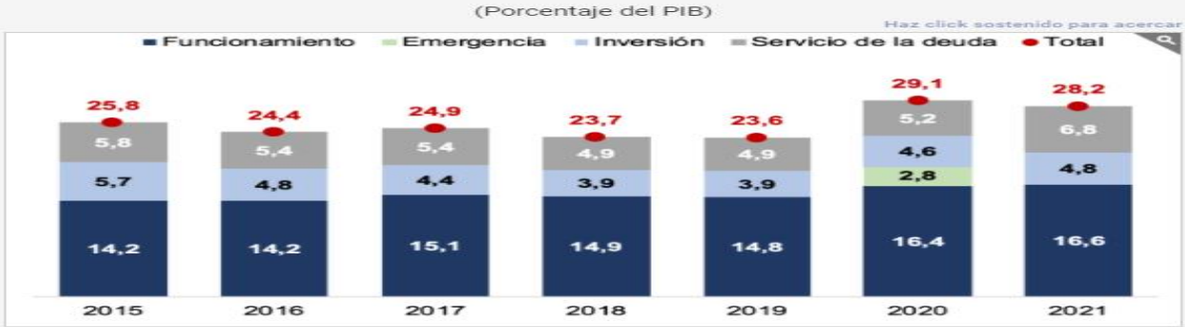
[4]Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales.

[5]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.

Presupuesto General de la Nación 2021

El monto total del proyecto de Ley del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2021 asciende a 313,9 billones de pesos, de los cuales 185 billones de pesos serían destinados a gastos en funcionamiento, 53,1 billones de pesos a inversión y 75,9 billones de pesos al pago del servicio de la deuda. Como porcentaje del PIB [2] estos montos representan 16,6%, 4,8% y 6,8%, respectivamente (Gráfico 1). Del total, 295,3 billones de pesos corresponderían a recursos propios de la nación y los restantes 18,7 billones de pesos se financiarían con recursos de las entidades descentralizadas del orden nacional.

Gráfico 1. PGN por concepto de gasto
(Porcentaje del PIB)



Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cálculos Fedesarrollo con crecimiento nominal del escenario base.

Como hemos resaltado en ediciones anteriores de Tendencia Económica, el alto grado de

Presupuesto de gasto por sectores.

Gráfico 3. Presupuesto de gasto por sectores

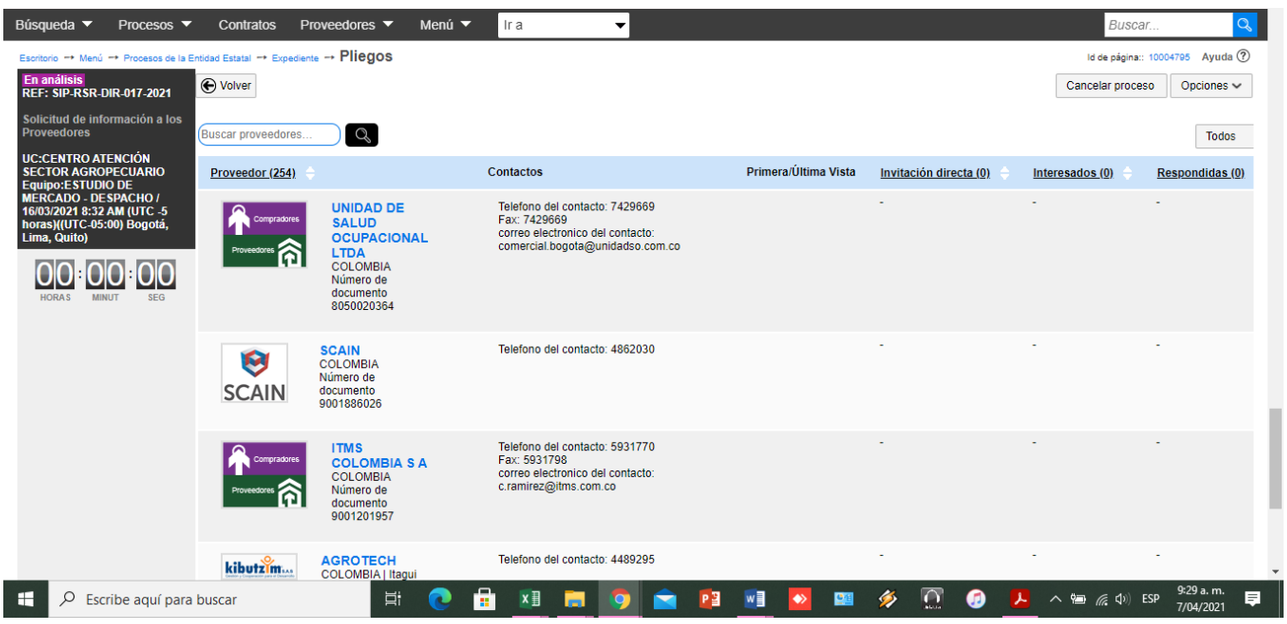
(Billones de pesos corrientes)

Haz click sostenido para acercar

Sector	PGN 2020	Proyecto PGN 2021	Diferencia	Variación porcentual
Educación	44,2	47,0	2,7	6,1%
Salud	31,9	35,8	3,9	12,2%
Defensa y Policía	34,4	38,2	3,8	11,0%
Trabajo	31,6	27,0	-4,5	-14,4%
Hacienda	17,3	22,1	4,9	28,2%
Transporte	8,3	10,6	2,4	28,9%
Inclusión social y reconciliación	12,7	15,0	2,3	17,9%

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cálculos Fedesarrollo.
Nota: Estos sectores representan cerca del 62% del total del PGN.

De conformidad con el numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015 y en atención al literal d. del numeral 2 de la Circular 3-2013-000162, sobre los lineamientos para la elaboración de estudios previos y el numeral 1 de la Circular 3-2013-133, se publicó la solicitud de información a proveedores en la página del SENA http://contratacion.sena.edu.co/solicitud.php?i=56170; 56170 y en el portal transaccional SECOP II, **https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.12469965&isFromPublicArea=True&isModal=False**, SIP-RSR-DIR-017-2021, respectivamente. Publicadas desde el 16/03/2021 8:51 am hasta el 26/03/2020 12:00 pm.



Además se tiene en cuenta el estudio de campo y el diagnóstico realizado por los técnicos que solicitan cotización a empresas del sector que ofrecen este tipo de servicios a contratar. Se recibieron tres cotizaciones de tres (3) de posibles oferentes que se relacionan a continuación. Protección Integral, López Correa, Liga contra el cáncer.

Teniendo en cuenta que el presupuesto disponible por la entidad para este proceso es de TREINTA Y SIETE MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE $37.144.450.
Y el proceso se realizará por la modalidad de mínima cuantía con monto agotable. Del estudio de mercado solo se tendrán en cuenta los valores unitarios para cada uno de los ítems relacionados en la invitación pública

B	C	D	E	F	G	H	I	J
ESTUDIO DE MERCADO					Proteccion Integral	Lopez Correa	Liga contra el cancer	VALOR ESTIMADO
CUADRO COMPARATIVO					PRECOTIZACIÓN No. 1	PRECOTIZACIÓN No. 2	PRECOTIZACION No. 3	
ITEM	CLASIFICACION DEL BIEN (CODIGO UNSPSC HASTA 4	DESCRIPCION (FICHA TECNICA)	UNIDAD DE MEDIDA	CANT SOLICITADA	Valor unitario	Valor unitario	Valor unitario	Valor unitario estimado
1	85121800	AUDIOMETRÍAS	EXAMEN	1	12.100	23.000	26.540	20.547
2	85121800	ESPIROMETRÍAS	EXAMEN	1	12.000	40.000	65.667	39.222
3	85121801	OPTOMETRÍAS	EXAMEN	1	12.000	23.000	26.000	20.333
4	85121800	GLICEMIA	EXAMEN	1		13.000	5.354	9.177
5	85121800	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS, HDL, LDL)	EXAMEN	1	24.100	32.000	32.984	29.695
6	85122201	VALORACIÓN NUTRICIONAL	EXAMEN	1	45.000	80.000		62.500
7	85122200	ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	EXAMEN	1	44.600	45.000	33.500	41.033
8	85122200	VALORACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ O LABORATORIO DE VOZ	EXAMEN	1	24.200	38.000	49.000	37.067
9	85121802	CULTIVO FARÍNGEO	EXAMEN	1	10.380	15.000	10.300	11.893
10	85121800	KOH DE UÑAS	EXAMEN	1	10.380	14.000	5.354	9.911
11	85121802	COPROLÓGICO	EXAMEN	1	10.380	14.000	8.019	10.800
12	51201608	INFLUENZA	EXAMEN	1	60.000		75.800	67.900
13	42171604	CUADRO HEMÁTICO	EXAMEN	1	10.380	21.000		15.690

1.3. ASPECTOS TÉCNICOS:

Los oferentes deberán cumplir con todas las condiciones y especificaciones técnicas establecidas en el proceso de contratación para la prestación de servicios integrales de salud, para todos los exámenes y las demás actividades y en general, desarrollo de programas de promocióny prevención en salud, laboratorio clínico, y todas las demás actividades, intervenciones, procedimientos deayudas diagnósticas, terapéuticas e insumos que requieran los beneficiarios del Servicio Médico Asistencialdel SENA en la vigencia 2021.

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.

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 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 la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

[10] Leyes, decretos, resoluciones, decisiones administrativas y judiciales.

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 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.

1.5. ASPECTO AMBIENTAL

El análisis de información de elementos ambientales para el sector salud varía de acuerdo con los servicios, nivel de complejidad, número de pacientes promedio e instalaciones de cada institución, razón por la cual las áreas con problemas ambientales o críticas pueden cambiar o aumentar de un nivel a otro. De allí la importancia de conocer las I.P.S. del Distrito Capital y su clasificación por niveles de complejidad para relacionar, posteriormente, las áreas o servicios a los que se les debe prestar atención, aplicando alternativas de minimización.

Clasificación de I.P.S. por nivel de complejidad

Primer Nivel: ofrece servicios básicos de consulta externa, odontología, urgencias y hospitalización, apoyo diagnóstico y farmacia. Estos servicios son prestados en Unidades Básicas de Atención (UBA), Unidades Primarias de Atención (UPA), Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI 1) y hospitales locales.

• Segundo Nivel:

Servicios intermedios de medicina interna, cirugía ginecobstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, línea de Trauma y Fisiatría, y UCI, prestados por médicos generales y de especialidades básicas, así como los prestados en el primer nivel: atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria y hospitalización, los cuales son atendidos en hospitales de este nivel y los CAMI 2.

• Tercer Nivel:

Caracterizado por atención de alta complejidad, especialistas y subespecialistas. Cuenta con servicios adicionales al segundo nivel de procedimientos especializados: cirugía especializada, cirugía plástica, unidad de quemados y homocentro, prestados en los Hospitales del Nivel III.

Considerando que el sector salud presenta una gama muy amplia de actividades y servicios que pueden reducir el consumo de insumos, energía, agua y minimizar la generación de residuos, se consideró útil y representativo analizar los aspectos ambientales relacionados con los servicios o actividades que se desarrollan en las instituciones de salud, tales como consumos de agua, energía, combustibles y generación de residuos, para determinar posteriormente las áreas críticas sobre las que se debe actuar con la aplicación de Herramientas de P.M.L.

El recurso hídrico en la actividad hospitalaria es utilizado en la preparación de alimentos para pacientes, personal médico, paramédico y auxiliar; en lavado de ropa de camas y cirugía; servicios sanitarios; duchas de cuartos de hospitalización; salas de operaciones; atención al paciente; residencias médicas y de enfermería; mantenimiento; aseo general de instalaciones y equipos; riego de jardines y zonas verdes, y laboratorios, entre otros. Como se aprecia, se utiliza agua en gran número de actividades, lo que significa altos volúmenes de consumo. El consumo promedio de agua para hospitales es de 1160 litros/cama-día4 , cantidad que incluye no solo el gasto por cama, sino el de preparación de alimentos, aseo y limpieza de instalaciones. Según el informe del estado de los recursos naturales y del ambiente elaborado por la Contraloría de Bogotá vigencia 2004 se establece que aun cuando las I.P.S. del distrito llevan registros históricos de los consumos de agua, no se han realizado estudios que permitan determinar las necesidades reales de agua, lo que imposibilita el establecimiento de las estadísticas de consumo con miras a disminuirlo (ver Anexo 4). Con la implementación de alternativas de P.M.L. relacionadas con el uso

eficiente del recurso hídrico se puede lograr una disminución significativa del consumo: un hospital de nivel III de la red distrital, por ejemplo, registra actualmente un consumo de 508 litros/cama-día (no cuenta con servicio de lavandería dentro de la institución) mientras que otro del mismo nivel, después de la implementación de un programa de producción más limpia, redujo su consumo de agua de 1498 a 1213 litros/cama-día5 . Entre las principales acciones realizadas por las I.P.S. del distrito para el ahorro del recurso se ha reportado que un porcentaje menor al 30% de las instituciones de salud6 ha realizado la instalación de fluxómetros, ahorradores de agua en unidades sanitarias y grifos, sensibilización del personal y control del nivel de agua en sanitarios, porcentaje que debe aumentar progresivamente una vez implementado alternativas de P.M.L.

de fluxómetros, ahorradores de agua en unidades sanitarias y grifos, sensibilización del personal y control del nivel de agua en sanitarios, porcentaje que debe aumentar progresivamente una vez implementado alternativas de P.M.L. Los consumos excesivos de agua en las instituciones prestadoras del servicio de salud se presentan por:

• Presencia de fugas en la red hidráulica de abastecimiento, por instalaciones antiguas, en proceso de deterioro y poco mantenimiento.

• Falta de compromiso ambiental de trabajadores, pacientes y visitantes de las I.P.S., quienes no regulan en uso de este recurso.

• En áreas como lavandería no se realiza análisis de capacidad nominal de equipos y cargas de ropa objeto de lavado, para programar su uso.

• Accesorios sin unidades ahorradoras de agua.

• Utilización excesiva de volúmenes de agua en actividades de lavado y aseo. • Sanitarios antiguos con tanques de agua de alto volumen.

En cuanto al análisis del consumo del recurso hídrico en áreas como la cocina, suele encontrarse con frecuencia que los hospitales de mayor complejidad cuentan con un servicio contratado, lo que dificulta el control ambiental en la adopción de prácticas de ahorro, dado que las administraciones no son las mismas, aunque dicho servicio haga parte de la infraestructura del hospital.

- Vertimientos

  Los vertimientos de las I.P.S. provenientes de los diferentes servicios ofrecidos en cada institución contienen, entre otros, cargas orgánicas, microorganismos patógenos, productos farmacéuticos parcialmente metabolizados y sustancias químicas tóxicas. En cada servicio se emplean algunos insumos que, finalmente, se vierten a la red de alcantarillado sanitario. Un ejemplo de ellos es el servicio de radiología, en el que se emplean líquidos reveladores y fijadores que, una vez agotados, se descargan al alcantarillado, aportando elevadas cargas orgánicas e inorgánicas, además de metales pesados.

  La Tabla 8 relaciona los volúmenes de generación estimada de líquidos reveladores y fijadores agotados para las I.P.S.

Nivel	Nº I.P.S.	GP. Líquido (gal/mes)		GT. Líquido (gal/mes)	
		Revelador	Fijador	Revelador	Fijador
I	46	24.5	22.33	1127	1027.18
II	28	32.67	30.17	914.76	844.76
III	22	65.88	55.44	1449.36	1219.68

Fuente: Pérez Tuta, Maria Catalina y Hernández Villalba, Edwin Hernán. Alternativas de gestión integral de los líquidos reveladores y

De acuerdo a los resultados del estudio, entre las alternativas de P.M.L. implementadas por algunas I.P.S. con el fin de reducir la carga contaminante de sus vertimientos está la devolución de líquidos reveladores y fijadores a proveedores para su reciclaje. Sin embargo, los volúmenes de líquidos reveladores y fijadores reciclados aún son mínimos, considerando que la disposición convencional es el alcantarillado, como se aprecia en la Tabla 9

Great Place To Work. Certificado
icontec ISO 9001 Certificado No. SC-CER339681-1
IQNet Certificado No. CO-SC-CER339681-1

Residuo	Unidad	Disposición	
		Alcantarillado	Reciclaje
Revelador	gal / mes	3333.33	203
Fijador	gal / mes	1388.83	1951
Placas	kg / mes	0	343

Fuente: Pérez Tuta, María Catalina y Hernández Villalba, Edwin Hernán. Alternativas de gestión integral de los líquidos reveladores y fijadores agotados para el sector servicios en Bogotá D.C.

Tabla 10. Caracterización típica vertimientos en I.P.S.

Los parámetros objeto de análisis deben relacionarse directamente con los servicios que presta cada I.P.S., siendo innecesario caracterizar aquellos parámetros en donde no se lleven a cabo procedimientos que utilicen insumos con contenido de metales, pues no se generan vertimientos. La caracterización completa implica altos costos a la institución en parámetros que no son representativos. Las alternativas de producción más limpia para el recurso hídrico deben estar encaminadas fundamentalmente a:

• Reducir los consumos de agua.

• Sustituir insumos potencialmente peligrosos por otros de menor riesgo ambiental.

• Prevenir generación de vertimientos con altas cargas contaminantes, prefiriendo siempre mecanismos de limpieza en seco antes que por vía húmeda.

Con relación a los productos utilizados para lavado y desinfección que aportan directamente carga contaminante en el vertimiento final de la institución de salud, es evidente que el más utilizado es el hipoclorito de sodio.

En la categoría de otros productos reportados hace referencia al uso de Ambientador, Ácido Muriático, Glutaldehido, Jabón Enzimático, Blanqueador Oxigenado, Creolina, Cera y Sellador, entre los más comunes.

Great Place To Work. Certificado
icontec ISO 9001 Certificado No. SC-CER339681-1
IQNet Certificado No. CO-SC-CER339681-1

Parámetro	Unidad	I.P.S. 1	I.P.S. 2	I.P.S. 3	Res. DAMA 1074/97
Bario	mg/Lt	0.008	—	—	5
Cadmio	mg/Lt	**0.016**	—	—	0.003
Cianuro	mg/Lt	ND	—	—	1
Zinc	mg/Lt	0.078	—	—	5
Cobre	mg/Lt	0.012	—	—	0.25
Compuestos fenólicos	mg/Lt	0.09	0.03	1.278	0.2
DBO_5	mg O_2/Lt	249.5	492	412	1000
DQO Total	mg O_2/Lt	654	540	664	2000
Aceites y grasas	mg/Lt	42.2	89	18.3	100
Manganeso	mg/Lt	0.031	—	—	0.112
Mercurio	mg/Lt	0.002	—	—	0.02
Níquel	mg/Lt	0.006	—	—	0.2
Plata	mg/Lt	0.08	—	<0.03	0.5
Plomo	mg/Lt	0.01	—	—	0.1
Selenio	mg/Lt	ND	—	—	0.1
Sólidos sedimentables	mg/Lt	0.3	0.1	0.94	2
SST	mg/Lt	46	155	92	800
T° promedio	°C	23.6	21.8	21	< 30
Tensoactivos SAAM	mg/Lt	**1.7**	4.47	2.73	0.5
pH promedio	un	—	5.6	6.82	5-9

Fuente: Laboratorio Quimicontrol Ltda.

Tabla 10. Caracterización típica vertimientos en I.P.S.

Los parámetros objeto de análisis deben relacionarse directamente con los servicios que presta cada I.P.S., siendo innecesario caracterizar aquellos parámetros en donde no se lleven a cabo procedimientos que utilicen insumos con contenido de metales, pues no se generan vertimientos.

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 a esto,

Certificado No. SC-CER339681-1
Certificado No. CO-SC-CER339681-1

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

---

[11] ttps://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-ambiental.aspx

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. 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.

1.6.1. 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.

1.6.1.1. **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).

1.6.1.2. 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 la zonas de Cuasina 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.

1.6.1.3. 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.

1.6.2. 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 o vía el recobro a las EPS para la parte de gastos que a estas les corresponde cubrir.

1.6.3. 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.

1.6.4. 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.

1.6.5. 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.

1.6.6. 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 gratuito o caso gratuito básicamente en las áreas de prevención (vacunas) y atención primaria. Las Cuentas Nacionales los consideran como servicios de no mercado.

1.6.7. 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.

1.7. POLITICO

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

DIMENSIONES:

1. Dimensión Salud Ambiental
2. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental
3. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional
4. Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos
5. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
6. Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres
7. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

TRANSVERSALES

1. Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables
2. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta

de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de

---

12 https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx

Intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

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".

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.

1.8. PERSPECTIVA INTERNACIONAL:

El sector salud colombiano constituye un atractivo a nivel internacional, especialmente para los estadounidenses. Colombia presenta avances importantes en cuanto al papel de la salud en el desarrollo del país, lo que lo hace especialmente atractivo para la inversión en el sector y para la demanda internacional de servicios de salud. Resulta notorio que en mediciones acordes con una concepción de desarrollo que trasciende los indicadores convencionales, como por ejemplo mediante el índice de felicidad de Nacional Unidas, los colombianos reportan un nivel alto, y entre los indicadores positivos se destaca la esperanza de vida saludable. De manera similar, en el índice para una vida mejor, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ocde), Colombia registra una posición favorable en el mundo, destacándose especialmente la dimensión de salud, con una valoración de 7,8 sobre 10.

Así que en términos comparativos, los colombianos se muestran más satisfechos con su vida, más felices, y en esta valoración la salud ocupa un lugar destacado. El índice global de competitividad del Foro Económico Mundial elevó la posición de Colombia en 2019, y el mayor avance se registró precisamente en el tema de salud por un aumento de la esperanza de vida saludable.

A las mejoras en la percepción sobre la salud se suma el desarrollo de la prestación de servicios, que va de la mano con los avances científicos de grupos de investigación de talla mundial. La revista América Economía publica anualmente un ranking de los mejores hospitales y clínicas de la región y entre las 58 instituciones reconocidas en 2020, 24 son colombianas, manteniéndose en los últimos diez años como el país con la mayor participación. Esto da cuenta de una oferta de servicios de alta calidad, con un número creciente de instituciones acreditadas y vinculadas con la formación del recurso humano en salud.

Ante este panorama, el sector salud colombiano constituye un atractivo a nivel internacional, especialmente en el continente americano. Por una parte, los servicios que se ofrecen en el país pueden satisfacer la demanda de extranjeros y de colombianos residentes en el exterior, quienes viajan a Colombia en busca de atención especializada y que puede resultar menos costosa. Es el caso de los servicios de cirugía estética, trasplantes y odontología especializada, así como tratamientos oncológicos, que atraen a pacientes de otras naciones que se asientan en Colombia o quienes practican el denominado turismo de salud.

Por otra parte, dado el desarrollo que ha adquirido el sector a nivel de clínicas y hospitales, la inversión se ha ampliado en varias ciudades y, de hecho, hay un interés creciente de inversionistas extranjeros que han adquirido clínicas o están adelantando nuevos proyectos. Ahora bien, estos movimientos pueden resultar

paradójicos, pues, a la par con la expansión del sector, el país se enfrenta a serios retos en materia de sostenibilidad y de garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

No todo es color de rosa y por ello el panorama optimista que se muestra en una perspectiva internacional debe contrastarse especialmente con el acceso de toda la población a una atención oportuna, integral y de calidad, y de manera especial con el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la

---

[13] https://www.semana.com/contenidos-editoriales/salud-buen-pronostico-/articulo/por-que-el-sector-salud-colombiano-es-atractivo-a-nivel-internacional/643184

Enfermedad. Consideración especial debe tener la atención de población migrante, en particular procedente de Venezuela, para lo cual se demandan recursos del Estado colombiano y de la cooperación internacional.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, que reconoce la falta de legitimidad y confianza en el sistema de salud, cobra importancia la propuesta que se plantea en el mismo de construir una visión de conjunto y de largo plazo acerca del sistema de salud que puede tener Colombia hacia adelante. De este modo será posible reconocer y consolidar los logros y plantear soluciones para afrontar los retos y las debilidades del sistema de salud, procurando en primer lugar satisfacer las necesidades de la población, y generando mayores posibilidades para la inversión y el crecimiento económico.

De acuerdo con la definición contenida en el artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015, los Acuerdos Comerciales son tratados internacionales vigentes celebrados por el Estado colombiano, que contienen derechos y obligaciones en materia de compras públicas, en los cuales existe como mínimo el compromiso de trato nacional para: (i) los bienes y servicios de origen colombiano y (ii) los proveedores colombianos.

La indicación de si el Proceso de Contratación está cobijado por un Acuerdo Comercial o no, se encuentra establecida en los estudios y documentos previos, de conformidad con el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del decreto 1082 de 2015, y en atención a directrices impartidas por Colombia Compra eficiente, en su “Manual para el Manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación”:

https://www.colombiacompra.gov.co/compradores/secop-i/valores-partir-de-los-cuales-son-aplicables-los-acuerdos- comerciales

ACUERDO COMERCIAL		LA ENTIDADESTA CUBIERTA EN EL ACUERDO COMERCIAL	VALOR A PARTIR DEL CUAL ES APLICABLE EL ACUERDO COMERCIAL PARA ENTIDADES ESPECIALES DEL NIVEL NACIONAL	VALOR DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN SUPERIOR AL UMBRAL DEL ACUERDO COMERCIAL	EXCEPCIÓN APLICABLE AL PROCESO DE CONTRATACIÓN	PROCESO DE CONTRATACIÓN CUBIERTO POR EL ACUERDO COMERCIAL
ALIANZA DEL PACIFICO	CHILE Y PERÚ	SI	BIENES Y SERVICIOS $900.659.000	NO	NO	NO
			SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 20.469.524.000			
	MÉXICO	SI	BIENES Y SERVICIOS* $397.535 USD	NO	NO	NO
			SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN* $ $12.721.740 USD			
CANADÁ		SI	BIENES Y SERVICIOS $1.208.928.000	NO	NO	NO
			SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 38.687.607.000			
CHILE		SI	BIENES Y SERVICIOS $900.515.000	NO	NO	NO
			SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 20.466.258.000			
COREA		SI	BIENES Y SERVICIOS $1.669.240.000	NO	NO	NO
			SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $62.596.500.000			

ESTADOS AELC	SI	BIENES Y SERVICIOS $900.460.000 SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 20.465.000.000	NO	NO	NO
ESTADOS UNIDOSY COSTA RICA	SI	BIENES Y SERVICIOS $752.599.000 SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 20.868.078.000	NO	NO	NO

MÉXICO	SI	Bienes y servicios* $424.592 USD Servicios de construcción* $13.586.938 USD	NO	NO	NO
TRIÁNGULO NORTE(EL SALVADOR GUATEMALA HONDURAS) **HONDURAS N/A**	SI	VALOR DE LA MENOR CUANTÍA DELA ENTIDAD ESTATAL DESDE $ 87.780.300 HASTA 877.803.000	NO	NO	NO
UNIÓN EUROPEA	SI	BIENES Y SERVICIOS $818.660.000 SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN $ 20.466.500.000	NO	NO	NO

Acuerdos comerciales internacionales

** Para los valores en dólares, la Entidad Estatal debe definir el valor en pesos colombianos con la tasa representativa del mercado divulgada por la Superintendencia Financiera de Colombia del día de publicación del Aviso de Convocatoria (https://www.superfinanciera.gov.co).*

Los valores en pesos colombianos de los Acuerdos Comerciales están vigentes hasta el 31 de diciembre de 2021.

Fuente: *www.colombiacompra.gov.co*

2. ESTUDIO DE LA OFERTA:

En cuanto a la oferta de Instituciones Prestadoras de Salud, de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Salud del Ministerio de Protección Social, podemos observar que Pereira -Risaralda cuenta con 3 IPS públicas, 199 privadas y 1 mixta; en Dosquebradas – Risaralda solo existen 7 IPS privadas y 1 mixta.

A continuación se relacionan las instituciones prestadoras de servicios –IPS públicas y privadas, de la Ciudad de Pereira:

Publicas - Pereira:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA
ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

Privadas – Pereira:
PROTECCION INTEGRAL
LOPEZ CORREA
LIGA CONTRA EL CANCER
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE RISARALDA COMFAMILIAR RISARALDA
CALCULASER S.A.
CANUTENI SAS
CARDIOPULMONAR S.A.S.
CECOFIR S.A.S
CEMPREC S.A.S.
CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA DEL EJE CAFETERO S.A. - CEDICAF S.A.
CENTRO DE EXPERTOS PARA LA ATENCION INTEGRAL IPS SAS
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR DE PEREIRA SAS
CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALÉRGICO S.A.S.

CENTRO MEDICO PREVENIMOS S.A.
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SIGLA COLCAN S.A.S.
CENTRO OPTICO INTERNACIONAL LTDA
CEO CENTRO ESTETICO ODONTOLOGICO COLOMBIA SAS
CESAR AUGUSTO BOLAÑOS RIOS SAS

---

14 https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion//consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S
LABORATORIO CLINICO PATOLOGICO LOPEZ CORREA S.A
LABORATORIO ELECTROFISIOLOGIA OCULAR DEL EJE CAFETERO LTDA
LAFAM S.A.S
LASKIN S.A.
LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL RISARALDA
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A.S
MEDICARTE S.A.S
MEDICINA INTEGRAL IPS
MONTECARLO CENTRAL DE RECURSOS Y SERVICIOS EN SALUD S.A.S
MORADO S.A.S.
MUTALIS SAS
NEFROPLUS S.A.S
NEOSER SAS
NEURODIAGNOSTICO DEL OCCIDENTE S.A.S.
SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S
TECNOVIDA DIAGNOSTICO POR IMAGENES S.A.S.
TU ORTOPEDIA INTEGRAL S.A.S
UNIDAD CARDIOLÓGICA LTDA
UNIDAD DE DIAGNOSTICO MAXILOFACIAL SAS
UNIDAD DE HEMODINAMIA DEL CAFE SA
UNIDAD DERMATOLOGICA LASER SAS
UNIDAD EJE VISUAL S.A.
UNIDAD MEDICA Y DE DIAGNOSTICO S.A
UNIDAD NEUMOLOGICA BERTHA INES AGUDELO VEGA SAS
UNIDAD OFTALMOLOGICA LASER S.A
UNIDAD RESPIRATORIA RESPIRAR S.A.S
UNIVER PLUS
UROGIN SAS IPS
VIRREY SOLIS IPS SA
VITAL GROUP FFED SAS

A fin de establecer los requisitos para el presente proceso de contratación el Despacho del Sena Regional Risaralda, a partir de la experiencia con proveedores personas naturales y/o jurídicas, que han participado en anteriores procesos de precotización o selección y cuyos objetos sociales se encuentran relacionados directamente con el objeto en mención, se consideraron algunos de los posibles oferentes así: LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES S.A, ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.S, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE RISARALDA COMFAMILIAR RISARALDA y las demás instituciones prestadoras de servicios –IPS privadas, que cuenten con la capacidad de ejecutar el objeto contractual en las condiciones establecidas en los documentos y estudios previos del proceso.

3. **ESTUDIO DE LA DEMANDA:** Para tal efecto se realizó la verificación en la página de Colombia Compra Eficiente https://www.contratos.gov.co/, para consultar los procesos similares adelantados por entidades, obteniendo los siguientes resultados:

NÚMERO DE PROCESO - AÑO	TIPO DE PROCESO-MODALIDAD	ESTADO	ENTIDAD	OBJETO	DEPARTAMEN TO Y MUNICIPIO DE EJECUCIÓN	CUANTÍA - VALOR
MC-RSR-DIR-064-2020	MINIMA CUANTIA	LIQUIDADO	SENA	Prestación de servicios para la realización de exámenes médicos paraclínicos, vacunas, imágenes diagnósticas y actividades en prevención y promoción en salud, para la Regional Risaralda del SENA y sus sedes, en la vigencia 2021.	*RISARALDA :PEREIRA*	*$6.982.600*
RSR-DIR-034-2019	MINIMA CUANTIA	LIQUIDADO	SENA	Realización de exámenes paraclínicos a funcionarios y contratistas de la regional Risaralda del SENA para la vigencia 2019.	*RISARALDA : PEREIRA*	$26.422.000
MC-RSR-079-2018	MINIMA CUANTIA	LIQUIDADO	SENA	Realizar actividades paraclínicas a los funcionarios y contratistas del SENA, como parte del subprograma de medicina preventiva ocupacional, contemplado en el sistema de seguridad y salud en el trabajo, las cuales hacen parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica establecidas por la entidad para la vigencia 2018	*RISARALDA : PEREIRA*	$24.030.000
MC-RSR-135-2016	MINIMA CUANTIA	LIQUIDADO	SENA	Realizar exámenes de laboratorio (Glicemia, Perfil Lipídico, Examen visual, Audiometría, Valoración de voz por fonoaudióloga, Chequeo Ejecutivo y Colinesterasa) para funcionarios y contratistas de la Regional Risaralda SENA en la vigencia 2016.		$15.015.000

Se expide en Pereira, el 13 de abril de 2021

HAIDEN DE JESUS CASTILLO BARBOSA
Director Regional (E)

Elaboró: Oscar Orlando Arcila Duque

Área Gestión Contractual