



La salud  
es de todos

Minsalud



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 1 de 16

Bogotá D.C.,

Doctora

**OLGA LUCÍA GRAJALES GRAJALES**

**Secretaria Comisión Segunda de Relaciones Exteriores, Comercio Exterior, Defensa y Seguridad Nacional**

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
CARRERA 7 # 8 - 68 EDIFICIO DEL CONGRESO  
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

**ASUNTO:** Respuesta a cuestionario citación proposición No.13 de 24 de abril de 2020 - Radicado MinSalud No. 202042300652912.

Respetada doctora Olga Lucía.

El Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante Ministerio o MSPS) comprende las preocupaciones y dudas expresadas en el oficio de la referencia, en la cual remite la agenda y cuestionarios de los honorables Congresistas sobre la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas frente a la emergencia nacional por COVID-19.

Ahora bien, frente a los cuestionarios realizados por los honorables parlamentarios, nos permitimos atenderlas de la siguiente forma:

**CUESTIONARIO CONTROL POLÍTICO – HONORABLES REPRESENTANTES ABEL DAVID JARAMILLO LARGO Y CARLOS ADOLFO ARDILA ESPINOSA.**

- 1. Por favor indíqueme a la Comisión cuál es el avance real, desde el inicio de la contingencia, en la expansión de Número de camas de cuidados intensivos. ¿Cuántas camas más tenemos desde que inició la pandemia? cuántas se espera tener al momento del pico máximo?**

**Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.**

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 2 de 16

**Respuesta:** De acuerdo a los análisis realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia se contaba a febrero de 2020, con 372 servicios habilitados de internación por cuidado intensivo de adultos, 397 servicios habilitados de cuidado intermedio adultos, 127 servicios habilitados de cuidado intensivo pediátrico, 130 servicios de cuidado intermedio y 678 servicios habilitados para neonatos (en lo correspondiente a cuidado básico, intermedio e intensivo). En las condiciones del territorio nacional, la oferta de servicios permitía una satisfacción de las necesidades de la población. No obstante, dadas las proyecciones del Gobierno Nacional frente a los casos probables que pueden presentarse en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un plan de expansión de la capacidad instalada para la atención de la población por SARS-CoV-2 (COVID-19).

La proyección de la capacidad de expansión requerida para atender la pandemia se realiza tomando en consideración la estimación de la población que posiblemente se vea afectada por el SARS-Cov-2 (COVID-19) en cada departamento y el comportamiento de la infección por el COVID-19 en Colombia.

Los parámetros considerados son los siguientes:

- En Colombia se estima que la población colombiana es menos susceptible a la infección por el virus debido a las condiciones particulares de la misma: i) se consume cigarrillo en menor cantidad y frecuencia que en los países de Europa y Asia, ii) la población colombiana es menor en cuenta al promedio de edad y, iii) en Colombia existe una mayor dispersión de la población que en los países de referencia.
- La estimación del número de camas se realiza a partir de la información presentada por el Instituto Nacional de Salud, que señala cuatro opciones de comportamiento según las medidas determinadas por el Gobierno Nacional: i) implementación de medidas que lleven el R0 efectivo a 1,0 y el 80% de los pacientes son asintomáticos, ii) implementación de medidas que lleven el R0 efectivo a 1,2 y el 80% de los pacientes son asintomáticos, iii) implementación de medidas que lleven el R0 efectivo a 1,28 y el 80% de los pacientes son asintomáticos, y iv) implementación de medidas que lleven el R0 efectivo a 1,28, cuarentena del 20 de junio al 20 de julio y 80% de los pacientes son asintomáticos. Ver gráfico 1.
- Según la información del Instituto Nacional de Salud, se espera que por 80% de los pacientes son asintomáticos partiendo del índice de mortalidad (4,72%) a abril 19 de 2020, deberíamos contar con cerca de 24.000 infectados y solo tenemos sintomáticos 3.792 personas.
- De acuerdo con lo anterior, se establece que, del total de los pacientes sintomáticos, el 80% requerirán de atención en casa con las medidas de aislamiento y los medicamentos necesarios para la atención de su sintomatología, así como el seguimiento estricto de su evolución por canales virtuales o telefónicos.
- El restante 20% de las personas que presenten sintomatología requerirán una atención con internación en un prestador de servicios de salud.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 3 de 16

- Del total de los pacientes que requerirán atención hospitalaria, el 10% requerirán una hospitalización en camas generales destinadas a adultos (la necesidad en hospitalización pediátrica no se espera que tenga un aumento significativo). El 10% restante se estima que tendrá enfermedad respiratoria severa que requerirá hospitalización en cuidado intermedio (5%) o en cuidado intensivo (5%).
- Para las necesidades de internación por paciente se define un estándar de 10 días para hospitalización general, en cuidados intermedios y en intensivos.
- De manera adicional se contabiliza un 5% de los casos que requieren hospitalización que deberán mantenerse en espacios dentro de la atención en salud en lo correspondiente a albergues con una estancia de 7 días de los pacientes determinados en estas condiciones, las cuales son: i) pacientes que pueden ser dados de alta y no pueden ingresar a su lugar de residencia debido a que en ella hay personas con riesgo para la enfermedad, ii) pacientes que pueden ser dados de alta pero no pueden desplazarse hasta su ciudad de residencia por sus condiciones sociales particulares, o iii) pacientes que puedan ser ubicados en albergues debido a la necesidad de contar con disponibilidad de camas de hospitalización para pacientes en condiciones de salud que requieran atención hospitalaria.

Adicionalmente, se determinaron criterios para ajuste de acuerdo a condiciones específicas del territorio en lo correspondiente a:

- Población con mayores factores de riesgo por severidad de la enfermedad: Se toma como referencia la población mayor de 60 años. En este caso, si la población mayor de 60 años es mayor al promedio nacional se incrementa la necesidad de camas de UCI en un 10%; si por el contrario es menor, se disminuye la necesidad en un 10%.
- Tasa de UCI por 1.000 habitantes: si la tasa de UCI por 1.000 habitantes es menor al promedio nacional se incrementa la necesidad en un 10%; si por el contrario es mayor, se reduce la necesidad en un 10%.
- Zona de riesgo: si corresponde a departamentos de frontera, se realiza un incremento en la necesidad en un 10%.
- Regionalización: Se identifican aquellos departamentos que actúan como sitios de recepción de pacientes de otras entidades territoriales. Si existe una recepción de población de otros departamentos se aumenta la necesidad en un 5%; si por el contrario es menor, se disminuye en un 5%.
- Casos COVID-19 comparado con el País: si existe un número de casos confirmados en el departamento superior al promedio nacional se incrementa la necesidad en un 5%, de lo contrario la disminuye en un 5%.
- Casos COVID-19 en UCI comparado con el País: se analiza de acuerdo a la proporción de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. Se determina en aquellos departamentos donde dicha proporción es superior al promedio nacional se incrementa la necesidad en un 5%; si por el contrario es menor al promedio nacional, se disminuye la necesidad en un 5%.

**Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.**

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 4 de 16

A partir de los análisis anteriores, se determinó que partiendo de la implementación de medidas que lleven al R0 efectivo de 1,2, con 80% de asintomáticos, se requerirá un máximo de 17.854 camas para hospitalización adultos habilitadas, 8.927 camas de hospitalización para cuidados intermedios y 8.927 camas de cuidado intensivo para adultos proyectadas a necesitarse estas últimas el 4 de agosto de 2020.

Para efectos de contar con un margen de suficiencia en este número de camas, determinamos contar un 11% de camas adicionales para los tres tipos de hospitalización, con lo cual sumamos entonces 20.000 camas de hospitalización general, 10.000 camas para hospitalización en unidades de cuidados intermedios y 10.000 camas para hospitalización en unidades de cuidados intensivos.

En términos de disponibilidad actual se cuenta a 17 de abril de 2020, según lo determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, con 41.774 camas de hospitalización para adultos habilitadas, 3.305 camas de hospitalización para cuidados intermedios y 5.462 camas de Cuidado intensivo para adultos.

Con la mencionada oferta y estimando una liberación de la capacidad instalada para la atención de personas con sintomatología respiratoria generada por la infección por el COVID – 19 en los servicios antes mencionados del 50%, se realiza una comparación de los requerimientos con la disponibilidad actual en cada departamento. A partir de esta información, se planifica el plan de expansión de la capacidad instalada hospitalaria para el COVID-19 ha sido formulado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las Direcciones territoriales de salud y esta principalmente orientado a el fortalecimiento de los servicios de internación.

Con base en las anteriores estimaciones se determinó la necesidad de expansión de los servicios ya mencionados. La modulación de la posible necesidad de camas para hospitalización de pacientes evidencia un incremento progresivo en el requerimiento de la capacidad instalada hospitalaria a nivel nacional y el mantenimiento de la misma por al menos 14 meses. Lo anterior siempre y cuando se contenga la evolución rápida y desordenada de la pandemia y sus consecuencias en la presión para la oferta de servicios disponible.

El Ministerio de Salud y Protección Social, bajo este escenario, ha proyectado varias fases a lo largo de la pandemia de acuerdo al número de personas que se estima se infectarán dependiendo de la efectividad de las medidas de aislamiento social.

Para el efecto el Ministerio de Salud dispuso una herramienta que monitorea el número de casos presentados en el territorio nacional y compara la necesidad de atención con la disponibilidad de camas y



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 5 de 16

recurso humano en el territorio, a fin de poder activar las fases siguientes para la prestación de servicios de salud durante la Pandemia.

#### **Primera Fase: Capacidad Instalada Existente.**

Con este comportamiento la liberación progresiva de camas hasta llegar a aproximadamente el 50%, mediante la optimización de la capacidad instalada permitirá prestar la atención de la pandemia en una primera fase.

#### **Segunda Fase: Optimización Capacidad instalada existente: Medidas para Re – Direccionar la capacidad instalada o ampliarla en infraestructuras de salud que estén prestando servicios.**

Cuando la capacidad de respuesta llegue a una utilización cercana al 40%, se activará una segunda fase de optimización de la capacidad instalada existente mediante medidas para re direccionar capacidad instalada dentro de la institución o ampliarla en infraestructuras de salud que estén prestando servicios.

#### **Tercera Fase: Ampliación de la capacidad instalada (respuesta): Uso de infraestructura en salud que se encuentre cerrada o sin utilización u hoteles**

Cuando la capacidad de respuesta establecida llegue a un 40% de la fase anterior, se activará la tercera fase en la cual:

- Se convertirán más camas hospitalarias en camas de cuidados intensivos.
- Se incorporará la infraestructura de salud que se encuentre fuera de funcionamiento pero que rápidamente pueda garantizar condiciones mínimas y respuesta para la ampliación de la capacidad instalada.
- Se culminará la expansión de la capacidad instalada de camas de hospitalización general en áreas de las instituciones de salud actualmente existentes.
- Durante esta fase se propenderá que algunas instituciones de salud queden destinadas específicamente al manejo de paciente respiratorio entre ellos el paciente con COVID -19 en áreas debidamente aisladas.
- Se ampliará la capacidad instalada en equipamiento de salud que actualmente se encuentren cerrados.
- Se iniciará la expansión de hospitalización de paciente con patologías generales no complicadas en hoteles de acuerdo a la disponibilidad de los mismos.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 6 de 16

- Se realizará la adecuación de edificaciones de uso diferente al de salud, siempre y cuando se cumplan con las siguientes condiciones mínimas; aplica en el caso de edificaciones como hoteles, pabellones, auditorios, coliseos, colegios, universidades, etc.

#### **Cuarta Fase: Estado Crítico: Expansión a otras infraestructuras existentes**

Cuando la capacidad de respuesta establecida llegue a un 40% de la fase anterior, se activará la cuarta fase que comprende:

- Utilización de hoteles adicionales u otros sitios de hospedaje.
- Uso de infraestructura con uso diferente a salud, como espacios comunitarios, coliseos y otros disponibles en el territorio, que tengan las condiciones básicas para hospitalizar y expandir servicios de salud, principalmente para pacientes con patologías generales no complicadas. También se podrán hospitalizar pacientes con condiciones de salud no severas causadas por el COVID-19.

Complementario al plan enunciado, se ha previsto la utilización de la modalidad domiciliaria y telemedicina para la prestación de los servicios de salud, entre otros, al igual que la flexibilización de la autorización para la prestación de servicios de salud durante el término de la emergencia, establecida mediante el Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020 que adopta medidas para contener y mitigar la pandemia de COVID – 19 y garantizar la prestación de servicios de salud en el marco del Emergencia Económica Social y Ecológica.

#### **2. ¿Cuál es el avance a la fecha con la compra de ventiladores en el mercado internacional?**

**Respuesta:** El Ministerio de Salud y Protección Social está realizando los procesos para la adquisición, recibo y distribución de los ventiladores para la expansión y ampliación de la capacidad instalada de unidades de cuidados intensivos – UCI, la cual está proyectada en que sea hasta un total de 10.000 unidades.

En este contexto, a 5 de mayo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de atender la emergencia ocasionada por la pandemia de la COVID-19, ha contratado la adquisición de 2.767 ventiladores por un valor total de \$230.002.328.780; y 50 más que se encuentran en perfeccionamiento contractual.

La distribución de estos equipos se realizará de acuerdo al comportamiento de la pandemia en los departamentos y distritos y la disponibilidad o adecuaciones de áreas para su utilización, una vez sean recibidos los equipos adquiridos.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: 202016000639201

Fecha: 06-05-2020

Página 7 de 16

3. **¿Sigue siendo viable y favorable a los intereses de la Nación el comprar ventiladores en ese mercado internacional, teniendo en cuenta su volatilidad, su incapacidad para entregar equipos a tiempo, y teniendo en cuenta que últimamente se ha degradado hasta el punto de la piratería entre países?**

**Respuesta:** Dada la disponibilidad actual de la capacidad instalada para la atención de pacientes con COVID – 19 que requieran tratamiento intrahospitalario, según la severidad de los casos, se ha priorizado la ampliación de infraestructura y dotación para su atención, como las Unidades de Cuidado Intensivo, Unidades de Cuidados Intermedios, servicios de hospitalización y urgencias.

En el país se cuenta, con corte a abril de 2020, con 1.837 camas de cuidado intensivo neonatal, 915 camas de cuidado intensivo pediátrico y 5.406 camas de cuidado intensivo adultos, para un total de 8.158 camas de cuidado intensivo. Como se señaló previamente, para suplir la demanda de camas progresiva ante la pandemia por COVID - 19, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene planeado que el país disponga de diez mil nuevas Unidades de Cuidado Intensivos – UCI para la atención de estos pacientes.

Cabe señalar que, para las Unidades de Cuidado Intensivos, además de las adecuaciones en infraestructura, la dotación de un cubículo para la atención de pacientes en estado crítico, requiere como mínimo: ventilador, monitor de signos vitales, cama tipo UCI, bomba de infusión, así como la disponibilidad de desfibrilador y carro de paro. De este modo, tanto para nuevas camas de cuidado intensivo, como para la conversión de las actuales camas de cuidado intermedio en cuidado intensivo, se requieren los equipos necesarios, por lo que el Ministerio para la adquisición de ventiladores ha llevado a cabo rigurosos estudios de mercados tanto a nivel nacional como internacional, para su consecución en las mejores condiciones.

Actualmente, el Ministerio de salud y Protección Social continúa en la búsqueda de ventiladores y proveedores que cumplan las garantías de idoneidad, representación en Colombia y calidad de sus equipos, y entrega de los mismos, de acuerdo a las especificaciones técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. Esta búsqueda y compra continuará a nivel internacional dado que a la fecha no existen equipos nacionales que puedan ser adquiridos hasta que se complete la cantidad antes anotada o hasta que la proyección de equipos a adquirir se modifique con base en el comportamiento de la pandemia en el país.

4. **¿Cuál es la posición del Gobierno Nacional frente a las iniciativas de la academia y la industria nacional para producir ventiladores de bajo costo?**



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 8 de 16

**Respuesta:** El Gobierno Nacional valora las iniciativas desarrolladas por la industria nacional para la creación de ventiladores y la elaboración de otros insumos requeridos para la atención de la pandemia por COVID - 19, dado que las mismas contribuyen a la mitigación de los efectos de la misma en la población colombiana y por otra parte pueden constituirse en un foco de desarrollo empresarial para Colombia.

Cabe señalar, que en la actualidad en el país hay varios desarrollos de equipos para soporte ventilatorio, los cuales están en la fase de pruebas o de registro ante el INVIMA, una vez los mismos concluyan los procesos antes mencionados podrán ser utilizados de acuerdo a como continúe el comportamiento de la pandemia en el país.

Así mismo, hay un importante número de microempresas y empresas que están participando en la elaboración de dispositivos e insumos requeridos para la bioseguridad tanto del talento humano de salud como de la población en general se desatascan en esta línea la elaboración de mascarillas o, caretas, alcohol, jabones y geles para asepsia y antisepsia.

**5. ¿El gobierno piensa comprar de este tipo de ventiladores de producción nacional para atender la crisis?**

**Respuesta:** Una vez que los ventiladores producidos por la industria nacional cuenten con las pruebas y procesos requeridos y el consecuente registro ante el INVIMA, serán considerados en los procesos de compra que se adelanten, y si cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas podrán ser adquiridos en la cantidad que sea requerida y según disponibilidad de los mismos, conforme a la proyección de compra de ventiladores o al ajuste de la misma según el comportamiento de la pandemia a nivel nacional.

**6. ¿Cuál es el plan de acción que tiene contemplado el Ministerio para las regiones apartadas y con red hospitalaria dispersa y de poca capacidad técnica, frente a un eventual brote de COVID 19 y frente a un paciente que requiera de una UCI?**

**Respuesta:** Debe tenerse en cuenta que de manera independiente a la capacidad instalada requerida en un territorio se requiere considerar la gestión del aseguramiento y de la prestación de los servicios de salud por parte de la EAPB -EPS, en este sentido dicha institución deberá continuar garantizando la gestión de la prestación de los servicios para la población afiliada en condiciones de accesibilidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad a través de las redes de prestadores de servicios de salud.

Esta organización para la atención integral en salud por SARS-Cov-2 (COVID) tendrá en consideración los servicios de atención domiciliaria, consulta externa de medicina general primordialmente y la referencia a los servicios de hospitalización, o cuidados intermedios e intensivos, en condiciones de *integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez*, teniendo en cuenta la oferta de servicios habilitados en el





**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 9 de 16

departamento o distrito en consonancia con los requerimientos de los afiliados determinados como caso confirmado.

De acuerdo a las condiciones del territorio, la EAPB – EPS, debe determinar las modalidades de atención extramurales y de telemedicina requeridas incluyendo los procesos y procedimientos que garanticen la atención en salud de los pacientes con caso confirmado por SARS-Cov-2 (COVID). La planificación de las estrategias y los procesos para cubrir los déficits de oferta de servicios requeridos para la atención integral por SARS-Cov-2 (COVID) para los casos confirmados, y determinar con los prestadores de servicios de salud que conforman la red para la ampliación o incremento de la oferta de servicios de salud, que sea requerida.

En los casos que los prestadores de servicios de salud con los que conforman la red no cuenten con disponibilidad y suficiencia para la atención, deberán establecer relaciones contractuales con los prestadores de servicios de salud adicionales en el respectivo departamento, para lo cual deberán articular con las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, la disponibilidad de dichos servicios en el territorio; cuando no exista disponibilidad y suficiencia dentro del territorio, se deberán establecer los acuerdos de voluntades requeridos para garantizar la atención a la población con prestadores de servicios de salud ubicados en otros departamentos, bajo el principio de contigüidad.

En lo correspondiente a los planes de expansión de la capacidad instalada dispuesta en los departamentos y distritos, implicarán la reorganización de la red de prestación de servicios en el departamento o distrito donde la EAPB cuenta con afiliados de acuerdo a las condiciones actuales de sus prestadores de servicios de salud, que realizan la liberación u optimización de camas. De manera adicional, determinará y realizará los acuerdos con los prestadores de servicios de salud para solventar los posibles déficits de oferta ante dicha operación, para lo anterior, deberán establecer relaciones contractuales con los prestadores de servicios de salud adicionales en el departamento, para lo cual deberán articular con las entidades departamentales y distritales de salud la disponibilidad de dichos servicios en el territorio.

Para los procesos de referencia y contra-referencia que sean requeridos, las EAPB deberán definir los procedimientos y trámites, de acuerdo a la normatividad vigente, para la derivación oportuna de sus afiliados en los casos que requieran atenciones de mayor complejidad con los prestadores de servicios que conforman su red en el departamento o el distrito y cuando la oferta no se encuentre disponible o sea insuficiente en éste, a través de la referencia adecuada a otros territorios los afiliados con caso confirmado por SARS-Cov-2 (COVID-19), con los correspondientes protocolos de manejo de la referencia definidos y procesos administrativos adecuados y oportunos que garanticen la atención en salud. Del mismo modo, la contra-referencia dentro de la red conformada y organizada, deberá contar con protocolos de manejo de la misma, así como con procesos de continuidad y de seguimiento sobre el estado de los afiliados con caso confirmado por SARS-Cov-2 (COVID-19) y su evaluación.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 10 de 16

De manera adicional, el Ministerio de salud está adelantando gestiones con la Fuerza Aérea para que, mediante convenios con las EPS, se transporten pacientes por vía aérea desde puntos cercanos a las vías fluviales o terrestres más cercanas a los municipios que tengan alta dispersión de su población.

En este mismo sentido, de acuerdo al comportamiento actual de la Pandemia el Ministerio de Salud y Protección Social estima que el 50 % de la población colombiana es susceptible a la infección por el virus y que de ese 50%, el 12 % de la población que se contagie, tendrá una infección asintomática mientras que el 88% de los contagiados tendrán alguna sintomatología relacionada con la infección por el COVID-19.

De la población que presente sintomatología, el 85% de las personas de acuerdo a lo observado requerirán de atención en casa con las medidas de aislamiento y los medicamentos necesarios para la atención de su sintomatología. El 15% de las personas que presenten sintomatología requerirán una atención con internación en un prestador de servicios de salud, estimándose que el 10% requerirán una hospitalización camas generales destinadas a adultos (la necesidad en hospitalización pediátrica no se espera que tenga un aumento significativo). El restante 5%, se estima que tendrá enfermedad respiratoria severa que requerirá hospitalización en cuidado intermedio (2%) o en cuidado intensivo (3%).

*Es necesario precisar que en poblaciones que habiten en territorios con alta dispersión, la probabilidad de contagio disminuye en forma importante y la necesidad de ampliar la capacidad instalada o necesidad de internación para su atención por ende también.*

Es así como, con base en lo anteriormente mencionado, se estima que la capacidad de hospitalización en camas para adultos y pediátricas será suficiente para la atención de las personas que estén contagiadas con enfermedad respiratoria leve las cuales deben ser hospitalizadas luego que sean valoradas por el médico. Las personas que evolucionen a sintomatología severa serán remitidas a instituciones que cuenten con cuidado intensivo o intermedio. Estas personas harán uso de los mecanismos ya establecidos por las EPS correspondientes, de acuerdo a su competencia, para la referencia de pacientes.

**7. ¿A la fecha qué hospitales públicos o privados de las regiones representadas en la Comisión Segunda han recibido recursos del Ministerio para la Atención de la pandemia?**

**Respuesta:** Desde el Gobierno Nacional, los mecanismos de financiación definidos son de tres tipos. El primero, consiste en acelerar los mecanismos de saneamiento de deudas previstos en el Plan Nacional de Desarrollo y contemplados en la política pública denominada *Acuerdo de Punto Final*, para generar la



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 11 de 16

liquidez, permitiendo poner al día obligaciones entre los actores del Sistema, quienes deberán con los recursos recibidos, priorizar el pago de deudas laborales.

De manera simultánea a los mecanismos de saneamiento, el Gobierno Nacional está garantizando que el flujo de los recursos corrientes, como son la **Unidad de Pago por Capitación-UPC** y los presupuestos máximos, no se detenga, e incluso se han realizado anticipos de los recursos de presupuestos máximos para garantizar así la prestación de servicios en el marco de la emergencia.

Cabe precisar que el Gobierno Nacional mediante la Ley 1438 de 2011 estableció el giro directo con el fin de agilizar el flujo de recursos en nombre de las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud – EPS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y a los proveedores de servicios y tecnologías.

Sobre el particular, se reglamentó la medida de giro directo a través de las Resoluciones 2320 de 2011 y 4182 de 2011, modificadas por las Resoluciones 1587 y 4621 de 2016, las cuales establecieron el mecanismo para que las Entidades Promotoras de Salud que operan el Régimen Subsidiado reporten los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los proveedores de servicios y tecnologías financiados con la Unidad de Pago por Capitación – UPC. A su vez, el literal d) del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 señala como función de la ADRES, realizar los giros directos de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, que para este caso es la EPS. Aplica igualmente para el giro directo del Régimen Contributivo, reglamentado por el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el Decreto 2464 de 2013, la resolución 654 de 2014, la Resolución 3503 de 2015 y los artículos 2.6.4.3.1.3.1 y 2.6.4.3.1.3.2 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el Decreto 2265 de 2017.

En este sentido, y con el fin de proveer liquidez a los agentes del sistema así como asegurar el flujo anticipado de los recursos corrientes, la ADRES como resultado de los procesos de compensación del régimen contributivo, realizó giros a las IPS públicas, privadas y mixtas, entre el 1 de enero y el 27 de abril de 2020, por valor de \$1,27 billones. Así mismo, con relación al régimen subsidiado la ADRES realizó giros entre los meses de enero y abril de 2020, por \$5,19 billones, distribuidos por departamento así:

**Giros realizados a IPS – Régimen Contributivo (Cifras en millones)**

DEPARTAMENTO	Valor girado a las IPS
Amazonas	166,54
Antioquia	303.722,01
Arauca	5.859,10
Atlántico	93.889,61
Bogotá D.C	233.594,29
Bolívar	31.658,04
Boyacá	20.947,95

**Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.**

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000639201

Fecha: 06-05-2020

Página 12 de 16

Caldas	22.447,71
Caquetá	3.165,20
Casanare	14.895,53
Cauca	12.763,18
Cesar	11.141,56
Chocó	1.198,03
Córdoba	4.719,53
Cundinamarca	21.742,21
Guaviare	55,09
Huila	27.349,91
La Guajira	2.049,28
Magdalena	5.949,76
Meta	14.079,06
Nariño	22.111,47
Norte de Santander	30.499,45
Putumayo	5.530,42
Quindío	12.321,27
Risaralda	92.740,24
Santander	62.031,38
Sucre	2.848,27
Tolima	13.258,46
Valle del cauca	203.914,78
Vaupés	20,94
Vichada	1,09
<b>Total general</b>	<b>1.276.671,34</b>

Fuente: ADRES

**Giros realizados a IPS – Régimen Subsidiado (Cifras en millones)**

DEPARTAMENTO	Valor girado a las IPS
Amazonas	12.209,52
Antioquia	729.470,00
Arauca	51.550,92
Atlántico	360.541,00
Bogotá D.C	569.513,82
Bolívar	252.944,54
Boyacá	157.767,30
Caldas	101.208,99
Caquetá	47.127,28
Casanare	47.925,71
Cauca	159.317,07
Cesar	168.978,95
Chocó	52.817,60
Córdoba	177.404,28

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 13 de 16

Cundinamarca	114.816,12
Guainía	143,66
Guaviare	10.800,00
Huila	184.723,31
La Guajira	84.016,05
Magdalena	98.169,50
Meta	100.800,58
Nariño	276.370,70
Norte de Santander	176.069,38
Putumayo	37.720,12
Quindío	49.856,69
Risaralda	97.959,99
San Andrés y Providencia	244,78
Santander	211.628,96
Sucre	114.345,65
Tolima	112.561,60
Valle del cauca	409.530,96
Vaupés	3.552,05
Vichada	4.171,00
<b>Total general</b>	<b>5.194.559,69</b>

Fuente: ADRES

De otro lado, el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 creó, dentro del Fondo de Solidad y Garantía (FOSYGA), la Subcuenta de Garantías para la Salud con el objeto, entre otros, de generar liquidez a las instituciones del sector salud a fin de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud. En este sentido, el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 establece que los recursos asignados a esa Subcuenta se podrán utilizar de manera directa para la compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con Entidades Promotoras de Salud (EPS), facultando al Ministerio de salud y Protección Social para reglamentar el procedimiento para implementar lo dispuesto en dicho artículo.

Cabe precisar que el mecanismo de compra de cartera contempla el giro a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS como resultado de la cartera reconocida y conciliada con las Entidades Promotoras de Salud -EPS, con el fin de garantizar que los recursos lleguen de forma oportuna a facilitar la prestación de servicios de salud. Así mismo, se aclara que la compra de cartera no contempla priorización regional pero si garantiza el flujo de recursos prioritariamente para las IPS públicas.

En este contexto, con cargo a los recursos administrados por la ADRES, en el marco del Estado de emergencia económica, social y ecológica, Declarada mediante el Decreto 417 de 2020, se realizó el giro de \$407.516 millones para la compra de cartera de IPS públicas, privadas y mixtas.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000639201

Fecha: 06-05-2020

Página 14 de 16

9. ¿Cuál es el presupuesto específico asignado por el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud y otras carteras para la prevención, atención, contención y mitigación del COVID-19 para los pueblos indígenas?

**Respuesta:** Para determinar los posibles requerimientos financieros, el Ministerio realizó un estudio de las necesidades para las atenciones en salud que demandaría el COVID 19 en el país<sup>1</sup>; el cual consideró entre otros tres elementos: i) las atenciones individuales en salud; ii) las incapacidades de los cotizantes; iii) la oferta de camas de cuidado intensivo. Con base en estos análisis se estimó y dispuso una **inyección de \$6,8 billones de la línea de salud para la mitigación de la emergencia** y se plantearon unas medidas que fortalecerán el aseguramiento en salud y otras relacionadas con la salud pública y prestación de servicios. En cuanto a las medidas para el aseguramiento se destacan:

- a) **La compensación económica temporal de aislamiento para afiliados al régimen subsidiado** con el objeto de incentivar un aislamiento preventivo por parte de las personas que pertenecen a este régimen, se realizará un reconocimiento equivalente a 7 días de salario mínimo legal diario vigente, por una sola vez y por núcleo familiar. Recursos disponibles **\$350.000 millones**
- b) **El reconocimiento de incapacidades por enfermedad general** considerando que el valor de las incapacidades derivadas del COVID19 y su frecuencia no se contemplaron en el porcentaje que se destina para el cubrimiento de incapacidades por enfermedad general, se van a reconocer estas incapacidades mediante reembolso a las EPS que realizará ADRES. Recursos disponibles **\$248.000 millones**
- c) **Canasta de atenciones en salud**, el Ministerio definirá el conjunto de los posibles servicios y tecnologías en salud que requieren los pacientes con Coronavirus COVID-19 y los respectivos valores máximos de reconocimiento y pago; los cuales serán reconocidos por la ADRES directamente a las IPS que conformen la red de prestadores para la atención de COVID 19 de las diferentes EPS. Los pagos se harán mediante anticipos u otros mecanismos que permitan el flujo a los prestadores, los cuales serán legalizados una vez las EPS realicen las respectivas auditorías a la facturación.

Es importante precisar que esta fuente de financiamiento diferente a los ingresos corrientes de las EPS, esto es UPC y presupuestos máximos, se reconocerá en el momento en el cual, de conformidad con los modelamientos del Ministerio de Salud y Protección Social las frecuencias de los servicios contemplados en las canastas incrementen y no puedan ser financiados con la UPC y los presupuestos máximos. Los recursos disponibles son de **\$4,6 billones**.

<sup>1</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 15 de 16

- d) **Reconocimiento económico temporal** para el talento humano de salud que preste servicios durante la pandemia a pacientes con COVID-19, se reconocerá por una sola vez una bonificación, y corresponde a un porcentaje del IBC promedio por perfil profesional, el cual será determinado por el Ministerio y se pagará por ADRES. Esta bonificación no constituye factor salarial y los recursos destinados a la misma ascienden a **\$452.700 millones**
- e) **Pruebas diagnósticas:** Para efectos de realizar una compra centralizada de pruebas diagnósticas que permitan realizar tamizaje en grupos o conglomerados de población vulnerable o en riesgo, se dispusieron recursos por **\$20.000 millones**. La compra se realizará a través de ADRES.
- f) En **salud pública** esta Ministerio ha determinado el fortalecimiento de los laboratorios de las entidades territoriales para análisis de muestras y el diagnóstico oportuno de los casos de COVID-19. Adicionalmente se han destinado recursos para el fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, así como ampliar la capacidad del Instituto Nacional de Salud. **Recursos por \$32.000 millones.**
- g) Por el lado de las medidas relacionadas con la **ampliación de la oferta** que permitirían aumentar la capacidad instalada en el país para la atención de la enfermedad, se prevé la adecuación de camas hospitalarias de cuidados intermedios y cuidados intensivos, la compra de ventiladores y monitores, camas hospitalarias, bombas de infusión, unidades portátiles de rayos X, la dotación de elementos de bioseguridad, y demás adecuaciones físicas necesarias para la atención de la pandemia. **Recursos por \$721.000 millones.**
- h) Dentro de las medidas de apoyo económico destinadas a garantizar la sostenibilidad de los hospitales públicos, se consideró como estrategia el pago de nóminas y servicios personales indirectos con recursos del FOME por un monto de **\$300.000 millones.**

En este sentido, y en atención su pregunta de cuánto será destinado a los pueblos indígenas, es pertinente mencionar que teniendo en cuenta las estrategias relacionadas anteriormente, su ejecución depende del comportamiento de la epidemia, del diseño de esta y de la implementación definida en el Decreto 538 de 2020. Por ejemplo, en relación con la compensación económica temporal de aislamiento para los afiliados al régimen subsidiado dependerá de los afiliados a este régimen con diagnóstico confirmado de COVID 19. En el caso de las canastas de atenciones en salud, estas se encuentran supeditadas a la evolución de la pandemia y serán reconocidos de manera directa por parte de la ADRES a las IPS. Por su parte el reconocimiento económico temporal para el talento humano en salud se realizará a los profesionales de la salud que presten sus servicios durante y se reconocerá por parte de la ADRES a través de las EPS. De acuerdo con lo anterior, las medidas serán ejecutadas a través de las entidades territoriales, EPS e IPS.



La salud  
es de todos

Minsalud



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202016000639201**

Fecha: **06-05-2020**

Página 16 de 16

En espera de haber atendido su solicitud.

Cordialmente,



**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
**MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Elaboro y consolido: tgonzalez

Revisó y aprobó: mbermeo / cmanosalva/ lpulidog/ osiza

**Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.**

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)