GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**ACTA DE REUNIÓN**	**Código:** FO-M1-P5-005
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 25/06/2018

Tipo de reunión: Administrativa- Extraordinaria Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Hora: 1:00 pm	Fecha de reunión: 5/03/2026
Organismo, Dependencia o Proceso: Secretaría de Salud e Inclusión Social	Lugar: despacho	Fecha de elaboración: 05/03/2026
Asistentes, Organismo: Se anexa listado de asistencia al final del acta como anexo.	Ausentes, Organismo: Carlos Alberto zapata - Secretaría de Hacienda Jesica Paola Rivera Donado: representante por las Comunidades Indígenas Jhon Walter Pérez Betancur: delegado, representante del Ministerio del Trabajo Byrne Ramírez Urrego: delegado, Representante de la Secretaría de Salud de Medellín. Vanesa Toro Cano. Representante de las Direcciones Locales de Salud. John Jairo Bohórquez Carrillo - Representante de la Academia de Medicina de Medellín	

Numero de Acta del CTSSS: Acta No 3 de 2026.

Orden del Día:

1. Saludo y Bienvenida
2. Verificación del quórum.
3. Aprobación del orden del día.
4. Tema: presentación del Presentación del Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de Redes de salud en Antioquia.
5. Proposiciones y varios.

Saludo de Bienvenida:

La reunión extraordinaria del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) fue instalada a las 1:02 pm, con la verificación del quórum reglamentario, contando con la participación activa de los consejeros con derecho a voz y voto, así como asesor invitado y representantes de la Secretaría de Salud. La sesión fue iniciada por la secretaria técnica del Consejo, a cargo de Idabely Betancur Ortiz, quien dio apertura formal a la jornada, agradeciendo la asistencia y participación. La Dra Marta Cecilia Ramírez Orrego secretaria de Salud e Inclusión Social, tomo la vocería de la reunión. Da la Bienvenida a todos los consejeros.

Presentación del orden del día:

Se lee nuevamente el orden del día que se compartió en la notificación de reunión, donde se aclara que el objetivo de este CTSSS es la presentación del Presentación del Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de Redes de salud en Antioquia por parte de la Dra Marta Cecilia Ramírez Orrego. Este documento ha sido elaborado por el equipo técnico y está a la espera de validación mediante mesa técnica con el Ministerio de Salud.

Mientras llegan los demás consejeros se abrió un espacio para presentación personal de cada uno.

Adriana Patricia Rojas se presentó como subsecretaria de Salud Pública y miembro del consejo como delegada por parte del Señor Gobernador de Antioquia: Dr Andrés Julián Rendon Cardona. Juan Miguel Giraldo se presento como director del Centro de Estudios de la Empresa Micro; indicó que su experticia es económica y que concurre para aportar mirada de sostenibilidad y productividad, aunque su trayectoria personal siempre estuvo atravesada por la salud por tradición familiar. Gloria Toro Serna se identificó como representante de pensionados, agradeció la convocatoria y manifestó interés en vigilar que las transformaciones de red no sacrifiquen la atención a población mayor. Juan Pablo Gutiérrez Pineda (EPS Sanitas), conectado de manera virtual, se presentó como Director Médico Regional Medellín de EPS Sanitas, en representación del gremio de las EPS. David Mejía se presentó como director general de la Fundación Colombiana de la Clínica VIDA, en representación del sector prestador y de las instituciones que integran redes de servicios. Luz Marina Mira intervino como representante de asociaciones de usuarios, confirmando su rol de veeduría social. Durante el registro de asistencia Idabely Betancur Ortiz informó que otras personas habían confirmado, pero aún no se conectaban o no asistirán.

La Dra Marta, explicó que los documentos de redes han sido compartidos a los consejeros en calidad de borrador: un cuerpo principal cercano a 200 páginas, de lectura ágil por su apoyo en mapas y láminas, y anexos técnicos que suman alrededor de 1.700 páginas con la "tomografía" de cada institución. Precisó que el propósito estratégico es elevar el rediseño y reorganización de redes a la categoría de política pública departamental, para no depender de decisiones fragmentadas o coyunturales, y orientar la inversión hacia donde realmente cierra brechas. Recordó lecciones aprendidas: hospitales primarios sobredimensionados o diseñados en altura que terminan con costos de operación insostenibles; obras que exigen ascensores, climatización central y mantenimiento especializado que superan la capacidad fiscal de los municipios; o dotaciones que llegan sin congruencia con la tipología y el portafolio. Subrayó que la política se alineará con la Resolución 2373 de 2025 y con la 11437 de 2025 (Plan Maestro de Inversiones nacional), y que el PMI departamental será el instrumento de implementación real de la política, con horizonte a 10 años y ajustes periódicos.

La Dra Marta, describió los principios que guiaron el diseño: equidad social y territorial, accesibilidad (tiempos máximos de 60 minutos a un hospital primario y 120 minutos a un hospital complementario), articulación intersectorial, sostenibilidad, adaptación al cambio climático, fortalecimiento de la gobernanza y toma de decisiones informadas por datos. Puso énfasis en que el modelo se centra en las personas y exige articular los procesos institucionales; citó como ejemplo que la referencia y contrarreferencia de las EPS deben interoperar con el CRUE para evitar que el acceso dependa de la fragmentación contractual de cada red. Señaló que la Secretaría desarrolló módulos propios: uno de caracterización poblacional —porque la autoridad sanitaria también debe conocer a su población y no delegar toda la caracterización en las EPS—; uno de gestión del riesgo —capaz de organizar cohortes priorizadas, identificar maternas en riesgo, niños con desnutrición, crónicos descompensados, salud mental, oncológicos y cardio-cerebrovasculares—; y uno de agendamiento —que se entregará a hospitales para monitorear oportunidad, continuidad y eficacia en tiempos reales, y con ello ejercer rectoría sobre aseguradores y prestadores—. Indicó que el andamiaje analítico se basó en un volumen de información sin precedentes —en el orden de decenas de miles de millones de registros—, análisis geoespacial con isocronas de desplazamiento por municipio y subregión, y cruces de origen–destino para entender los flujos efectivos de la demanda.

La Dra Marta, expuso las brechas identificadas. Primero, una brecha de capacidad instalada equivalente a 1.947 camas nuevas en el departamento, predominantemente de alta complejidad (cerca de 1.300), estimadas no por regla general de OMS de camas por mil habitantes, sino desde la demanda efectiva: se rastreó con CISPRO de dónde salen los pacientes y dónde terminan siendo atendidos, para inferir qué capacidad se requiere localmente si se quiere que esa demanda sea resuelta sin traslados innecesarios. Explicó que, pese a la abundante oferta en Medellín, al simular Medellín como si atendiera solo su propia población (sin el influjo departamental), también emergen déficits de alta complejidad; y que, en otras subregiones, la sorpresa fue que faltan menos camas de mediana complejidad de lo esperado y más de alta.

Segundo, una brecha de resolutividad del nivel primario: hoy, muchos hospitales públicos resuelven apenas entre 15% y 20% de hospitalización y urgencias; la meta concertada con el Ministerio es elevar al menos a 75% la resolutividad, apoyándose en talento humano, fortalecimiento de quirófanos para procedimientos básicos, guías y teleapoyo.

Tercero, una brecha de talento humano, particularmente en medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia; se sugirió implementar esquemas colaborativos supramunicipales y compartir equipos profesionales entre hospitales cercanos, complementando con telesalud.

Cuarto, una brecha de tecnología biomédica: alrededor del 19% del parque —unos 1.700 equipos— requiere reposición en menos de un año; la obsolescencia afecta la seguridad del paciente y la continuidad diagnóstica.

Quinto, una brecha TIC e interoperabilidad: se necesita renovar plataformas, asegurar conectividad de puestos y centros, y lograr transmisión de datos en tiempo real para que el control de gestión y la gestión clínica se funden en evidencias y no en reportes extemporáneos.

La Dra Marta, explicó la nueva arquitectura de red y el rol de las centralidades. Se adopta una clasificación de hospitales primarios (antes nivel I), complementarios 2 (antes nivel II) y complementarios 3 (antes nivel III), y se definen centralidad principal (alta complejidad para subregiones amplias), centralidad secundaria (mediana complejidad) y centralidad terciaria (hospital primario "potenciado" que acerca prestaciones resolutivas a poblaciones alejadas). Entre las novedades, destacó la elevación de complejidad de Apartadó, Bello (Marco Fidel Suárez), Caucasia e Itagüí a complementario 3, para descongestionar el Valle de Aburrá, absorber derivaciones de norte, nordeste y Urabá, y responder al volumen urbano.

Señaló la definición de Necoclí como centralidad terciaria para acercar la atención a San Juan de Urabá, San Pedro y otras localidades que hoy dependen de Montería en situaciones críticas, lo que la comunidad ha llamado "ruta de la muerte"; con Necoclí fortalecido, la red reduce tiempos y riesgo en eventos tiempo-dependientes. Detalló el caso de Sonsón, que por su relación con Argelia y Nariño se potenciará con obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía básica para aprovechar quirófanos existentes y acortar desplazamientos hacia Marinilla o Rionegro. Incluyó Remedios, que aunque conservará tipología de primario, mejorará su capacidad quirúrgica y resolutiva por la nueva conectividad vial que lo integra a su subregión. Indicó que Santa Rosa y Andes reactivarán o pondrán a punto quirófanos para cumplir criterios de accesibilidad y oportunidad.

Se profundizó en la metodología de estimación desde la demanda. Explicó que con CISPRO se reconstruyó el origen–destino de atenciones para cada municipio; por ejemplo, cuántos pacientes de Sabaneta terminan siendo atendidos fuera y por qué. Dado que la movilidad laboral del régimen contributivo distorsiona el análisis —personas que trabajan y consultan donde laboran—, se ancló el cálculo usando el régimen subsidiado y se programaron ajustes periódicos para incorporar con mayor fidelidad al contributivo. Señaló que, con esa base, se proyectó la resolutividad que debe alcanzar cada hospital y el volumen de camas por tipo que demandaría su área de influencia; pero aclaró que el detalle (piso, UCIN, UCI, obstetricia, cirugía, medicina interna) deberá ser concertado con cada hospital y con las EPS, que conocen con mayor granularidad las referencias reales.

Juan Pablo Gutiérrez Pineda (EPS Sanitas) intervino para expresar su disposición a articular información de referencia y trabajar en la concertación fina de tipos de cama y servicios, resaltando que integrar la perspectiva de las EPS permitirá mayor precisión en la priorización y, en consecuencia, en la inversión. La profesional en datos, Invitada, Valery, precisó que CISPRO no siempre discrimina el tipo de cama, pero sí permite agrupar por rutas clínicas (obstetricia, especialidades, medicina general) y que, por ello, la concertación hospital–EPS es requisito previo para sustentar proyectos ante el Ministerio y evitar negaciones por desajustes entre tipología y portafolio.

Añadió que el estudio se proyecta a 10 años, con posibilidad de evaluación cuatrienal para actualizar frecuencias, demografía y patrones de uso.

La Dra Marta, presentó la estrategia Contigo Antioquia como columna vertebral de la resolución en periferia: equipos itinerantes con conectividad satelital, tabletas robustas de grado militar, ecógrafos portátiles para tamizaje (no para ecografías complejas) y pruebas rápidas; estos equipos se conectan a una mesa de ayuda especializada que guía a los profesionales de terreno y define rutas de evacuación cuando se requiere. Detalló que los protocolos priorizan la respuesta de las EPS y, de no ser posible, contemplan articulación con Fuerza Aérea, Cruz Roja o uso del helicóptero del convenio departamental. Subrayó la meta de conectividad universal en puestos y centros rurales, escuelas y cabeceras, de modo que los equipos biomédicos interoperables transmitan datos en tiempo real, fortaleciendo tanto la clínica como la gestión de salud pública.

La Dra Marta, expuso el Plan Maestro de Inversiones con horizonte de una década. Explicó que las intervenciones serán de obra nueva (en el mismo lote o en lote nuevo), reposición, adecuación/ampliación y potenciación, según la vulnerabilidad estructural de cada sede y su rol de centralidad. Describió el esquema de financiamiento mediante un patrimonio autónomo que se nutrirá de la estampilla hospitalaria —cuyo 80% se prioriza para infraestructura y dotación y, dentro de ese 80%, aproximadamente el 60% se dirigirá a inversión directa, conservando un margen para apoyo a pasivos y funcionamiento—, del monopolio rentístico de licores (y cuentas asociadas) y de aportes anuales de la Secretaría del orden de $70.000 millones, con apalancamiento de fondos de inversión para acelerar la ejecución durante 2026 y 2027. Señaló que, paralelamente, se programan renovaciones en tecnología biomédica y TIC, enfatizando que cerca del 19% del parque debe reemplazarse en menos de un año por obsolescencia o riesgos de seguridad.

Se enumeró los indicadores de seguimiento que permitirán gobernanza por evidencia: de estructura (médicos por afiliados, camas por mil —meta 1,5 en red pública para equiparar a la oferta privada pero con criterios de sostenibilidad—, porcentaje de brecha cerrada por subregión en infraestructura, biomédicos y TIC, cobertura de Contigo Antioquia, disponibilidad de tomógrafos y mamógrafos), de proceso (resolutividad del primario, oportunidad de referencia y contrarreferencia, oportunidad quirúrgica posoperatoria, tiempos oncológicos desde diagnóstico a inicio de tratamiento, pertinencia de remisiones tanto de consulta como de hospitalización) y de resultado (mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, EDA/IRA, mortalidad temprana por ECV, intentos de suicidio y suicidio, índice de riesgo de salud pública y riesgo financiero–operativo de las ESE). Agregó que la transición deseada es pasar de "contar actividades" (número de mesas, capacitaciones o asistencias técnicas) a "medir resultados en salud" de manera sistemática y pública.

El profesor Edwin, miembro de la academia intervino para ofrecer apoyo en síntesis de evidencia y elaboración de lineamientos clínicos para RIAS priorizadas, proponiendo iniciar por materno-infantil, oncológica y cardio-cerebrovascular, y extender a salud mental, trauma y crónicos. La Dra Marta, solicitó explícitamente acompañamiento académico, incluyendo evaluación de implementación y estudios de efectividad en el territorio, y comentó que, ante la ausencia de modularidad nacional actualizada, la Secretaría publicará lineamientos de procesos prioritarios con enfoque de riesgo y criterios claros para medidas sanitarias, de modo que las ESE alineen sus procesos internos y se dé previsibilidad regulatoria.

La Dra Marta, Explicó que los cambios de tipología y los avales a proyectos de infraestructura y dotación dependen de aprobación del Ministerio, pues estas propuestas aún no están aprobadas; y eventuales coyunturas electorales podrían ralentizar decisiones, por lo que el departamento avanzará paralelamente en la preparación técnica, las concertaciones y la estructuración financiera. Reconoció la escasez de talento humano y señaló la necesidad de acciones colaborativas y teleapoyo, así como la eventual programación horizontal de especialistas entre municipios, especialmente ahora que el Ministerio amplió el alcance del portafolio básico en hospitales primarios para obstetricia, cirugía general ambulatoria y medicina interna.

Insistió en que el SOAT y la consecuente caída de financiación de atenciones por trauma han afectado la red, por lo que urge definir y pactar una ruta de trauma con las EPS y los prestadores que preserve la resolución clínica y financiera. Enfatizó que la implementación de consorcios hospitalarios por subregión —no uno por cada territorio, sino agrupaciones funcionales— será clave para compras compartidas, talento humano itinerante, y adopción conjunta de guías; la meta de este año es conformar tres consorcios piloto.

Juan Pablo Gutiérrez Pineda (EPS Sanitas) agradeció el espacio y refrendó la voluntad de trabajo conjunto, destacando que con datos de referencia y tableros compartidos será más factible priorizar tipos de camas y servicios por cada hospital y, en consecuencia, acelerar los trámites ante el Ministerio.

La Dra Adriana, agregó que el estudio de redes se convierte en la base obligatoria de los proyectos de inversión de cada ESE: primero se debe concertar la capacidad instalada objetivo con la Secretaría, y luego elevar los proyectos al Ministerio, que verificará coherencia entre tipología y portafolio para emitir concepto favorable.

Idabely Betancur Ortiz se comprometió a remitir el borrador del documento y la presentación por WhatsApp y correo —debido al peso de los archivos— y a incluir la presentación en el acta de la sesión. Mencionó que recuperará enlaces y materiales de sesiones previas, incluyendo tableros, para consolidar un repositorio de consulta de los consejeros.

Proposiciones y varios:

La Dra Marta, informó que se pensionará, pero continuará acompañando de forma voluntaria, a solicitud del Gobernador, los frentes de Contigo Antioquia y de redes a fin de asegurar continuidad técnica en la transición y acelerar la fase de implementación.

Idabely Betancur Ortiz cerró la reunión agradeciendo a los asistentes, solicitando diligenciar la asistencia.

Cierre de la sesión

La sesión finalizó con palabras de agradecimiento por parte de la secretaria de salud, destacando el compromiso, la participación activa y el acompañamiento permanente de los consejeros en el fortalecimiento del sistema de salud departamental.

Se da por terminada la reunión siendo las 3:00 pm.

MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO
Secretaria de Despacho
Secretaría de Salud e Inclusión Social

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	FIRMA	FECHA
Proyectó	Idabely Betancur Ortiz - Profesional Universitaria Adscrita al Despacho del secretario	6-3-2018	
Aprobó	Adriana Patricia Rojas Eslava – Subsecretaria de Salud Publica		6-3-2018
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			

Id	Hora de inicio	NOMBE Y APELLIDOS COMPLETOS	No Documento de Identidad	Organización / Entidad	Municipio	Cargo	Teléfono	Correo electrónico1	Señale con la Condición que cumpla: Zona:	Se considera Campesino	Considera que la comunidad en que vive es campesina?	LGTBI	Sexo	Identidad de Género	Edad	Etnia	Es Victima del conflicto armado	Es discapacitado
1	5/03/2026	Juan Pablo Gutiérrez Pineda	1037600827	EPS Sanitas	Medellín	Director Médico	3043547351	juan.gutierrezp@epssanitas.com	Urbana	No	NO	SI	Hombre	cisgenero	35	Otra	No	No
2	5/03/2026	JUAN JOSE VÉLEZ CADAVID	71761168	SICRITICO	El Retiro	Presidente	3217597238	sindicritico@gmail.com	Rural	No	NO	NO	Hombre	cisgenero	49	Otra	No	No
3	5/03/2026	Juan Miguel Giraldo Ospina	71786661	CEM	Medellin	Director	3127968440	Juan.girldo@centroempresamicro.com	Urbana	No	NO	NO	Hombre	cisgenero	49	Otra	No	No
4	5/03/2026	LUZ MARINA MIRA YEPES	21768617	Asociacion de usuarios	Medellin	Representante activo	3217280187	posada.mira@hotmail.com	Urbana	No	NO	NO	Mujer	cisgenero	66	Otra	No	No
5	5/03/2026	David Mejía zapata	8125094	Fundación colombiana de Cancerolgía clínica vida	Medelin	Gerente general	3108421942	David.mejiaz@clinicavida.com	Urbana	No	NO	SI	Hombre	cisgenero	47	Otra	No	No
6	5/03/2026	Gloria del Carmen Toro Serna	32.531.527	Pensionados	Medellin	Representante	300 6109115	gerencia@gloriatoroasesorias.co	Urbana	No	NO	NO	Mujer	cisgenero	71	Otra	No	No
7	5/03/2026	Nicolas Arturo Arroyave Moreno	70107726	ACOPI	Envigado	Miembro sector productivo	3108958523	narroyavem@yahoo.com	Urbana	No	NO	NO	Hombre	cisgenero	68	Otra	No	No
8	5/03/2026	Edwin Rolando Gonzalez Marulanda	10003895	FNSP UdeA	Medellin	Decano	3116052421	decasaludpublica@udea.edu.co	Urbana	No	NO	SI	Hombre	cisgenero	49	Otra	No	No
9	5/03/2026	Jhon Walter Pérez Betancur	71335965	Ministerio del Trabajo	Medellín	Profesional especializado	3184900488	jperezb@mintrabajo.gov.co	Rural	No	SI	NO	Hombre	cisgenero	47	Otra	No	No
10	5/03/2026	Marta Cecilia Ramirez Orrego	22059686	Secretaría de Salud e Inclusión Social	Medellín	Secretaría de Salud e Inclusión Social	3148217835	martacecilia.ramirez@Antioquia.gov.c	Urbana	No	NO	NO	Mujer	cisgenero	59	Otra	No	No
11	5/03/2026	John Jairo Bohórquez Carrillo	98480228	Presidente Academia	Medellín	Presidente Academia	302670385		Urbana	No	NO	NO	Hombre	cisgenero	58	Otra	No	No
12	5/03/2026	Idabely Betancur Ortiz	43163971	Secretaría de Salud e Inclusión Social	Medellín	Secretaría de Salud e Inclusión Social	3156080396	idabely.betancur@antioquia.gov.co	Urbana	No	NO	NO	Mujer	cisgenero	45	Otra	No	No
13	5/03/2026	Adriana Patricia Rojas Eslava	51936121	Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud e Inclusión Social	Medellín	Subsecretaria Salud Pública- Delegada del Gobernador de Antioquia	3012423616	adrianapatricia.rojas@antioquia.gov.co	Urbana	No	NO	NO	Mujer	cisgenero	57	Otra	No	No