



LAS REFORMAS HOSPITALARIAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN AÑOS RECIENTES – UN ACERCAMIENTO AL CASO COLOMBIANO

Informe Final

Juan Gonzalo Zapata¹

**FEDESARROLLO
BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
Marzo de 2013**

¹ Este trabajo contó con la valiosa participación de German Rodríguez, Diana Salazar y Eduard Pérez

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| LAS REFORMAS HOSPITALARIAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN AÑOS RECIENTES – UN ACERCAMIENTO AL CASO COLOMBIANO | 2 |
| Contexto | 2 |
| 1. Dos enfoques de la reforma de los sistemas de salud. | 5 |
| 2. DRG y otras metodologías para la mejora de la gestión hospitalaria. | 10 |
| 2.1 Brasil: DMM vs. OSS | 18 |
| 2.2 Maryland | 19 |
| 2.3 Argentina | 20 |
| 2.4 Uruguay | 21 |
| 2.5 Reino Unido | 22 |
| 2.6 República Checa | 23 |
| 2.7 Estonia | 23 |
| 3. La Reforma Hospitalaria en Colombia | 24 |
| A modo de Conclusión | 26 |
| 4. DESEMPEÑO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN TRES DEPARTAMENTOS (2005 -2011)..... | 28 |
| 4.1 Contexto | 28 |
| 4.2 Análisis de la situación financiera y la producción en tres departamentos (Información del SIHO)..... | 30 |
| 4.2.1 Nota metodológica..... | 31 |
| 4.2.2 Comportamiento de los ingresos y gastos entre 2005 y 2011 | 33 |
| 4.2.3 Producción de servicios de salud | 43 |
| 4.2.4 Producción de servicios de salud por cada 1000 habitantes | 47 |
| 4.3 Conclusiones y Recomendaciones | 53 |

LAS REFORMAS HOSPITALARIAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN AÑOS RECIENTES – UN ACERCAMIENTO AL CASO COLOMBIANO²

Contexto

Hemos alcanzado un grado de bienestar mayor al de cualquier época de la historia visto desde la óptica de las condiciones de salud y los desarrollos propios de la ciencia relacionada con ésta. Fogel (2009) muestra cómo cada vez las sociedades avanzadas destinan más recursos a la salud, lo que es posible gracias a la gran disminución de los gastos destinados a alimentación, vivienda y vestuario y al mayor tiempo destinado al ocio. La calidad de vida es cada vez más importante para las sociedades modernas y por esto es totalmente racional que se esté dispuesto a gastar cada vez más en salud. Este autor estima que el gasto en salud puede llegar, a largo plazo, al 21% del PIB en Estados Unidos, tendencia que se encuentra no solamente también en Europa sino en Asia y en los países de ingresos medios, como Colombia³.

La mayor demanda por salud generó dos fuerzas muy importantes que deben ser tenidas en cuenta al momento de diseñar el financiamiento y las prestaciones de cualquier sistema de salud. De una parte, la esperanza de vida aumentó de forma significativa y cada vez es mayor el uso de los servicios de salud; por ejemplo, esto se refleja en que los adultos mayores son los que más utilizan los servicios de salud. De otra, los tratamientos y especialidades a los que pueden acceder los ciudadanos son cada vez más especializados. Esto último significa que las nuevas prestaciones de salud son mucho más costosas que las anteriores y lo mismo sucede con los medicamentos, en particular los biotecnológicos, que tienen unos precios promedio varias veces más altos que los de la generación anterior, los fármaco-químicos.

De esta manera, en poco menos de veinte años, el aumento en los costos de la salud por los motivos mencionados se convirtió en el principal problema para el financiamiento y correcto funcionamiento de los sistemas de salud. En la actual coyuntura se encuentra que, a pesar del gran esfuerzo fiscal de los gobiernos nacionales y subnacionales en la mayoría de los países, persisten los agudos problemas financieros en el sector de la salud⁴. Borowitz et. al. (2010) muestran cómo se debe diseñar la gestión de los recursos de la salud en un marco de restricción presupuestaria permanente. Esto no significa que los recursos de la salud no crezcan, como en efecto lo hacen, sino que lo hacen a un ritmo mucho menor que su demanda. Este autor, por lo tanto, centra su trabajo en dar pautas para controlar el gasto en salud, evitar que se desboque y mantener al sistema

² Documento elaborado para el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- Oficina de Bogotá. Se agradecen los comentarios de Carlos Castañeda, Jaime Bonet y Úrsula Giedion.

³ El premio nobel Robert Fogel en su libro de 2004 **Escapar del hambre y la muerte prematura, 1700-2100. Europa, América y el Tercer Mundo**. Alianza Editorial. Madrid. Muestra como a lo largo de los últimos dos siglos la mejora en esperanza y de vida ha sido por decir lo menos sorprendente. Esto se explica por muchas causas en las que sobresalen la mejoría en atención de la salud y en un mejor acceso a los alimentos, entre los más importantes. Caracteriza estos cambios como una revolución *tecnofisio*.

⁴ Borowitz. et. al. (2010). **Value for money in Health Spending**. OECD. Paris. France.

financieramente sostenible. En este sentido, recomienda poner en marcha nuevas formas de pago a los médicos, evaluar de manera sistemática las nuevas tecnologías y medicamentos para así decidir la pertinencia de su uso financiamiento y extender el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), entre muchas herramientas más, que han mostrado ser muy útiles para hacer más eficiente el gasto en salud de maneras muy diversas.

Desde la década de los años ochenta se ha procurado que los sistemas de salud controlen el aumento del gasto de diversas maneras. Se ha optado por imponer límites al gasto per cápita, negar algunas prestaciones o medicamentos, definir precios máximos a los servicios (prestaciones o medicamentos), entre otras medidas. Igualmente, se ha buscado que los hospitales, en especial los públicos, sean más eficientes y eficaces. Toda una corriente de pensamiento, que enfatiza en la mejora de la gestión pública a partir de la utilización de criterios privados, impulsó importantes reformas a los sistemas hospitalarios y a las formas de financiamiento de los sistemas de salud y de los hospitales públicos. La gestión hospitalaria se puso de moda e impone nuevos criterios de análisis.

Por otro lado, la idea del hospital cambió en forma radical en el último siglo. De los centros hospitalarios atendidos por religiosos para atender a los enfermos terminales de hace unos cien años queda muy poco en los hospitales actuales. Así, la figura de los grandes hospitales públicos heredados de la Segunda Guerra Mundial no se mantiene vigente, ya que los sistemas de salud buscan atender la población bajo unos criterios muy diferentes sobre los que se construyeron esos grandes hospitales. La medicina moderna busca formas de prestación de servicios más eficientes, con menores tiempos de estadía de los pacientes en los hospitales, con acceso directo a laboratorios e imágenes diagnósticas, entre muchas prestaciones más. El diseño actual de los hospitales requiere de menor espacio por paciente, con techos más bajos; por ejemplo, en una Unidad de Cuidados Intensivos –UCI- de pocos metros se atiende un alto número de pacientes por un grupo especializado de profesionales. Los hospitales modernos tienen una mayor rotación de pacientes por cama, hacen un mayor número de operaciones y sus indicadores de éxito mejoran a lo largo del tiempo, entre los logros más importantes.

De otra parte, hasta comienzos de la década de los años 80, la provisión de servicios de salud era mayoritariamente responsabilidad de los Estados, quienes prestaban el servicio por medio de hospitales públicos que funcionaban como empresas estatales. El argumento central para defender la oferta pública de la salud, era que las fallas del mercado hacían imposible la provisión de los servicios de salud a todos los ciudadanos sin importar su condición de rico o pobre. En estos términos, el Estado no podría desentenderse de los sistemas de protección social en salud y dejarlos en manos únicamente de privados. Su papel entonces debía ser activo en la financiación, oferta y supervisión de los servicios de salud. Así, los sistemas nacionales de salud, respaldados en una red de hospitales públicos y financiados con recursos del presupuesto nacional,

fue el modelo de gestión de la salud más utilizado. Este modelo se consolidó en especial en Europa después de la Segunda Guerra Mundial.

Hasta ese entonces, el modelo en Europa había funcionado de manera eficiente dado el crecimiento sostenido de la economía en las décadas de los años sesenta y setenta y, por ende, de los recursos para la salud. Así mismo, durante esas décadas el crecimiento del gasto en salud no era tan alto como lo es actualmente, lo que se explica, entre otras razones, porque las poblaciones de los países europeos tenían promedios de edad muchos más bajos que los actuales y los tecnologías costosas aún no se usaban en forma masiva. Todo esto se resumía en que el gasto per cápita en salud era sensiblemente menor al actual. Sin embargo, ya desde finales de la década de los años setenta este modelo mostró señales de agotamiento; el gasto en salud comenzó a crecer y su impacto fiscal y financiero por mayores cotizaciones junto con mayores impuestos obligaron a analizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Por primera vez se habla de límites al gasto y una mayor eficiencia en el gasto en el sector.

Inicialmente, este aumento del gasto en salud no ocasionó una reforma en la gestión de los hospitales. Sin embargo, desde finales de la década de los años ochenta y especialmente durante los años noventa, la gestión de los hospitales se convirtió en un tema central en las reformas de los sistemas de salud en casi toda Europa. Estas reformas se adelantaron no solo por razones de financiamiento, sino también por los desarrollos en el campo de la epidemiología que se convirtieron en nuevas presiones de demanda.

Así, pese a las muchas particularidades de los procesos de restructuración y/o reforma de los sistemas de salud, hay un común denominador: las políticas de reforma a los sistemas de salud deben incluir un cambio en el manejo operacional de los hospitales públicos, si se espera que el funcionamiento del sector salud muestre mejores resultados. Esto, al menos, es lo que las experiencias de naciones pioneras en esta materia sugieren, como los casos de Inglaterra e Israel, que son ejemplo internacional. Desde esa coyuntura, los centros hospitalarios de oferta pública están siendo reformados con nuevos criterios de financiación y gestión.

A su vez, para enfrentar los retos que conllevaban las reformas se desarrollaron nuevas propuestas teóricas y prácticas que se aplicaron en muchos países. En general, se puede concluir que estas modificaciones a la gestión de los recursos de la salud, en especial en los hospitales públicos, son permanentes y por lo tanto es igualmente constante la generación de nuevos modelos de gestión para reestructurar los hospitales. Sin embargo, hay periodos de crisis de medio plazo o coyunturas críticas que obligan a una reestructuración del funcionamiento del sistema hospitalario. Colombia no es la excepción, y es posible que la actual crisis de recursos derive en reformas a la gestión de los hospitales.

La primera parte de este trabajo se concentra en estudiar las reformas de los hospitales en otros países. Se presta especial atención a los procesos de reforma estructurales y que involucren múltiples actores y cambios radicales en las reglas del juego. La segunda

parte analiza los procesos de mejora de la gestión hospitalaria. Se quiere con ésta ilustrar que, sin importar la institucionalidad de los hospitales públicos, en años recientes debido a la dinámica del gasto en salud, tanto el control del gasto como la mejora de la gestión son parte fundamental del cambio en la gobernanza de los hospitales. Tercero, se hace una reflexión sobre el caso particular colombiano. Cuarto, se presentan los resultados de un análisis del desempeño en producción y en sus finanzas de un grupo de hospitales públicos en tres departamentos: Valle, Antioquia y Atlántico entre el 2005 y 2011. Se quiere entender si el gasto en salud de los hospitales públicos por departamento guarda la misma tendencia o por el contrario tienen sus propias particularidades; igualmente, si hay departamentos que son más eficientes que otros. Al respecto, debe mencionarse que el procesamiento de la información del SIHO tuvo algunos problemas razón por la cual se hizo una nota metodológica que explica el procedimiento utilizado. Finalmente se presentan algunas recomendaciones para mejorar el sistema de información de los hospitales públicos en Colombia y para mejorar la gestión de esta red.

Este estudio busca entender las razones que explican la ausencia de una política estable y de amplio espectro que mejore la gestión de los hospitales públicos en el país. Es necesario aprender de otras experiencias de cara a la necesaria reforma en la gestión de los hospitales públicos en Colombia. Es fundamental identificar las razones estructurales, y no sólo las coyunturales, que explican la persistencia de los problemas de desequilibrio financiero de los hospitales públicos del país.

1. Dos enfoques de la reforma de los sistemas de salud.

A mediados de los años ochenta se encontró en los países desarrollados una marcada ineficiencia en los sistemas de salud, puesto que los hospitales no estaban en capacidad de atender a toda la población. En resumen, la demanda por servicios era cada vez mayor al tiempo que la oferta no se modernizaba y, en muchos casos, se deterioraba. Así, las demandas por nuevas prestaciones se convirtieron en una mayor presión financiera y los gobiernos se encontraban con la paradoja que a pesar de destinar cada vez más recursos, los problemas de la salud eran mayores. Los diagnósticos mostraron que existían múltiples razones que explicaban esta crisis de las cuales se resaltan las tres siguientes:

- i. **Las epidemiológicas**, las cuales son consecuencia de los positivos desarrollos previos en salud. Gracias a los avances técnicos, antiguos procedimientos que requerían un cuidado especializado crítico hoy son ambulatorios, pero hacen necesaria la modernización continua de la propiedad, planta y equipo de los hospitales, las cuales son cada vez más costosas. Así mismo, el aumento de la esperanza de vida junto con la concentración de enfermedades en los últimos años de vida y los progresos en el tratamiento de estas nuevas enfermedades han acarreado más costos a los sistemas de salud. Enfermedades que antes no se trataban hoy tienen solución, pero implican necesariamente tratamientos más largos y más costosos para los que los sistemas de salud no estaban diseñados.

- ii. **Las nuevas presiones de demanda**, las cuales recogen el cambio que ha sufrido la figura del paciente, quien pasó de sujeto pasivo a sujeto activo, participante en las decisiones de su salud. El usuario medio hoy en día exige calidad en los procedimientos, seguridad, responsabilidad y libertad de elegir médico e institución tratante. Atender estas nuevas demandas requiere recursos adicionales a los de años atrás. En respuesta a esto, los *policy makers* han considerado nuevas aproximaciones empresariales que aseguran que los hospitales públicos provean las prestaciones y la calidad media que los ciudadanos esperan.
- iii. **Las financieras**, las cuales se relacionan con las razones anteriores. Los hospitales modernos no pueden únicamente depender del erario público. No solamente porque los recursos públicos son limitados y escasos, sino también por la magnitud de la población a atender y las exigencias en calidad del servicio. Así mismo, las razones de tipo tecnológico requieren un continuo flujo de recursos ante las que es imposible responder desde el presupuesto nacional sin antes dar un debate fiscal. Por estas razones algunas reformas van orientadas hacia la generación de recursos propios y a aumentar la eficiencia, la cobertura y el acceso efectivo en el sistema.

Dada la mayor complejidad de estos problemas, los estudios concluyeron en la necesidad en hacer grandes reformas a los sistemas de salud, puesto que pequeños ajustes no eran suficientes para lograr un cambio radical en la sostenibilidad y la calidad de las prestaciones en salud. Un primer gran enfoque aparece en medio de las reformas al Estado del bienestar, el cual fue durante décadas exitoso pero mostraba ya claras señales de agotamiento. En ese contexto, surgió la propuesta de aplicar una nueva corriente de pensamiento en gestión pública, la *New Public Management* (NPM). Esta teoría ha ganado fuerza desde mediados de la década de los años 90 y se ha constituido como una buena alternativa a los postulados clásicos sobre la burocracia del Estado-Nación y su modelo centralizado y autocrático de gestión. La reforma del modelo weberiano, desde la NPM, en las últimas dos décadas ha tenido en cuenta los siguientes pasos:

- i. El alejamiento de los gobiernos de las actividades productivas, con la consecuente privatización de las empresas públicas. Parece ser, hasta hoy, una buena alternativa hasta que se establezca un marco legal claro y una institucionalidad fuerte que no permita la extracción de rentas en detrimento de la competencia y la eficiencia.
- ii. La redefinición del papel del Estado como proveedor de servicios y de infraestructura. Claramente, no se podía esperar el abandono total de este rol, pues la presencia de monopolios naturales hace necesaria la presencia del manejo público para socializar los beneficios de las economías de escala y evitar el uso de poder de mercado. No obstante, sí se puede observar que con una mayor participación de un sector privado fuertemente vigilado se realiza un mejor uso de los recursos.
- iii. El traslado de esta experiencia hacia nuevos sectores: los servicios sociales y la salud en particular, pero también se dan cambios en educación y pensiones.

En los hospitales públicos, por su parte, la NPM busca la adopción de un criterio empresarial apoyado en lógicas de mercado pero con fuertes mecanismos de control, transparencia y desempeño. Se parte de la premisa que lo importante es que se garantice

el acceso a la salud, no la manera como se prestan estos servicios. Esta nueva forma de gestionar lo público refleja no solo cambios en la capacidad clínica sino, fundamentalmente, cambios en la situación fiscal para el sector de la salud. Con la puesta en marcha de la NPM se espera una optimación del uso de los recursos y la generación de excedentes de tal forma que las organizaciones logren cierto grado de autonomía y sostenibilidad. A continuación se presenta un resumen de las características principales de la administración de burocrática (Weber) y de la NPM (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación modelos de gestión de lo Público

| Estado bajo la teoría de Max Weber | Estado bajo la teoría del NPM |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquías • Suma cero (lo que se financia se ejecuta) • Concentración del poder (administrativo) • Centralizado • Nivel ejecutivo central • Claros límites de responsabilidad • Control central • Homogéneo | <ul style="list-style-type: none"> • Heterarquía • Suma positiva (producción de recursos propios) • Difusión del poder (administrativo) • Descentralizado • Nivel ejecutivo segmentado • Límites borrosos de responsabilidad • Dirección central • Heterogéneo |

Fuente:

Usualmente, una reforma bajo el paradigma de la NPM tiene tres objetivos: una relativa corporatización de estas instituciones, la paulatina adopción de incentivos de mercado y la constitución y readecuación de los órganos de control. De esta manera, la corporatización es una forma de gestión en la que la dirección de los hospitales se apropia de su capacidad de decisión. La consecuente autonomía que se deriva, incentiva la innovación en los procesos y la creatividad para afrontar las condiciones de mercado más rápido que en el caso de una entidad completamente centralizada.

Entre los elementos de las reformas a los sistemas de salud se encuentra la descentralización como herramienta novedosa de gestión. Dada la complejidad y el gran volumen de recursos canalizado, se cayó en cuenta rápidamente en las dificultades de un manejo centralizado de los recursos. Era mucho mejor fortalecer los organismos de decisión en los niveles intermedios de gobierno, como alcaldías y departamentos, y tener un mayor control sobre la gestión que adelantarán los hospitales.

Sin embargo, hay que tener mucho cuidado al hacer la descentralización en la salud. Uchimura & Jütting (2006) analizaron procesos de este tipo realizados en China, India, Indonesia y Filipinas, países de grandes poblaciones. Estos países iniciaron la descentralización de la gestión pública desde mediados de los años 90, entre los que se incluyó al sector de la salud. La nueva división de funciones y recursos entre niveles de gobierno locales hizo posible incluir las prioridades locales en las políticas de salud. De igual modo, la descentralización facilitó el ejercicio de un mayor control ciudadano sobre estos recursos, al identificar claramente al responsable inmediato.

A pesar de ello, estos cuatro países difieren en sus resultados: mientras en China e India el gasto en salud disminuyó, en Filipinas e Indonesia se mantuvo. Para los dos primeros se creó un sistema que *transfería* los superávit hacia el nivel central pero se desentendía

de los déficits territoriales, lo que aumentó la disparidad entre regiones ricas y pobres. Además, la descentralización generó estímulos para inversiones en infraestructura lo que, por falta de un marco normativo adecuado, generó excesos de oferta. En tanto que, Indonesia y Filipinas mantuvieron su financiación gracias a criterios propios de sus PHI (Private Health Insurance), el copago se transformó en prepago; *la clave no parece ser si gradualidad o inmediatez en la descentralización sino en la reformulación de la financiación de la salud*.⁵ La reformulación debe ir acompañada de un cambio en la gobernanza de los prestadores de salud si se espera recoger los efectos de la sinergia entre estas dos transformaciones. La descentralización en este caso es una herramienta y no un fin en sí mismo.

Este nuevo enfoque igualmente habla de gobernanza o gobernabilidad. Esta se entiende como la forma en la que los gobiernos ejercen su poder, intervienen en la sociedad y se organizan para lograr las metas para las que fueron elegidos. La noción de gobernanza se mantiene en constante cambio en la medida que varían las condiciones políticas. La gobernanza también se utilizó para mejorar la gestión hospitalaria.

Una segunda aproximación de las reformas a los sistemas de salud parte desde una óptica más académica o teórica. Harding & Preker (2000) hacen un resumen de las razones que explican la necesidad de las reformas en los sistemas de salud⁶:

La teoría neoclásica

Desde el punto de vista de la teoría neoclásica, en presencia de fallas de mercado, el beneficio privado no se corresponde con el beneficio público, por lo que la intervención del Estado es necesaria. Particularmente cuando es imposible que existan condiciones de competencia, por ejemplo (monopolio natural) o si las hay, no son las mejores. Por ejemplo, donde persisten asimetrías de información muy marcadas, entre otras razones, La gestión pública, entonces ofrece mejores resultados maximizando el bienestar social.

La teoría de la firma

Si bien la teoría neoclásica identifica razonablemente bien las razones que justifican la intervención del Estado en un sector, no pone mayor atención en la gestión pública. Asumir que el Estado es mejor gestor que los privados no lo convierte inmediatamente en un buen administrador. Particularmente, a quien se designe como gestor de esta actividad no necesariamente va a identificar plenamente lo que se entiende como *bienestar social* y de igual forma no siempre tendrá los incentivos para alcanzarlo. Inclusive en algunos casos los incentivos pueden llevarlo en el peor de los casos a maximizar su beneficio y olvidarse del beneficio social.

Además, la definición de bienestar público es difusa, como lo son los límites de responsabilidad y gestión dentro de todo el sistema de seguridad social. Las

⁵ Uchimura, Hiroko & Jütting, Johannes (2006). **Decentralization in Asian Health Sectors: Friend or Foe?** En Policy Insight No. 18, Documento OCDE. Las mayúsculas son propias.

⁶ Harding, April & Preker, Alexander (2000), *Understanding Organizational Reforms; The Corporatization of Public Hospitals*. Banco Mundial: Washington.

aproximaciones mejor encaminadas, particularmente para el sector salud, están relacionadas con los conceptos de principal-agente, costos de transacción, derechos de propiedad y elección pública.

a) *Principal-Agente:*

Pone de relieve la relación entre los intereses y cómo deben estar dispuestos los incentivos para que haya una alineación de intereses. En la estructura del sector de la salud es posible encontrar este tipo de relaciones a varios niveles: paciente-médico, médico-administrador del hospital, administrador–gobierno nacional. Con esto, es necesario en un primer momento definir mecanismos de evaluación y estímulo para alinear intereses en este gran número de contratos.

b) *Costos de transacción:*

Ponen de relieve la dualidad existente entre las relaciones inter-organizacionales propias del mercado y las intra-organizacionales de la firma. Como estas dos relaciones interactúan “a diferencia de las organizaciones públicas, las privadas tienen la obligación de flexibilizar su estructura de gobierno....para responder a los cambios del mercado, lo que les permite identificar rápidamente las mejores prácticas” (Harding & Preker, pág. 30). Cuando los cambios en las condiciones de la demanda no se reflejan en al menos una revisión de la estructura gerencial se asumen nuevos costos. Circunstancia por lo demás clara en el manejo independiente de cada centro hospitalario si se comparara con un posible manejo en red.

c) *Derechos de propiedad:*

La permanencia o no en el mercado depende de la rentabilidad generada para los privados que no están respaldados por el presupuesto público. Estos derechos de propiedad hacen que la búsqueda de la eficiencia sea un imperativo en el desarrollo de su actividad so pena de tener que salir de la actividad.

d) *Elección pública:*

El comportamiento de sujetos racionales busca maximizar su beneficio y su comportamiento ante equilibrios frágiles. Los directivos de un hospital, por ejemplo, tenderán a justificar el aumento presupuestal por las más diversas razones, pero a rechazar cualquier tipo de restricción que limite su capacidad de decisión mientras lo puedan hacer.

Tanto la NPM como los enfoques más académicos fueron utilizados para adelantar reformas en los sistemas de salud. El primero tuvo una mayor difusión en las reformas en Europa, en especial en Inglaterra, en tanto que el segundo se convirtió en un respaldo para las reformas en salud en Estados Unidos. Con variaciones, estos enfoques han tenido un mayor o menor peso en los demás países. Sin embargo, estos análisis, si bien importantes, demostraron ser poco prácticos, pues los problemas del alto nivel del gasto en salud eran permanentes. Era igualmente importante, además, analizar la financiación y gestión de estos hospitales.

2. DRG y otras metodologías para la mejora de la gestión hospitalaria.

Saltman et. al. (2011) estudiaron en un número amplio de países europeos el funcionamiento de los sistemas hospitalarios.⁷ Para facilitar el análisis, diseñaron una metodología que sintetiza los criterios utilizados en estos países en las reformas a los sistemas hospitalarios y de los mismos sistemas de salud. En general, se encontró que con diferentes acentos, las reformas incorporan la participación de los privados y de la gestión empresarial en los hospitales públicos.

El análisis de los sistemas de salud demostró que estos no funcionan como un solo órgano. Por su compleja estructura, su análisis se debe dividir en tres categorías de acuerdo al nivel de decisión y al ámbito que cubren estas decisiones. Las determinaciones que se tomen en el nivel superior, el *macro*, se deben relacionar de forma armónica con los siguientes niveles, los *meso* y *micro*, si se espera lograr una sinergia entre los tres y que ninguna actúe como una rueda suelta. El trabajo de Saltman no hace énfasis en los niveles macro y micro y se concentra en el nivel meso. Por ejemplo, en Colombia el nivel macro ha sido reformado varias veces en las últimas dos décadas y en el nivel micro se encuentran notables mejoras en los hospitales. Por el contrario, hay muy pocos avances en el nivel meso. A continuación se presenta un resumen de lo que incluyen los tres niveles de análisis.

- **Macro:** En este nivel se producen las decisiones de política pública. Se determina la estructura del sector, se adoptan nuevos criterios, por ejemplo si es pertinente utilizar la NPM (New Public Management) en el sector salud, la financiación del sistema y lineamientos generales como equidad en el acceso, solidaridad en el financiamiento y universalización del servicio. En Colombia, el nivel macro fue reformado radicalmente con la Ley 100 de 1993 y posteriormente ha tenido importantes ajustes.
- **Meso:** En este nivel se producen las decisiones que afectan directamente el gobierno o gobernanza de cada hospital, es decir, todos los procesos y decisiones que influyen en el comportamiento de cada hospital, entendiendo éstos como una organización. De acuerdo con este enfoque, las relaciones de un hospital son muy complejas y abarcan temas que van desde la ética, la responsabilidad con los pacientes, el acceso y la calidad de los servicios, el financiamiento del hospital y su misma gerencia⁸. En este nivel se analiza si los hospitales son autónomos o no; se discute, por ejemplo, la existencia de juntas directivas o el nombramiento de los gerentes desde el Ejecutivo. Igualmente, se evalúa si están en capacidad de mejorar su desempeño desde las decisiones del gobierno que toman o por el contrario su rango de acción es muy restringido; por ejemplo, si tienen limitaciones en su acción por efecto de restricciones laborales como convenciones colectivas o, si la forma de pago a sus proveedores y personal médico son o no efectivamente de su resorte.

⁷ Saltman, Richard; Durán Antonio & Dubois, Hans (2011), *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. European observatory - OMS: Ginebra.

⁸ Saltman (2011) . ibid, págs. 37 en adelante.

- **Micro:** En este nivel la gestión es meramente operacional; su desempeño es consecuencia de las decisiones adoptadas en niveles superiores. Más que decisiones, aquí se ofrecen resultados y es donde la ineficiencia o eficiencia de un hospital se hace evidente. La gestión hospitalaria se concentra en la mejora del nivel micro de los hospitales. En este campo se presentan avances importantes en los hospitales públicos en Colombia.

Con la aplicación de este análisis en tres niveles se encontró que la persistencia de la debilidad financiera de los hospitales públicos no depende únicamente de sus fuentes de financiamiento, sino también en la eficiencia y en la falta de reformas administrativas en el nivel meso. En otras palabras, en la gobernanza de los hospitales públicos. A su vez, organizaciones multilaterales han identificado las reformas de tipo meso como un componente básico para lograr mejores indicadores en el sector salud.

En Colombia, el nivel meso ha sido poco reformado tanto desde lo operativo como desde lo normativo. En general, se mantiene una gran autonomía por parte de los gerentes y éstos tienen una gran libertad para desarrollar su gestión. Al respecto, de acuerdo con Saltman (2011), hay cuatro aspectos relevantes sobre la autonomía de las instituciones de salud pública en el nivel meso⁹:

1. *Dimensión institucional:* Hace énfasis en el marco legal que tiene el hospital que a su vez determina la forma en la que se toman las decisiones. Una nueva forma de toma de decisiones debilita los grupos que tradicionalmente se apropian del poder en beneficio de aquellos que más lo necesitan.
2. *Dimensión financiera:* Normalmente va atada al presupuesto, pero que paulatinamente se desliga de este. Incentivos a la producción de recursos propios cada vez son mayores.
3. *Dimensión de responsabilidad:* Es quizá la esfera más importante dentro de este nivel. Con la posible corporatización, se deja de lado influencias políticas y nepotismo por parte del nivel macro, pero es necesario poner en marcha los comités de supervisión de los órganos independientes de la administración de los hospitales.
4. *Correspondencia entre la capacidad de toma de decisiones y responsabilidad:* Hay que tener claridad hasta donde llega el control del nivel central y en donde empieza la autonomía de los hospitales. Una gran independencia en las decisiones propias del nivel meso se debe corresponder con una fuerte capacidad de control y fiscalización desde el nivel central.

Desde el nivel meso se pueden poner en marcha o apoyar mejoras sistemáticas en los procesos de gestión de los hospitales. Una de las herramientas más utilizadas son los Diagnostic Related Groups (DRG). Estos hacen parte de las reformas a los sistemas de pago de los hospitales, y datan de los años 70 cuando en el sistema hospitalario de Maryland, en Estados Unidos, se crea la Health Services Cost Review Commission (HSCRC), una agencia gubernamental independiente con facultad para estudiar y analizar los costos, volúmenes y condiciones de financiamiento de los hospitales

⁹ Saltman (2011). **Fixing the public hospital system in China**. Washington. World Bank.

públicos¹⁰. Esta comisión crea el sistema denominado Diagnostic Related Groups (DRG), el cual consiste en un sistema único de evaluación y facturación basado en la agregación de los tratamientos en 314 categorías de diagnóstico. Más adelante, en los años 80, el Medicare utiliza el sistema de pago mixto a los hospitales que no solo tenía en cuenta la estructura del hospital sino también la casuística, que es medida a través de los grupos relacionados con el diagnóstico, inicialmente se utilizaron 473 DRG para controlar los pagos por cada prestación médica o caso.

Con los DRG, los sistemas de salud pueden comparar de forma dinámica los costos por procedimiento, prestación médica o DRG entre un grupo amplio de hospitales. Esto permite identificar cuál es el costo promedio de estos procedimientos, los hospitales que lo cobran más caro y los que lo hacen más barato. La utilidad de este análisis es múltiple. De una parte, hace que los hospitales ajusten sus tarifas para no estar muy lejos del promedio. De otra, permite identificar aquellos que lo hacen bien, en términos de costos por procedimiento o DRG, y que se convierten en referencia para los demás. Por supuesto, esta información analizada junto con estadísticas de productividad y calidad en la prestación de los servicios da un panorama mucho más amplio de la eficiencia de los hospitales. Se estima que los ajustes a la baja de los costos por prestación o DRG por efecto de la aplicación de la metodología fue de un 25% en promedio para los hospitales de Maryland y entre el 25% y 35% en Brasil, país donde también se aplicó. En Europa las disminuciones se dieron pero con tasas menores.

Una variación de esta metodología, pero que busca los mismos resultados, se encuentra en Cid e Ibern (2008). Los autores afirman que los hospitales públicos no son eficientes porque no cuentan con los incentivos adecuados, por lo que desarrollan un modelo de competencia por comparación o *yardstick competition*. Con este sistema se busca generar incentivos para el mejoramiento de la eficiencia en el tiempo con la estructura y la casuística hospitalaria medida con los DRG¹¹. Los autores recuerdan que esta metodología fue desarrollada por Andrei Shleifer en 1986 y más adelante Newhouse la incorporó en 1996 al análisis de los hospitales. Es un interesante sistema que podría generar los incentivos a los hospitales para contener costos, al crear un elemento de competencia por los recursos entre ellos. Es decir, que aún en presencia del monopolio geográfico natural y propiedad pública, donde el proveedor tiene exclusividad de servicio en su zona de influencia, se introduce una forma de competencia, pues se tiene como referencia los hospitales eficientes a pesar de no estar en la misma zona geográfica. Esto podría ser muy útil en algunas regiones de Colombia, en donde existe una oferta monopólica pública de los servicios hospitalarios y no se pueden comparar con hospitales de la región. Esta metodología se ha utilizado en varios países, a través de estudios o programas piloto, o bien en Alemania en donde se utiliza desde 2002.

¹⁰ Medici Andre (2010). **Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA)**. World Bank. Washington.

¹¹ Cid, C. y Ibern, P. (2008) **Regulación del financiamiento a hospitales: “yardstick competition” aplicada a los hospitales públicos en Chile**. Cuadernos de Medicina Social. Chile. # 48 (3): 155-164 págs.

La metodología del DRG ha sido adaptada a varios países: Ger-DRG en Alemania, Nor-DRG en países nórdicos, APR-DRG en Bélgica, HRG en el Reino Unido, entre otros. En la Tabla 2, Ibern (2008) resume los países con estas experiencias. Recientemente, países de Europa oriental como Bulgaria, República Checa, Hungría, Lituania, Polonia y Rumania se han sumado al uso de la *yardstick competition*. Afirma Ibern, que en América Latina se tiene poca información del tema porque hay pocas experiencias y/o no están documentadas suficientemente. Sin embargo, se han encontrado notables avances en algunos casos específicos liderados por la banca multilateral en países de ingresos medios. Mathauer y Wittenbecher (2012) muestran como en los últimos años cerca de 30 países han puesto en marchas sus propios sistemas de DRG, con resultados muy diversos. Identificaron los elementos centrales para que estos sistemas de pago o compra de servicios funcionen bien como la capacidad de pago o comprar de estos servicios, inclusión del sector privado y de un buen número de oferentes de estos servicios, imposición de límites al gasto, darle la difusión apropiada con la ciudadanía y, una regulación adecuada para controlar el gasto que se ejecute con esta forma de contratación y pago de los servicios¹².

Tabla 2. Pagos a hospitales públicos en países de Europa Occidental

| País | Por caso | Presupuesto global | Combinación de presupuesto global con ajuste por casuística (DRG) |
|------------|----------|--------------------|---|
| Austria | ✓ | | |
| Bélgica | | | ✓ |
| Dinamarca | ✓ | ✓ | |
| Inglaterra | | | ✓ |
| Finlandia | ✓ | | |
| Francia | | | ✓ |
| Alemania | | | ✓ |
| Irlanda | | | ✓ |
| Italia | | | ✓ |
| Noruega | | | ✓ |
| Portugal | | | ✓ |
| España | | | ✓ |
| Suecia | | | ✓ |

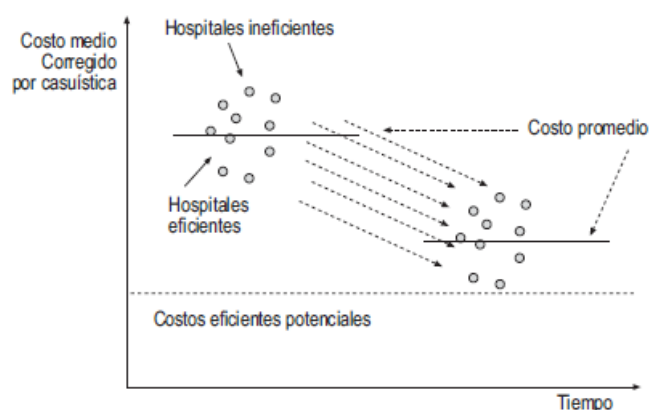
Fuente: Willey, M. (2005) en Ibern (2008)

Así mismo, sobre la eficiencia del gasto hospitalario hay problemas de asimetría de información. En general, un hospital no tiene los incentivos o simplemente no tiene la capacidad técnica para conocer sus costos potenciales eficientes. Por esto, promover las comparaciones entre hospitales, surge como una buena solución, puesto que al comparar

¹² Inke Mathauer and Friedrich Wittenbecher (2012). **DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges**. DISCUSSION PAPER NUMBER 1 – 2012. World Health Organization.

pares se puede generar información sobre la eficiencia relativa de los proveedores. Hay que tener en cuenta que la financiación de los hospitales públicos es un tema complejo, ya que por un lado si se financia de acuerdo a los costos efectivos de los hospitales, se puede estar validando ineficiencias. Por otro, si se financian todos por igual, sin tener en cuenta si se esfuerzan o no, restringe los incentivos a mejorar. El Gráfico 1 muestra cuál sería el impacto esperado si se utiliza la comparación entre hospitales.

Gráfico 1. Efecto esperado de la competencia por comparación



Fuente: Ibern (2008)

A su vez, Ibern es consciente que esta metodología funciona correctamente si al tiempo otros elementos funcionan de forma adecuada. Así, la coordinación entre actividades asistenciales de los distintos niveles de una red de atención, no será posible sin mecanismos de asignación poblacional a los servicios de salud; por ejemplo, un techo presupuestario capitado ajustado por riesgo. Señala además la necesidad de sistemas que provean información acerca de los flujos de fondos financieros, sobre la medida de la casuística (morbilidad y procedimientos asociados) y sobre los costos medios por actividad.

De otra parte, Ibern (2008) analizó el conjunto de factores de carácter interno y sistémico que determinan los gastos hospitalarios en Chile. Sobre estos factores de carácter interno afirma lo siguiente:

- Hay oportunidades para aprovechar economías de escala dada la oferta asistencial existente. Un nivel elevado de atomización da lugar a entornos de coste medio superior al deseable fruto del volumen limitado de servicios que se ofrece.
- La configuración organizativa actual da lugar a unos costes de transacción elevados en la contratación de materiales y suministros, lo cual en cierta medida se replica para el caso de contratación de personal.
- Los costes administrativos de los hospitales son elevados porque reciben ingresos de distinta procedencia y forma, lo que obliga a un tratamiento singularizado por fuente de recursos.
- Una descentralización excesiva del riesgo se combina con la falta de responsabilidad de asumir los resultados obtenidos y obliga a la financiación pública de los déficits incurridos.

- Los costes de influencia en el nombramiento de cargos directivos pueden disminuirse mediante una profesionalización de las tareas de gestión al margen de la injerencia política.

Desde un punto de vista sistémico, el autor identifica que los hospitales públicos chilenos tienen:

- Un exceso de oferta fruto de la evolución histórica y de las limitaciones en la planificación sanitaria.
- Unas economías de aprendizaje que pueden redefinirse para conseguir un mejor aprovechamiento.
- Unos costes de la competencia que pueden reducirse situando la capacidad de elección allá donde la densidad demográfica lo permite.
- Unos incentivos inadecuados en los sistemas de pago que privilegian el volumen sobre los resultados.
- Un entorno de fuentes de financiación múltiples que dan lugar a una complejidad de gestión de los ingresos y atenúan la orientación de los incentivos.
- Unos mecanismos de disuasión débiles en la regulación actual de la categorización del riesgo. Lo que implica que los resultados esperados puedan tener un impacto limitado.
- Un desaprovechamiento de las ventajas de la centralización en determinadas funciones como las financieras.

Así mismo, Ibern (2012), al analizar los hospitales colombianos, encuentra que dado el nivel de autonomía de los hospitales, el déficit se explica por las características de la gestión interna y el entorno regulatorio. Es así como identifica que la tendencia del gasto hospitalario es producto de un conjunto de decisiones clínicas, y que por tanto es preciso conseguir decisiones diagnósticas y terapéuticas que sean coste-efectivas, en el marco de la gestión clínica, para que se tengan resultados¹³.

Igualmente, un trabajo reciente de la OECD adelanta interesantes recomendaciones para la mejora de la gestión de los hospitales en épocas de austeridad. Borowitz et. al. (2010) analizan las posibles políticas que se podrían tomar en función a un mayor rendimiento económico en los sistemas de salud, al tener en cuenta la disminución del presupuesto actual debido a la crisis económica que el mundo está viviendo¹⁴.

El primer grupo de políticas analizado es de los profesionales que trabajan en el sector de la salud. El primer resultado que sale a flote es el hecho que el número de médicos en Europa está disminuyendo dado que una generación se está jubilando, la generación de la post-guerra. Este último es un problema generalizado que sin duda alguna empeorará si se tiene en cuenta que no solo son médicos quienes se jubilan, sino que una generación completa entra a la vejez. La falta de médicos ha sido contrarrestada en

¹³ Ibern (2012) **Las causas estructurales del déficit financiero de los hospitales públicos colombianos**. Mimeo. BID.

¹⁴ Borowitz et al (2010). **OECD Value for Money in Health Spending**. OECD. Paris.

muchos casos al contratar médicos extranjeros; también varios países han optado por obligar a los hospitales a tener siempre entre sus filas a estudiantes de medicina. Por otro lado, el número de médicos generales ha disminuido debido a un incremento de médicos especialistas, hecho que aumenta los costos salariales para el sistema de salud. Muchos gobiernos han optado por hacer de la medicina general una especialización para así elevar su número de practicantes.

Segundo, con el fin de hacer más eficiente el gasto en salud, varios gobiernos han decidido modificar la manera como financian a los hospitales. Por ejemplo, modifican la manera como giran los recursos; así, giran a los hospitales por anticipado con fin de que ofrezcan sus servicios lo más rápido posible y garantizar el servicio por determinado tiempo sin erogaciones adicionales. Tercero, otra forma de controlar el presupuesto por parte de los gobiernos ha sido aumentando el gasto en medicina ambulatoria y medicinas. Se busca disminuir el costo de los tratamientos hospitalarios, política que se refuerza con campañas de prevención de enfermedades.

Cuarto, el otro grupo de medidas utilizado ha sido el de imponer mayores controles a la demanda. Estas medidas consisten básicamente en darles mayor importancia a agentes privados dentro de los sistemas de salud. Hacer que el paciente pague de su bolsillo cierto tipo de tratamiento ha sido una de las medidas más utilizadas.

Quinto, uno de los problemas del sector es la baja eficiencia del gasto que se ejecuta. Esta ineficiencia que ha sido estudiada con metodologías como la EBM (Evidence-Based Medicine) y HTA (Health Technology Assessment). Los EBM realizan un estudio de la bibliografía existente sobre cierta enfermedad con el fin de determinar los mejores modos de tratarla. Este tipo de estudio arrojó resultados importantes al mostrar que muchos de los procedimientos realizados no tienen ningún fundamento médico y que mucho de ellos no siguen las indicaciones correctas. Realizar tratamientos sin una verdadera fundamentación médica, o realizarlos sin seguir las indicaciones correctas, explica parte de la ineficiencia de muchos sistemas de salud.

Con el mismo objetivo, los HTA buscan mejorar la eficiencia del sistema de salud al estudiar si vale la pena utilizar determinada tecnología. Los HTA tienen en cuenta factores económicos y sociales, pues su impacto en el presupuesto total es mucho más importante que el del EBM. Estos estudios tienen como objetivo mejorar la información a disposición tanto para el médico como para el paciente. Los HTA tienen entre sus más grandes dificultades la recopilación de los trabajos sobre el tema, puesto que por lo general son complejos y reúnen grandes cantidades de datos. Así mismo, presentan dificultades como la lentitud en su realización, lo cual hace a su vez más lento tomar la decisión del ingreso de nuevas tecnologías en la oferta de un sistema de salud. Los autores resaltan la importancia de estudios EBM y HTA, pero aclaran que se necesita una mayor colaboración nacional e internacional para lograr estudios más completos.

Sobre las TIC, Borowitz resalta la importancia de mejoras en información y comunicación dentro de los sistemas de salud por diversas razones. Una de ellas es que los resultados de las prestaciones médicas son mejores entre más información dispongan los médicos. Por ejemplo, una historia clínica individual con acceso en línea para

pacientes y médicos, facilita la atención y el seguimiento de los pacientes, a la vez que permite prevenir errores por falta de información. Borowitz y su equipo de investigadores constataron un gran número de estudios que demuestran el alto número de muertes provocadas por errores en la toma de decisiones sobre el procedimiento a realizar o la medicina a recetar. Las TIC, a su vez, permiten mejorar la atención a las poblaciones de menores recursos; por ejemplo, las teleconsultas permiten llevar la atención a lugares sin acceso fácil porque es muy costoso moverse. Finalmente, otra razón es el manejo individualizado que necesitan los pacientes de enfermedades crónicas, por su alto costo estas deben tener un seguimiento de los tratamientos y del impacto de los mismos. No sobra recordar que se espera un aumento casi exponencial de estas enfermedades crónicas en el largo plazo.

Igualmente, el estudio precisa que las mejoras por las TIC reducen los costos de procedimientos administrativos, aunque parecen no tener un gran efecto en los costos generales en salud. La mejor información asegura un mejoramiento en la calidad y oportunidad de los servicios prestados, pero es posible que esto al mismo tiempo aumente la demanda por estos servicios. El desarrollo de las TIC en otros países dejó enseñanzas que deben ser tenidas en cuenta. Si bien en muchos países se encontró que hay una gran cantidad de información, se encuentran problemas serios de compatibilidad de la información y surge la necesidad de generar plataformas universales y con acceso limitado por tipo de actor que participe en ella.

Así mismo, hay que ser muy cuidadoso al proteger la privacidad del paciente. En muchos países, a pesar de una alta cobertura de los sistemas de salud y disponer de gran cantidad de información, el desarrollo de las TIC tiene limitaciones pues gran parte de la información es de carácter privado y protegida por la ley.

De otro lado, una experiencia reciente y exitosa en la gestión de los recursos de la salud se encuentra en el estado de São Paulo, Brasil. Encontraron que la mejor manera para administrar los hospitales fue a través de contratos entre Empresas Sociales del Estado (ESE) y agentes privados u organizaciones sin ánimo de lucro¹⁵. Desde la década de los años noventa, las ESE buscaron socios para administrar los hospitales; estos socios fueron fundaciones, universidades y organizaciones sin ánimo de lucro. Estas administradoras, una vez firmado el contrato con el estado de Sao Paulo, quedaban encargadas de gestionar un grupo de hospitales. Esto significaba que tenían una amplia autonomía que iba desde el nombramiento de los gerentes de los hospitales, asignar el presupuesto por áreas, contratar con terceros algunos servicios, hasta definir incentivos por desempeño autonomía sobre la nómina, entre otros. También estaban en capacidad de poner en marcha nuevos modelos de gestión, sistemas de pagos, aplicar guías clínicas y los protocolos de tratamiento, entre otros.

Gran parte del éxito de esta política estaba centrada en generar los incentivos correctos para que estas administradoras cumplieran las metas que se les asignaban. Además de requisitos legales y de capital, estos contratos imponían metas del tipo de asistencia en

¹⁵ Medici A. y Murray R. **Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA)**. En Breve, June 2010, Number 156. Banco Mundial.

salud que debían ofrecer y metas u objetivos que debían cumplir. En São Paulo, los hospitales administrados por esta modalidad se especializaron en atender población de bajos ingresos. El estado a su vez creó una comisión que supervisa y evalúa los productos recibidos y los verifica contra las metas impuestas en los contratos. Las administradoras debían además publicar sus cuentas en el Diario Oficial.

El resultado de esta modalidad de administración demostró tener una gran capacidad de ahorro del gasto en salud, al mismo tiempo que se lograron mejores resultados en los indicadores tanto de gestión hospitalaria como generales en salud. Esta forma de gestión permitió a las autoridades tener un mayor control sobre el desempeño de los hospitales y diferenciar la calidad de la gestión de los mismos. De acuerdo con Medici y Murray:

“OSS (ESE) management contracts are important instruments of accountability and transparency in the use of public funds. The contracts give managerial autonomy to hospitals, which are expected to meet higher levels of responsibility and accountability. Contracts also govern OSS hospital data interfaces with central health information technology (IT) systems, where a core set of indicators common to all hospitals (pág. 3)”.

En un trabajo complementario sobre la gestión hospitalaria en Brasil, La Forgia y Couttolenc (2008) afirman que el éxito estuvo en la gran flexibilidad para adelantar las reformas necesarias y adecuarlas de acuerdo con el entorno en el que se desarrolla el trabajo de los hospitales públicos¹⁶. Hay elementos básicos para poder adelantar una reforma hospitalaria: tener claridad sobre quiénes son los dueños de los hospitales, definir el ámbito de gobernanza (governance) de los hospitales y los mecanismos de pago que se utilicen. En Brasil, estas tres características tomaban diversas formas y por lo tanto fue necesario modificarlos en muchos casos para que la reforma de la gestión hospitalaria tuviera posibilidades de éxito.

A continuación se presenta un resumen de las experiencias de reformas de sistemas hospitalarios de los hospitales en Brasil, Argentina, Maryland (EE.UU), República Checa, Estonia, Uruguay y Reino Unido con base en trabajos recientemente publicados.

2.1 Brasil: DMM vs. OSS

Los hospitales en Brasil eran muy dependientes de la financiación estatal, la cual era altamente jerarquizada. Eran la única forma de atención en salud para la población más necesitada. Además en el sistema había una pluralidad de formas de contratación en cada estado brasileño, lo que a su vez impedía la implementación de una reforma operativa generalizada¹⁷. En este contexto, las reformas se iniciaron en el estado de São Paulo, y tenían por objetivo tanto generar una mayor autonomía de los hospitales al interior de su gestión como en mejorar la rendición de cuentas por parte de éstos. Se buscaba generar una mayor conciencia en todo el personal sobre la financiación del sector de la salud y en los costos de funcionamiento; una mayor responsabilidad de los

¹⁶ La Forgia G. y Couttolenc F. (2008) **Hospital Performance in Brazil The Search For Excellence**. En Breve Marzo 2008, Número 120. Banco Mundial.

¹⁷ La Forgia & Couttolenc, (2008) *ibid*.

funcionarios. Esta autonomía esperaba una mejora en la contratación con proveedores, un aumento de la calidad de servicio y en el establecimiento de estándares de atención y una información confiable necesaria para la gestión hospitalaria.

Las reformas se pusieron en marcha con subcontratación de la administración hospitalaria pública a organizaciones sin fines de lucro llamadas Organizaciones Sociales Estatales (OSS). Estas reformas se centraron en la gestión de los hospitales (*management partnership*) y en la financiación de los contratos. Para esto se asignaban presupuestos globales con cuotas mensuales, al tiempo que se generaban incentivos con un fondo del 10% del presupuesto total que podía pagarse de acuerdo con el cumplimiento de los indicadores de seguimiento de las metas que le imponían los contratos. Estos indicadores son de calidad (buenas prácticas de higiene y esterilización), satisfacción del paciente (reduciendo obstáculos para la toma del servicio y la percepción de la calidad) y transparencia (pacientes fantasmas), entre otros.

Por otro lado, esta reforma buscó flexibilizar la contratación y el despido de los trabajadores de los hospitales, junto con el establecimiento de nuevas políticas de recursos humanos regidas por el derecho privado. Estas incluían ajustes salariales, bonificaciones y ascensos. También flexibilizó la subcontratación de los servicios diferentes a las funciones operativas. Finalmente se establecieron auditorías de desempeño regulares por parte una agencia estatal, el SAT (State Accounting Tribunal), el cual vigila las cuentas contables y financieras.

Entre las razones que sustentan la flexibilización de la gestión organizacional se encuentra la necesidad de una mayor descentralización en la toma de decisiones. Para lograr el cumplimiento de los objetivos de la reforma, era necesario abandonar el sistema anterior, por lo centralizado y jerarquizado. Este desincentivaba la gestión en la búsqueda de una mayor eficiencia y productividad hospitalaria; el mejor ejemplo se encuentra en la contratación con terceros, que no era objeto de comparación en sus tarifas o en la ausencia de metas de gestión por hospital.

Al comparar el anterior modelo de gestión, se observan mejoras en los indicadores de gestión hospitalaria como ocupación de camas, disminución en días de estancia, disminución de horas contratadas, disminución de costos por paciente, disminución de la cantidad de empleados por cama y, también en mejoras en los indicadores de calidad, como las tasas de mortalidad. Otro resultado positivo fue la obtención de mejor información para hacer seguimiento de la calidad del servicio al comparar entre hospitales su gestión y además incentivar con más o menos recursos sus resultados.

2.2 Maryland¹⁸

Además de presentar una alta dependencia de la financiación estatal y tener una estructura altamente jerarquizada, había una alta heterogeneidad en la calidad de la atención de los diferentes hospitales dentro del estado. Sumado a lo anterior, los costos

¹⁸ Medici Andre, "Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA)", World Bank, p.p. 2-4, 2010.

operativos superaban en 25% a la media de EE.UU y no contaban con sistemas de información confiables que permitiera hacer un análisis interno.

En respuesta a la problemática, en los años 70, la administración de Maryland crea la Health Services Cost Review Commission (HSCRC), una agencia gubernamental independiente con facultades para definir las tarifas (costos), volúmenes y condiciones de financiamiento de los hospitales públicos. Esta comisión clasifica los pacientes entre contribuyentes y subsidiados, asignando a cada uno una categoría específica de pago. Además tiene la discrecionalidad de recabar datos y hacerlos públicos. Con este cambio de gestión se hizo necesario crear un sistema que compara los costos de los servicios y prestaciones entre hospitales, y para esto se crearon los DRG. Un sistema único de evaluación y facturación que definió 314 categorías de diagnóstico, con sus costos por hospital y con una evaluación inclusive de la calidad de los servicios que presta.

La HSCRC tiene la facultad de definir las tarifas por los servicios básicos de atención médica, con lo cual inclusive estima los costos efectivos para cada paciente. El uso de los DRG también favorece el manejo del riesgo de cada paciente, pues este se paga de acuerdo con el DRG y la calidad del servicio prestado, lo que genera fuertes incentivos al cuidado de cada paciente y la calidad de la atención. Al hacer converger las tarifas y la calidad requerida, se logra una contención de costos y una más alta eficiencia y eficacia.

La clave del éxito de los DRG es que se dispone de información pública creíble sobre los costos operativos por hospital. Esta herramienta además permite a los administradores y a los *policy makers* actuar con mayor rapidez en la toma de decisiones. En Maryland hay evidencia de notables mejoras en los indicadores de desempeño de la gestión hospitalaria y en los indicadores sociales de acceso al servicio, pues el sistema ha permitido socializar la información de costos por hospital y compararlos entre ellos. Así mismo, permitió que los pacientes que contribuyen y los que son subsidiados sean atendidos en una red de hospitales públicos y privados, incluso aquellos de carácter universitario.

Además, entre otros resultados encontraron mejoras en la sostenibilidad financiera y en los niveles de transparencia y de responsabilidad pública, puesto que es obligatoria la rendición de cuentas que facilita la evaluación de los avances en calidad y gestión. Se estima una disminución del 25% promedio de los costos por prestación médica o DRG.

2.3 Argentina¹⁹

En Argentina el sistema organizacional hospitalario era altamente centralizado y rígido; no permitía ajustes ante variaciones de la demanda, ni tampoco para la compra de suministros, vinculación de personal, mejoras en la infraestructura o implementación de nuevas tecnologías. Como consecuencia del aumento de la demanda por servicios de salud de personas que no se encontraban aseguradas, producto del aumento del desempleo que se vivió en los años 90, el gobierno empleó entonces fundaciones para la

¹⁹ Preker S. and Harding A. "Innovation in health service delivery: the corporatization of public hospitals", p.p 240-246, 2003, World Bank.

ayuda de la población pobre, llamadas Obras. Éstas, sin embargo, no prestaban un servicio de calidad y proveían su atención mediante sistemas de copago.

El gobierno federal en Argentina optó por cambiar la forma organizacional de los hospitales, dándoles mayor autonomía y exponiéndolos en forma progresiva al mercado, lo que implicaba, entre otros cambios, la puesta en marcha de nuevos sistemas de facturación. Las reformas tenían como objetivo la autogestión de los hospitales (*Self-Management Public Hospitals* –SMPH– en términos de presupuesto, contratación y jurisdicción. El SMPH reembolsaba el pago a los hospitales por los servicios efectivamente prestados y no solamente por la oferta potencial. Así mismo, se vinculaba a través de un mecanismo de copago a las personas aseguradas. Además se crea la figura de los consejos de administración, los cuales fijaban metas mínimas de producción de servicio y eficiencia. Este consejo evalúa la calidad del servicio en forma periódica.

La reforma, sin embargo, no había estudiado las distintas formas organizacionales, ni la normatividad para jurisdicción con lo cual había una pluralidad de formas contractuales que hizo más compleja la puesta su desarrollo. Finalmente, se flexibiliza la legislación laboral para la contratación de los hospitales y evitar los sobrecostos por los turnos nocturnos. Así mismo, se da libre curso para que los hospitales se endeuden.

2.4 Uruguay²⁰

La mayor parte de los hospitales eran organizaciones dependientes del presupuesto público, y el gobierno decidió aplicar un piloto de reforma en cuatro hospitales. Esta reforma buscaba dar mayor autonomía a las decisiones administrativas. Estas reformas fueron implementadas en todos los hospitales de Uruguay en los años 90, sin embargo, las presiones de las provincias, hicieron retroceder la reforma.

Las reformas administrativas tenían por objeto darles nuevos poderes a los gerentes de los hospitales en términos de contratación, siempre y cuando no cambien la composición del staff. Se les otorgaba la facultad de inversión y de subcontratar servicios y de igual manera comprarlos. Los presupuestos base no se modifican, pero le daban la potestad a los hospitales de cobrar a los usuarios por los servicios de salud que prestaban, siempre y cuando prepararan con antelación un presupuesto acordado con la administración pública de salud. El 80% de los fondos conseguidos mediante este proceso debían ser invertidos en infraestructura y mantenimiento, sin embargo había discrecionalidad en el uso de los demás recursos.

El control de la facturación está a cargo de la administración pública en salud. La asistencia social de los hospitales estaba enfocada en la población pobre y los no asegurados, los indicadores de eficiencia de la gestión tenían como núcleo verificar este tipo de asistencia.

²⁰ Preker S. and Harding A. “Innovation in health service delivery: the corporatization of public hospitals”, p.p 250-255, 2003, World Bank.

En el caso uruguayo la puesta en marcha de las reformas fue particularmente difícil, debido a las presiones políticas adversas. A su vez, no hubo una normatividad que facilitara la transición, además el acompañamiento del gobierno nacional a las nuevas administraciones hospitalarias fue escaso y, el gobierno tampoco adelantó actividades de investigación sobre cómo se desarrollaba la reforma; no hubo seguimiento.

2.5 Reino Unido²¹

Durante los años 80 se implementan las reformas del gobierno de Margaret Thatcher, que tenían como finalidad mejorar la eficiencia y las formas de prestación de servicios, de vinculación laboral, de publicidad y uso del personal, entre otras. El Informe Griffiths fue el marco de estas reformas, y defendía que el *working for patients* fuera la política base para lograr una mayor eficiencia del gobierno. El gobierno estaba preocupado porque la provisión de los servicios de salud era bastante onerosa para el Estado.

La reforma buscaba convertir a los hospitales en entidades autónomas vinculadas mediante un trust que ofrecía sus servicios. Al mismo tiempo, se crearon “*funding-holdings*” para la celebración de contratos que vinculaban los compradores y los proveedores de los servicios de salud. Las reformas se pusieron en marcha en 1991 y paso a paso se crearon más hospitales y *fundholders*. Si bien la cantidad de trust proliferó año a año, la propuesta de *funding-holdings* solo alcanzó a cubrir a la mitad de la población; por ello se crea la figura de *multifunds*, que eran redes de compra de toda la gama de los servicios de salud en forma paralela a los *funding-holdings*.

Los trust creados manejaban los recursos en forma autónoma, pero bajo un marco de acción (gestión) determinado. Así, la facturación sería gestionada a través de una delegación en oficinas regionales de las Secretarías de Salud. Si bien los *fundholders* compraban a los trusts, éstos compraban una gama limitada de servicios y no todo lo que ellos ofrecían. Los *fundholders* emplearon su poder sobre los hospitales para acceder fácilmente a los servicios de salud, muchas veces en contra de los intereses de los hospitales.

Durante los años 90 hubo numerosas formas de poner en marcha las reformas organizacionales en los hospitales, esto es, llevarlos al trust. Se consideraba que una mayor autonomía de las decisiones de los hospitales sería beneficiosa para los mismos, al tiempo que otros mecanismos más radicales buscaban separar la gestión de los hospitales y los proveedores de la administración. Lo más importante de dicho proceso fue la distinción de proveedores de salud (Hospitales) y compradores de salud (Estado).

A pesar de que los costos por paciente se redujeron con los hospitales organizados como trust, el tipo de financiamiento de trust generaba incentivos a la privatización completa de los hospitales. Se cree que muchas de las reformas se hicieron con insuficiente información, sumado a que la mayor parte de los trusts no cumplieron sus planes financieros.

²¹ Preker S. and Harding A. “Innovation in health service delivery: the corporatization of public hospitals”, p.p 265-304, 2003, World Bank.

Se considera que la reforma organizacional falló por tres razones: i) muchos trust no empleaban su capital en forma óptima; ii) el ambiente externo no generaba suficientes presiones hacia la competencia y iii) había presiones políticas que no permitían la puesta en marcha de esta reforma, en contra de la *mercantilización* de la salud.

2.6 República Checa

El sistema de salud checo establece la afiliación obligatoria a algún sistema de seguro. En el momento hay ocho fondos sin ánimo de lucro, los cuales actúan como compradores y pagadores de servicios. Estos fondos se financian con recursos del presupuesto. En este país hay una lista negativa y, en resumen, lo que no esté en esa lista no está cubierto por el sistema de salud. Hay también una institucionalidad que controla a estos fondos y les impone metas no sólo de gestión de recursos sino también de resultados.

La red hospitalaria es amplia y tiene doce grandes hospitales con más de 1000 camas. En total, hay 192 hospitales con un promedio de 332 camas; de los cuales 154 hospitales son pequeños, con sólo 144 camas promedio. Hay 66 regionales y 28 municipales, así mismo hay 30 hospitales de menos de 100 camas. El 10% de estos hospitales se dedican a tratamientos de enfermedades crónicas.

Con la transición del comunismo al capitalismo y dado el gran atraso en la calidad y oportunidad de los servicios, se adelantó una reforma profunda que modificó la gestión de los recursos y de la red hospitalaria. Uno de los elementos centrales fue la creación de fondos que administran los recursos; inicialmente se crearon 25 fondos que finalmente terminaron reducidos a 8.

Un análisis de la oferta hospitalaria encontró que el sistema tenía problemas tales como exceso de camas en cuidados intensivos y falta de camas para cuidado de largo plazo y excedentes en la oferta de servicios. La reforma procedió a la eliminación de instalaciones que sobraban, en particular de hospitales pequeños y a la conversión de algunos hospitales en especializados en atender tratamientos de largo plazo.

2.7 Estonia

En Estonia actualmente la reforma de la salud se enfocó en crear un único fondo de seguridad social. Este fondo es el encargado de comprar los servicios y se financia igualmente con recursos del presupuesto nacional. Este fondo se enfrenta una oferta privada y pública.

El análisis del funcionamiento de la reforma encontró que los resultados no eran los mejores. Se encontró ineficiencia en el uso de los recursos, lo que se explicó en gran parte por la falta de control del fondo de seguridad social. Ante esta situación se propuso la utilización de la NPM, que recomendó como necesaria la restructuración de los hospitales. Igualmente se propuso descentralizar a los hospitales de primer y segundo nivel de atención en las autoridades locales y dejar a cargo al gobierno central de los hospitales más especializados.

Uno de los grandes problemas identificados fue que muchos de los hospitales se convirtieron en entidades sin ánimo de lucro y el marco legal no permitía un control efectivo de su gestión. A su vez, la descentralización hizo que las autoridades locales tuvieran un exceso de autonomía, con lo que dio incentivos para que estas favorecieran ciertos proveedores en detrimento de los más eficientes pero que no se encontraban en su campo de acción. La descentralización administrativa no dejó un claro responsable directo.

3. La Reforma Hospitalaria en Colombia

En Colombia la reforma hospitalaria se ha dado de forma parcial. Esto se explica porque la gran reforma de la década de los años noventa se concentró en la puesta en marcha del aseguramiento obligatorio para toda la población. La creación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como una *bisagra* entre los recursos, bien sea los del régimen contributivo o subsidiado, y los hospitales llevaba implícita la idea que, en un marco de competencia, sólo los mejores hospitales estarían en capacidad de contratar con las EPS. Se esperaba que las nuevas IPS, instituciones prestadoras de servicios, fueran mucho más eficientes con el nuevo sistema de salud. La competencia entre los hospitales generaría los incentivos adecuados para una mejora en la gestión hospitalaria.

El gran reto se encontraba en los hospitales públicos. Estos se enfrentaban por primera vez a unas nuevas condiciones para su funcionamiento. De una parte, no tenían garantizados los recursos que les llegarían, puesto que debían ofrecer los servicios a las EPS, las encargadas de administrar los recursos. De otra, se esperaba que estos hospitales le vendieran servicios inclusive a las EPS del régimen contributivo. Sin embargo, los hospitales públicos se encontraron repentinamente con un mercado que no entendían, para el que no estaban preparados y con una estructura de gobierno que hacía supremamente difícil adaptarse. El desarrollo del modelo demostró que, si bien se caminaba en la dirección correcta, el desarrollo esperado de una oferta y demanda de servicios hospitalarios tuvo importantes limitaciones:

- Las EPS del régimen contributivo, prefirieron trabajar con su propias IPS o con otras IPS privadas. Así, sólo contrataban servicios con las IPS públicas de manera excepcional o, cuando el único oferente era un hospital público. Esto último sucede en la mayoría de los municipios menores de 20.000 habitantes, en donde generalmente sólo hay hospitales públicos de primer y segundo nivel. A su vez, las cajas de compensación al tener su propia red de servicios de salud, priorizaron su uso.
- La mayoría de las EPS del contributivo decidieron no participar en el régimen subsidiado. Algunas de ellas lo intentaron, pero finalmente abandonaron esta política. Esto significó, *de facto*, que el aseguramiento se dividió en dos grandes regímenes: el contributivo y el subsidiado. Estos tenían grandes diferencias en su funcionamiento. Cada uno tenía sus EPS y las mismas trabajaban con su propia red de IPS. En el contributivo las IPS son en su mayoría privadas, en tanto que en el subsidiado se trabajaba en su mayoría con las IPS públicas. Así mismo, para hacer

aún más complejo el cuadro de diferencias, cada régimen tenía fuentes de financiamiento diferentes y ofrecía una cobertura diferente en sus planes obligatorios de salud.

- La diferenciación entre dos grandes mercados de la salud hizo que se crearan EPS especializadas para el régimen subsidiado, las cuales no pueden afiliar a personas del contributivo. A su vez, se les obligó a contratar hasta el 60% de los recursos con IPS públicas. De alguna manera esta decisión acercaba el financiamiento del régimen subsidiado al tradicional sistema de oferta.
- Los hospitales públicos tenían grandes problemas heredados de años atrás. La mayoría de ellos tenía firmadas convenciones colectivas muy onerosas. En varios de ellos la carga prestacional multiplicaba hasta en un 300% el salario efectivo de los trabajadores oficiales. Además, la mayoría de estos trabajadores no cumplía con las tareas misionales de un hospital. Igualmente, algunos tenían en sus gastos generales el pago de pensionados. Se presentaron situaciones en donde estos dos tipos de gasto, pagos extralegales y pensionados, representaban hasta el 40% de los ingresos anuales de un hospital. Esta limitación estructural hacía que estas IPS públicas estuvieran en condiciones de inferioridad al competir con las demás IPS.
- Colombia fracasó en su intento por hacer que los hospitales trabajaran en red. Ya desde comienzos de la reforma se tenía en claro que las ventajas de las redes eran múltiples. Economías de escala por mayor de negociación en la compra de servicios y medicamentos, ahorro en gastos administrativos al consolidar varias gerencias en una sola, una mejor asignación de los recursos al especializar hospitales y laboratorios en cierto tipo de servicios y utilización más eficiente de la referencia y contra referencia de pacientes entre los hospitales de la red, son algunas de éstas. Estos beneficios sólo se lograron en casos aislados como recientemente en Barranquilla y en el Cauca.
- Uno de los grandes problemas de las redes en nuestro país es que si bien los propietarios de los hospitales son en su mayoría los departamentos y municipios, su gobernanza no está en sus manos, sino en las juntas directivas y en los gerentes. Estos tienen una gran autonomía y la institucionalidad actual no puede ejercer un mayor control sobre su gestión.

Si bien a la largo de los últimos veinte años se adelantó una reforma parcial de los hospitales en Colombia, aún falta mucho por mejorar y profundizar en este campo. Los adelantos del sistema se encuentran en la puesta en marcha de sistemas de información que deben ser diligenciados por EPS e IPS en forma obligatoria. El Decreto 2193 de 2004 crea el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), y hace obligatorio el reporte de los RIP al Ministerio de Salud, los reportes periódicos de las finanzas y servicios a la Superintendencia de Salud por la mayoría de los actores, entre otros sistemas son prueba de ello. Así mismo, Colombia ha fortalecido sus encuestas a las familias en donde se pregunta por la salud. La Encuesta Nacional de Hogares, la Encuesta de Calidad de Vida, La Encuesta Nacional de Salud y la de Demografía han ampliado sus muestras y sus aplicaciones son más estables y frecuentes. Estas encuestas son la base para comprender mejor el perfil epidemiológico de la población y sus diferencias por

regiones, la utilización de los servicios de salud y el gasto de bolsillo de las familias, entre otros.

De otra parte, una primera mirada desde el análisis por niveles del sistema de salud colombiano se encontraría que en los niveles macro y micro tienen una respuesta institucional adecuada en tanto que en el nivel meso las deficiencias son notables. Así, los problemas del sistema de salud a nivel macro han dado paso a reformas en los últimos años. Desde la Ley 100 de 1993, pasando por las leyes que asignan las transferencias intergubernamentales a los territorios (Leyes 60, 715 y 1122), la ley 1438 y en la actual coyuntura la nueva presentación de proyectos de ley que modificarán el sistema de salud en forma radical. Baste mencionar que es posible que Colombia entre en un proceso de transición que incluya la desaparición de las EPS. De ser esto cierto, cobra mayor vigencia el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.

A modo de Conclusión

Las reformas a la gestión de los sistemas hospitalarios en un buen número de países dejaron en evidencia un problema transversal en todos ellos. Sin importar el nivel de gasto en salud como porcentaje del PIB, se encuentra que si bien los recursos son crecientes, siempre crece más el gasto en salud. En otras palabras, el gasto público en salud crece mucho más que el resto de los sectores del gasto social y, a pesar de esto, es insuficiente para financiar las demandas en salud de la población. Esta paradoja se convirtió en el eje de las reformas de salud que se adelantaron. Los gobiernos saben que a largo plazo deben gastar más en salud, por esto su problema central es hacer más eficiente el gasto en salud y, en contener su ritmo de crecimiento a un nivel que no afecte la sostenibilidad financiera de largo plazo de los sistemas de salud. El arbitraje de más recursos es una constante.

Las reformas en Europa y algunos países latinoamericanos muestran además que se siempre se evitó el giro directo de los recursos a los hospitales. Por el contrario, la creación de trust hospitalarios y fondos que los contrataban como sucedió en Inglaterra o, la creación de Empresas Sociales del Estado, como en Brasil, que co-administran los hospitales con ONG o fundaciones sin ánimo de lucro, se volvieron la ruta para la nueva gestión de los hospitales. Necesariamente los recursos del sector deben ir ligados a un contrato en donde se fijan metas tanto de actividades como de calidad del servicio, se diseñan incentivos de recursos por ser más eficientes, entre otros. Este administrador, gestor o intermediario es el encargo de generar los incentivos para que los hospitales tiendan a la eficiencia.

En forma complementaria, la aplicación de prácticas novedosas como los EBM y los HTA y de otras de viejo cuño como los DRG, se hicieron cada vez más importantes. Es importante tener en cuenta que el control del gasto no significa una menor calidad en el servicio y, además, técnicas para identificar la pertinencia de las nuevas tecnologías y medicamentos, junto con una comparación de los costos de la salud entre hospitales es un gran pendiente que tiene el sistema de salud colombiano. Utilizar los DRG en una

experiencia piloto en algunos departamentos puede ser una buena opción; esto ha demostrado muy buenos resultados en un sinnúmero de países. Por último, se encontró en todas estas reformas un gran reto en la generación de información gerencial y lo más actualizada posible para ayudar a la toma de decisiones. Por ejemplo, la comparación de tarifas entre hospitales a través de los DRG obliga en su momento a que los hospitales asuman si puedan tener una oferta amplia de prestaciones o, por el contrario se especialicen en un número más acotado. En todo caso, el sistema de salud, en general, no puede pagar tarifas mucho más altas al promedio.

Así mismo, la propiedad de los hospitales se convierte en un tema crucial para mejorar su gestión. En Colombia la mayoría de los hospitales públicos son departamentales o municipales y esto a veces hace difícil adelantar reformas en su gestión. Tal parece que formas de propiedad en donde además del estado incluyan otros propietarios como fundaciones u organizaciones privadas debe ser considerada una posibilidad para nuestro sistema.

Como vimos, los esfuerzos por mejorar la gobernanza de los hospitales en diferentes países se enfrentan con diferentes modelos de reforma del sector salud y de los hospitales. La actual coyuntura puede ser un buen momento para imponer reformas similares a las de los demás países. Esto preocupa, pues en el caso colombiano es muy posible que la discusión de un nuevo modelo de la salud se esté adelantando en un plano equivocado. La mejora de la gestión hospitalaria ha pasado a un segundo plano en medio de la discusión sobre la existencia o no de las EPS y su contraparte y de la autonomía anhelada por las IPS recuerdo del modelo de oferta de antes de la Ley 100. Es muy difícil tener certeza de cuál será el futuro de las IPS y la reglas del juego que las gobernarán. En todo caso, no es posible volver el financiamiento de la oferta de antaño, la eficiencia hospitalaria debe ir de la mano de nuevos modelos de gestión que impongan límites al gobierno de estas empresas sociales y tengan al mismo tiempo un alto nivel de autonomía que les permita hacer parte de la mejora de la gestión.

Los últimos ajustes al sistema de salud no han tenido mayor impacto en el nivel meso. En este nivel de gestión hay temas que son básicos para garantizar un buen sistema de salud y una red hospitalaria más eficiente. Mencionemos algunas de ellos:

- La gobernabilidad actual de los hospitales y la autonomía de sus direcciones.
- Los sistemas de información no permiten diferenciar entre las buenas y malas gerencias hospitalarias pues sus reportes periódicos son más estadísticos que gerenciales.
- No hay análisis que relacionen la calidad de la gestión de los hospitales públicos y privados con los resultados en salud.
- ¿La propiedad de los hospitales en manos de los territorios incide o no la gestión de los hospitales?
- ¿La actual crisis de recursos de los hospitales es un problema estructural o, por el contrario, se explica más por el aumento de los recobros?

4. DESEMPEÑO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN TRES DEPARTAMENTOS (2005 -2011).

4.1 Contexto

El sistema de salud en Colombia diferencia a sus establecimientos de acuerdo al nivel de atención que prestan. Esta diferenciación, clásica en la estructuración de la red hospitalaria de los países, tiene como objetivo organizar los recursos de un sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población de la forma más eficiente²². En el primer nivel de atención se llevan a cabo principalmente actividades de promoción y prevención (PyP), consultas de medicina y odontología general, servicios de laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, entre otros servicios generales. Este nivel de atención se caracteriza por brindar prestaciones de baja complejidad para lo cual dispone generalmente de consultorios y centros de salud que funcionan en red con el hospital.

Estos hospitales prestan los servicios de consulta externa en días y horas definidas y también servicios de terapias de recuperación de pacientes. Además, la gran mayoría de los hospitales tienen ambulancias a su servicio. En estos hospitales cada vez operan menos, pues remiten a otros hospitales la gran mayoría de estas prestaciones. Es normal que en un hospital del primer nivel programen las cirugías sólo una o dos mañanas a la semana. En general, la mayoría de ellos disponen de camas libres pues su nivel de ocupación es bajo al compararlo con hospitales de mayor nivel. Finalmente una revisión de su infraestructura arroja una mejora continua en los últimos años.

En el segundo nivel de atención se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas, procedimientos médicos de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada y, psiquiatría, entre otros. Estas IPS se caracterizan por tener un alto nivel de ocupación en sus camas, con un alto número de cirugías diarias, sus UCI se encuentran casi siempre ocupadas al 100% y es común que se presente un sobrecupo en sus instalaciones. Hay pacientes en urgencia en espera de ser operados, además es en estos hospitales en donde se atiende la mayoría de los partos cobijados por el régimen subsidiado. En general, las IPS de segundo nivel se encuentren muy atareados si se los compara con los de primer nivel; inclusive en zonas apartadas en donde las IPS cubren las atenciones de primer y segundo nivel su ocupación es muy alta. De acuerdo con varios estudios como el de Vignolo et. al. (2010) los dos primeros niveles de atención se pueden resolver hasta el 95% de las atenciones o prestaciones requeridas por la población.

Finalmente, el tercer nivel de atención agrupa a los hospitales que atienden problemas con una prevalencia baja, que usualmente requieren tratamientos y equipos altamente

22 VIGNOLO, Julio et al . Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int, Montevideo, v. 33, n. 1, abr. 2011 . Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-38162011000100003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 enero 2013.

especializados y de alta tecnología. Además, se prestan servicios de consulta, hospitalización y atención de urgencias en especialidades como cardiología, neumología, gastroenterología, neurología, dermatología, endocrinología, hematología, entre muchas otras. Un buen número son hospitales universitarios.

Las visitas a los hospitales públicos muestran además una alta concentración de pacientes y familiares alrededor de los servicios de urgencia en los hospitales de segundo y tercer nivel, que se refleja en el alto número de intervenciones quirúrgicas no programadas que éstos ejecutan. En estos hospitales se cuenta con pisos especializados en cierto tipo de servicios como maternidad y pediatría, que tienen un alto nivel de utilización de las camas, las salas de cirugía y las unidades de cuidados intensivos (UCI), entre las más importantes. Se encuentra inclusive una muy alta rotación en las camas, pues los cambios en las rutinas médicas tienden a dejar menos a los pacientes en posoperatorio en los hospitales y darles salida lo más rápido posible. Las visitas a las farmacias y almacenes de materiales muestran que se cuenta con los recursos necesarios para la prestación de los servicios. Los hospitales cuentan además con ambulancias y una costosa infraestructura que garantiza la prestación de los servicios, como lavandería de ropas y plantas de energía, entre otras.

En los hospitales públicos de segundo y tercer nivel la mayoría de su financiamiento proviene de los contratos con los departamentos. La atención de vinculados y el gasto No pos representa una parte importante de sus ingresos. Sin embargo, en los últimos años muchos de estos hospitales han extendido sus servicios al nivel local, con lo cual también adelantan contratos con municipios. Lo anterior se explica por qué en Colombia las redes de IPS tienen muy poco desarrollo, así cada hospital es una unidad administrativa independiente y por lo tanto busca maximizar sus ingresos sin tener en cuenta las finanzas de los demás hospitales. Es por esto que muchos hospitales de primer nivel prefieren remitir pacientes, en tanto que muchos hospitales de segundo y tercer nivel se quejan de la falta de resolución del primer nivel. Esta tensión es reflejo de la manera como se financia la red hospitalaria pública; la lógica de los recursos desde el punto de vista de cada hospital, que busca minimizar los gastos y aumentar los ingresos, se impone sobre una asignación eficiente de acuerdo con la disponibilidad de recursos y la capacidad instalada de una red de IPS públicas.

De otra parte, los hospitales son por excelencia el principal punto de contacto entre la población colombiana y el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Estas instituciones por su naturaleza, tamaño e importancia, son una de las más respetadas en el ámbito local y territorial. Los hospitales, cuando están ubicados en un municipio de menos de 20.000 habitantes, se convierten en uno de los principales empleadores y los recursos que administran son, en muchos casos, mayores a los del mismo municipio. Esta diferencia es inclusive mayor en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Además, dado que en Colombia la consulta externa se atiende en su gran mayoría en los hospitales, este se convierte en un punto de encuentro para la población de uno o varios municipios. En otras razones esto se explica, porqué la gran

mayoría de hospitales tienen servicios de laboratorio y de imágenes diagnósticas, con lo cual la mayoría habitantes de estos municipios utilizan estos servicios.

Así mismo, el director de un hospital es uno de los cargos más prestigiosos de la región junto con los médicos especialistas que en muchos casos devengan ingresos mucho mayores que los del mismo gerente. Dada la manera tan compleja como en Colombia se nombra a los gerentes, estos se convierten en directores con una gran autonomía en las funciones que les competen y con una relación limitada con las autoridades locales y departamentales. Cada hospital tiene su junta directiva, sin embargo el gerente es finalmente el ordenador del gasto y puede nombrar médicos, personal administrativo, celebrar contratos y negociar con los demás actores del sector. Por ejemplo, con las EPS negocia las tarifas de los servicios que presta, la atención de una parte del POS a cierto número de la población afiliada por un valor determinado (per cápita), el precio de ciertos servicios externos, medicamentos, laboratorios y, las tarifas de las prestaciones de los médicos que prestan servicios no POS.

En general, hay una alta autonomía a los directores de los hospitales públicos en Colombia y esta se refleja necesariamente en la estructura de costos de la IPS. Lo anterior nos permite afirmar que en Colombia no hay un patrón del gasto hospitalario en los hospitales y por esto es muy difícil compararlos entre sí e identificar cuáles son más eficientes. Inclusive al clasificarlos por niveles de atención hay que tener un gran cuidado en la comparación, pues algunos de ellos se especializan en cierto tipo de servicios. Así mismo desde el lado de los ingresos vemos como los hospitales por nivel de atención tiene una mayor o menor dependencia de algunas fuentes de recursos; los de segundo y tercer nivel deberían depender más de los recursos departamentales, en tanto que los municipales de los contratos con las EPSs. Es necesario profundizar en el análisis de los ingresos y gastos de los hospitales, así como de su producción de servicios con el fin acercarnos a identificar sus tendencias en los últimos años.

Este es el tema que se aborda a continuación y es muy importante tanto por el alto volumen de recursos involucrados como por las poblaciones que son atendidas. En Colombia hay cerca de 1.000 IPS públicas que facturaron cerca de \$10 billones de pesos en el año 2011. Esto representa alrededor del 45% del total de los recursos de los regímenes subsidiado y contributivo en un año. Este porcentaje es ligeramente inferior al porcentaje de recursos de los sistemas de salud que administran los hospitales en otros países.

4.2 Análisis de la situación financiera y la producción en tres departamentos (Información del SIHO)

Como vimos anteriormente hay muchas metodologías de gestión para racionalizar el gasto público en salud y en especial de los hospitales que no han sido utilizadas en Colombia. Algunos de esos trabajos dejaron en claro que uno de los elementos principales para poder mejorar la gestión es tener la información disponible y oportuna para tomar las decisiones correctas. Dada la importancia de la salud financiada con recursos públicos se decidió centralizar esta información con el fin que sirviera para los

finés mencionados. Así, el Ministerio de la Protección Social, creó, a través del Decreto 2193 de 2004, el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO). Éste sistema recopila en forma periódica información contable, flujos de ingresos y gastos, la producción hospitalaria y de pasivos pensionales, entre otra información que reportan los cerca de mil hospitales públicos.

A partir de esta base de datos se adelantó un análisis de los hospitales de Antioquia, Atlántico y Valle. El análisis de la información de los hospitales públicos se hizo a partir de los ingresos, gastos y, de los servicios de salud prestados (producción) entre los años 2005 y 2011. En primer lugar, se analizó la evolución de la totalidad de los ingresos en los departamentos, así como los cambios en la estructura de éstos, comparando su composición y cambios que presentó entre 2005 y 2011. También se realizó una comparación departamental tomando como base el ingreso per cápita por IPSs. En el rubro de gastos se hace un análisis similar, se describe la evolución de los gastos entre 2005 y 2011 y se compararon las estructuras del gasto en tres departamentos.

Igualmente, se analizó la producción hospitalaria en el mismo periodo. Se hace una descripción de la evolución de los principales servicios de salud producidos en los tres departamentos, y se destacan las diferencias observadas según los niveles de atención de los hospitales. Finalmente, con las limitaciones que tiene el análisis, se presentan algunas comparaciones departamentales de algunos indicadores de producción por nivel de hospital. Se presenta a continuación una breve nota metodológica que especifica el tipo de información utilizada así como las limitaciones de esta en el análisis propuesto.

4.2.1 Nota metodológica

A partir de la información consultada en la base de datos SIHO, se consolida la información correspondiente a ingresos y gastos de todos los hospitales públicos para cada departamento para el período 2005-2011. Para objeto de comparación, se llevó toda la información a pesos de 2011. La información está desagregada por nivel de atención en cada departamento analizado.

La información de ingresos totales consolida cuatro grandes grupos: ingresos corrientes, disponibilidad inicial, otros ingresos y cuentas por cobrar de otras vigencias. Los ingresos corrientes se componen de los ingresos generados por ventas de servicios de salud a los regímenes contributivo, subsidiado, vinculado y otras ventas, los aportes de la Nación, los departamentos y municipios y otros ingresos corrientes no especificados. La partida *otros ingresos* incluye los ingresos de capital y otros ingresos no especificados. La cuenta de *disponibilidad inicial* se refiere a los recursos iniciales (caja) de las IPS. La partida de *otras ventas*, incluida en la cuenta de ventas de servicios de salud incluye la facturación al SOAT, Fosyga, Plan de Intervenciones Colectivas y consultas y servicios particulares.

En el gasto, la información se agrupó en cinco grandes cuentas: gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial y prestación de servicios, inversión,

deuda pública y cuentas por pagar. Los gastos de funcionamiento incluyen los gastos de personal, las transferencias corrientes y los gastos generales. En estos últimos están incluidos impuestos y multas, adquisición de bienes, mantenimiento, adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) y pago de servicios públicos. La suma de los gastos de funcionamiento y los gastos de operación comercial y prestación de servicios da lugar a los denominados gastos corrientes.

El análisis de la producción de servicios de salud se realiza con la información de los servicios prestados. El principal limitante en el análisis se presenta debido a que el SIHO no cuenta con información del valor de cada prestación o servicio. Esto imposibilita relacionar los ingresos o gastos de los hospitales públicos con sus niveles de producción. Al no contar con un valor monetario de los servicios de salud, ocurre que, por ejemplo, una cirugía compleja tiene estadísticamente el mismo peso relativo que una consulta de medicina general.

Igualmente, analizar los niveles de producción de servicios de salud de los centros hospitalarios puede tener limitaciones importantes. Aun cuando se agrupen por nivel de atención, es posible que la naturaleza de los hospitales difiera de forma importante entre ellos y eso lleve a que, por ejemplo, dos hospitales con niveles similares de ingresos difieran sustancialmente en el tipo de servicios que producen. Un ejemplo de esta situación se da al comparar un hospital universitario y un hospital especializado; por ejemplo, de pacientes quemados, ambos nivel 3. Hay cierto tipo de servicios que no serán producidos por el segundo hospital, y que un análisis grueso de las estadísticas de producción podría señalarlo incorrectamente como ineficiente, frente a otro hospital de similares ingresos y mismo nivel de atención. La información disponible, sin embargo, es útil para analizar la dinámica del número de prestaciones médicas por mil habitantes; se encontraron interesantes resultados.

Finalmente, es importante especificar el universo de hospitales analizados. En 2005, el análisis comenzó con 219 hospitales públicos para los cuatro departamentos, cifra que cayó a 217 a partir de 2009 con la salida de un hospital en Antioquia, de primer nivel, y otro en Atlántico, de tercer nivel. La tabla 3 resume esa información.

Tabla 3. Número de IPS por Departamento y Nivel de Atención

| Departamento/Nivel de atención | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|
| Antioquia | 134 | 134 | 133 | 133 | 133 |
| 1 | 117 | 117 | 116 | 116 | 116 |
| 2 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Atlántico | 27 | 27 | 26 | 26 | 26 |
| 1 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Valle | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| 1 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 |

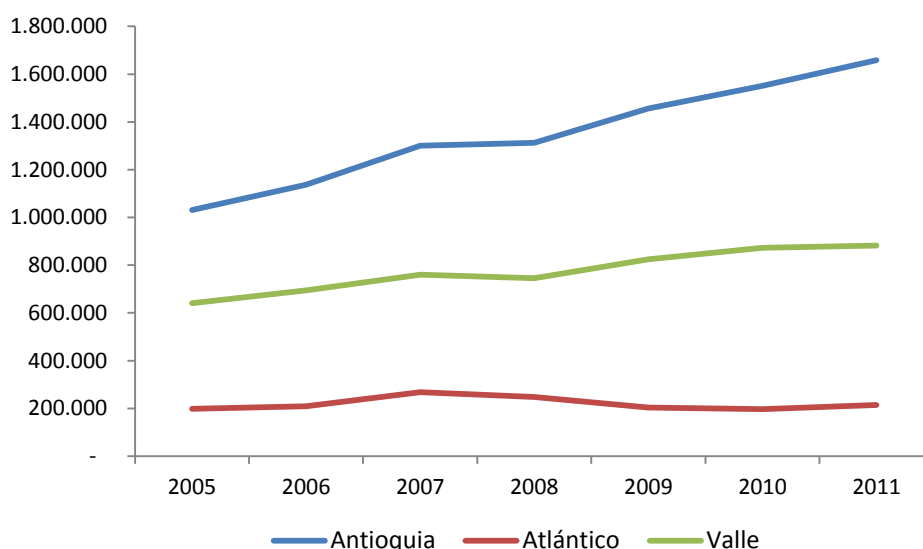
| | | | | | |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Total | 219 | 219 | 217 | 217 | 217 |

4.2.2 Comportamiento de los ingresos y gastos entre 2005 y 2011

Ingresos

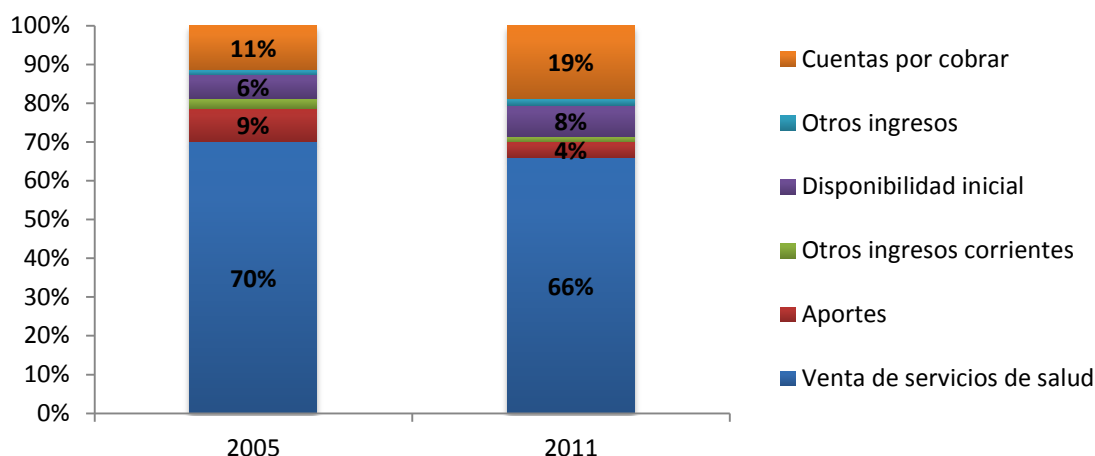
La evolución de los ingresos de los departamentos analizados no da cuenta de un patrón de comportamiento similar entre éstos. En todos ellos hay un aumento de la facturación en términos reales per mucho más acentuada en Antioquia. Igualmente, se encontró un gran crecimiento de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores. En el **Gráfico 2** se observa el comportamiento del total de los ingresos de los hospitales públicos en Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico. En los dos primeros se presentó una tendencia creciente del ingreso entre 2005 y 2011, especialmente en los hospitales de Antioquia, que registraron un crecimiento del 60%. Por su parte, los hospitales públicos del Atlántico registraron un menor crecimiento de los ingresos en los siete años analizados.

Gráfico 2. Total Ingresos Hospitales Públicos por Departamentos (Mill. \$ de 2011)



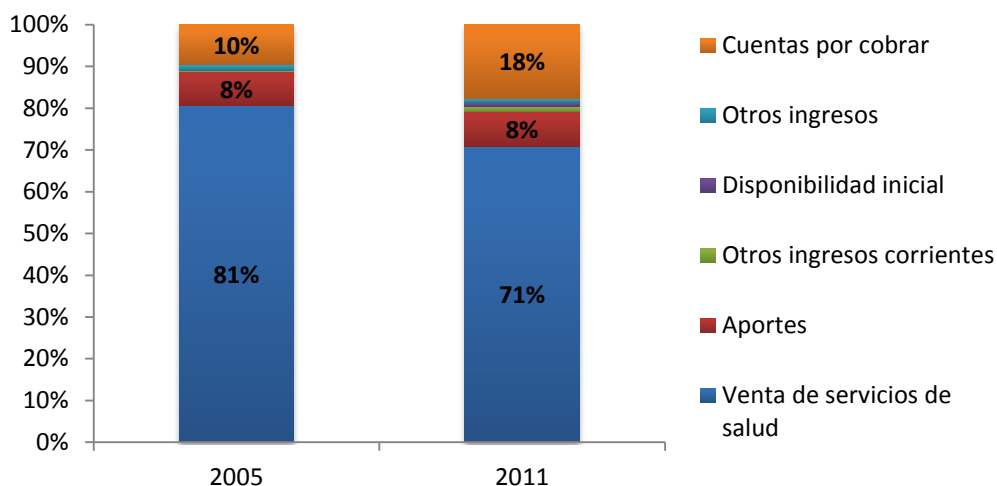
En Antioquia, el importante aumento de los ingresos totales de los hospitales públicos fue principalmente debido a un incremento de las ventas de servicios de salud. Estas crecieron el 51%, unos \$370 mil millones. El **Gráfico 3** muestra el aumento de los ingresos y de las cuentas por cobrar, las cuales son en últimas venta de servicios de años anteriores.

Gráfico 3. Composición Ingresos Hospitales públicos en Antioquia



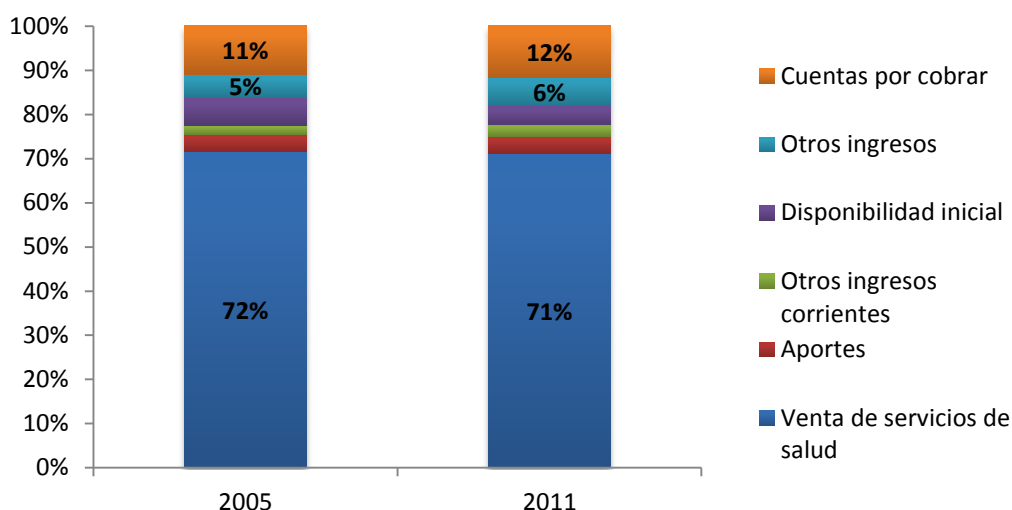
En el Atlántico, al igual que en Antioquia, se dio un cambio en la composición de los ingresos durante el mismo periodo (ver **Gráfico 4**). Las cuentas por cobrar aumentaron \$19 mil millones, un 108%, mientras que los ingresos por ventas de servicios de salud disminuyeron cerca de \$1.5 mil millones, un 1%. Por a su importancia dentro de los ingresos, preocupa el bajo crecimiento de las ventas de servicios durante este periodo. Los ingresos sólo aumentaron un 12%, alrededor de \$24 mil millones.

Gráfico 4. Composición Ingresos Hospitales Públicos en Atlántico



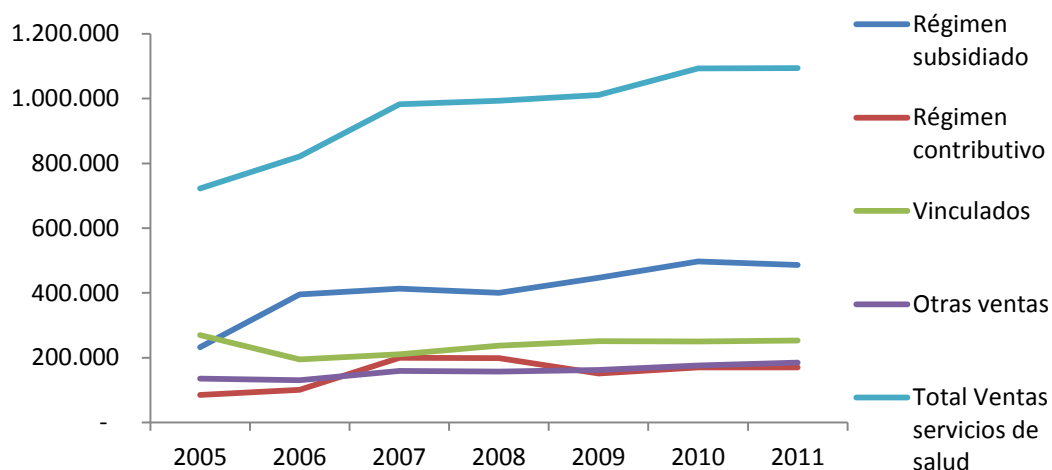
Por su parte, los hospitales públicos del Valle del Cauca registraron un crecimiento en sus ingresos, pero mucho menos fuerte que el presentado en Antioquia. Entre 2005 y 2011, los ingresos por ventas de servicios de salud aumentaron \$170 mil millones, un 37%, y las cuentas por cobrar crecieron \$33 mil millones, un 47%. En este caso, tal como se aprecia en el **Gráfico 5**, la estructura de ingresos se mantuvo relativamente estable, aunque la tendencia al aumento de la participación de las cuentas por cobrar en el total de ingresos también aplica en este departamento.

Gráfico 5. Composición Ingresos Hospitales Públicos en el Valle del Cauca



Tal como se ha observado hasta ahora, a pesar de que han perdido importancia relativa en el total de ingresos, la venta de servicios de salud se mantiene como la principal fuente de ingresos. Por ello, a continuación se profundizará en el análisis de la evolución de los ingresos que generaron los diferentes tipos de ventas de servicios de salud. En Antioquia el aumento de los ingresos por ventas de servicios de salud se dio principalmente por cuenta del régimen subsidiado. Tal como se observa en el **Gráfico 6**, entre 2005 y 2011 las ventas de servicios al régimen subsidiado aumentaron \$254 mil millones, cerca de un 110%. Las ventas al régimen contributivo, aunque tienen una participación menos importante, también tuvieron un destacado crecimiento, al duplicarse durante el periodo.

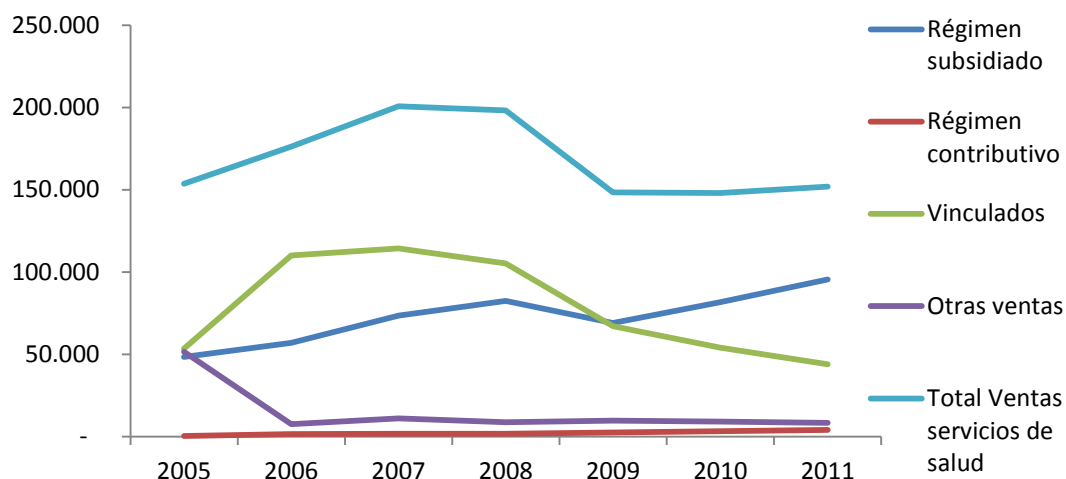
Gráfico 6. Evolución Ingresos por Ventas de Servicios en Antioquia (Mills. \$ 2011)



En Atlántico, la evolución de los ingresos por ventas de servicios presentó un comportamiento errático entre 2005 y 2011. En este caso, los vinculados explican el comportamiento durante el periodo, al tener un importante incremento durante los dos primeros años, para luego caer rápidamente en los años siguientes. De hecho, desde 2010, el ingreso por ventas a vinculados dejó de ser el más importante, ya que el

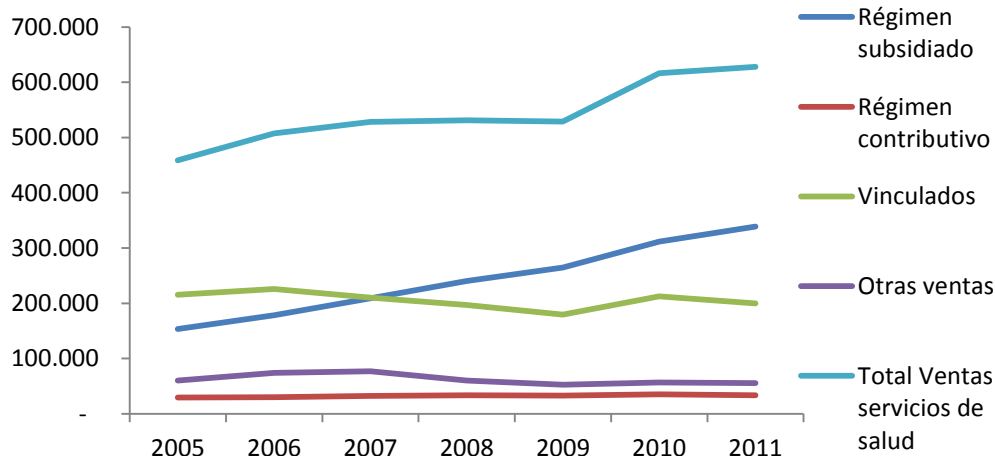
crecimiento sostenido de la facturación al régimen subsidiado la convirtió en la más importante fuente de recursos del departamento. Al final del periodo, las ventas de servicios de salud a los vinculados cayeron un 18%, las ventas al régimen subsidiado aumentaron un 98%, y otras ventas cayeron el 84%. Así, los ingresos por ventas de servicios de salud de este departamento cayeron el 1% (ver **Gráfico 7**).

Gráfico 7. Evolución Ingresos por Ventas de Servicios en Atlántico (Mills. \$ 2011)



Entre 2005 y 2011, en Valle del Cauca los ingresos de los hospitales aumentaron por la facturación al régimen subsidiado, en tanto que se presentó una reducción de los ingresos por vinculados. Tal como se observa en el **Gráfico 8**, las ventas a los primeros aumentaron \$186 mil millones, mientras que a los segundos cayeron \$16 mil millones.

Gráfico 8. Evolución Ingresos por Ventas de Servicios en el Valle (Mills. \$ 2011)

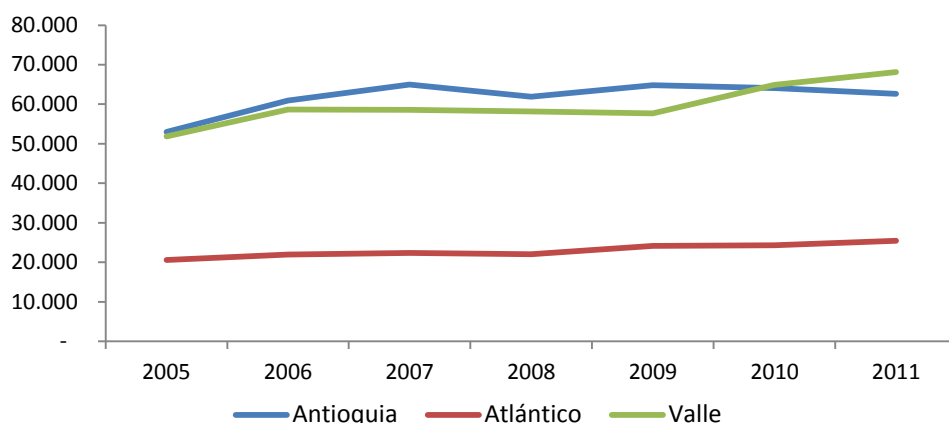


Ingresos per cápita

Para hacer una comparación entre los niveles de ingreso de los hospitales públicos de los departamentos seleccionados, se comparó la relación de ingresos per cápita de los hospitales. Estos ingresos incluyen ventas de servicios al régimen subsidiado, al régimen contributivo, a los vinculados y otras ventas y se tomó la población total de cada departamento.

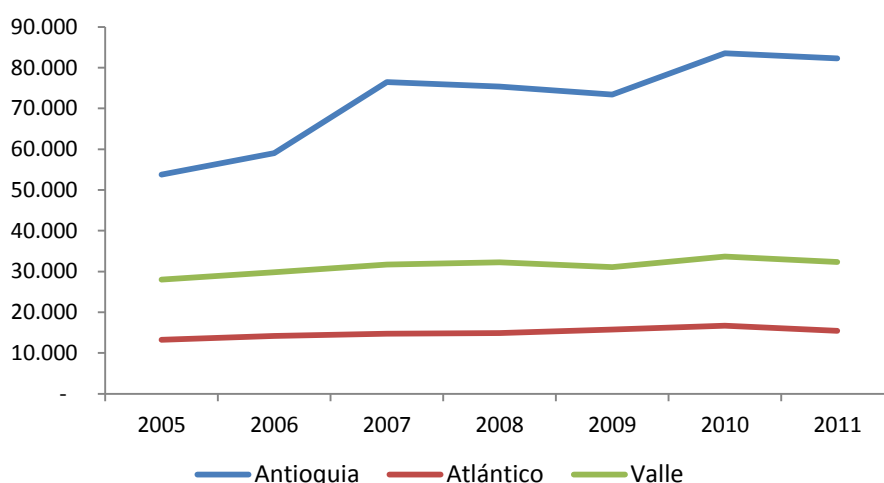
En el primer nivel de atención se observan claras diferencias en los ingresos per cápita por ventas de servicios de salud. En Antioquia y Valle, entre 2005 y 2011 el conjunto de hospitales públicos recibieron en promedio \$60.000 por cada habitante. En Atlántico, en cambio, los ingresos per cápita están muy por debajo de los dos anteriores, con un promedio de \$23.000 durante el mismo periodo (ver Gráfico 9).

Gráfico 9. Ingresos per cápita por ventas de servicios Hospitales Públicos de primer nivel (\$ de 2011)



Tal como se observa en el **Gráfico 10**, los ingresos per cápita por ventas de servicios de los hospitales públicos de segundo nivel de atención de Antioquia aumentaron un 53% entre 2005 y 2011, al pasar de \$54.000 a \$83.000 respectivamente. En Valle y Atlántico los niveles per cápita de estos mismos ingresos se mantuvieron estables durante todo el periodo, en \$31.000 y \$15.000 en promedio respectivamente.

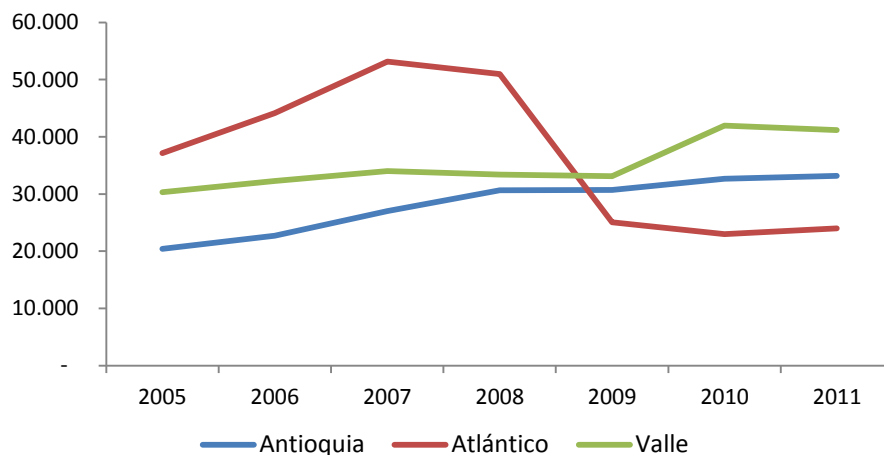
Gráfico 10. Ingresos per cápita por ventas de servicios Hospitales Públicos de segundo nivel (\$ de 2011)



A diferencia de lo visto en los otros dos niveles, los ingresos per cápita por ventas de servicios de los hospitales públicos de tercer nivel fueron superiores en Atlántico, con respecto a los del Valle y Antioquia. Los hospitales públicos de tercer nivel del Valle

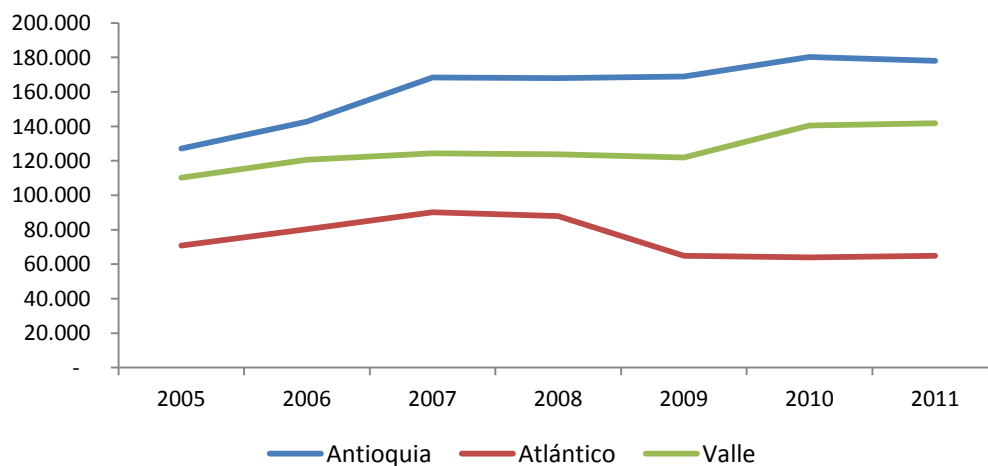
tienen un mayor ingreso per cápita que los de Antioquia, pero ambos lo aumentaron progresivamente durante el periodo (ver **Gráfico 11**).

Gráfico 11. Ingresos per cápita por ventas de servicios de salud en hospitales públicos de tercer nivel (\$ de 2011)



En los hospitales públicos de Antioquia y Valle se observa un aumento progresivo del ingreso per cápita, en tanto que en el Atlántico, los hospitales tienen ingresos per cápita muy por debajo de los otros dos departamentos (ver **Gráfico 12**).

Gráfico 12. Ingresos per cápita Venta de Servicios Hospitales públicos (\$ de 2011)

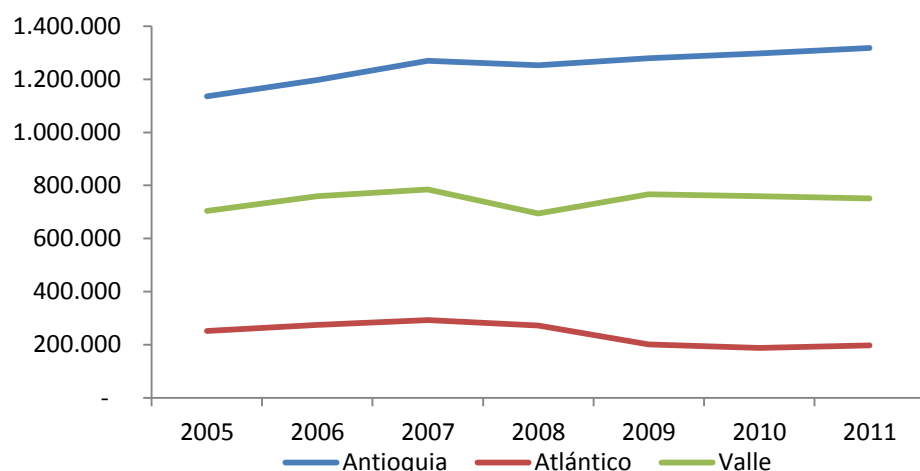


Gastos

La evolución de los gastos en los departamentos analizados da cuenta de un manejo financiero responsable, puesto que se observa cierta estabilidad de éstos a lo largo del tiempo. En el Gráfico 13 se observa el comportamiento del total de los gastos de los hospitales públicos en Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico. Entre 2005 y 2011, se dio un crecimiento no muy significativo de los gastos en Antioquia y Valle, del 16% y 7%, respectivamente. En Atlántico, en cambio, se dio una reducción del 22% en los

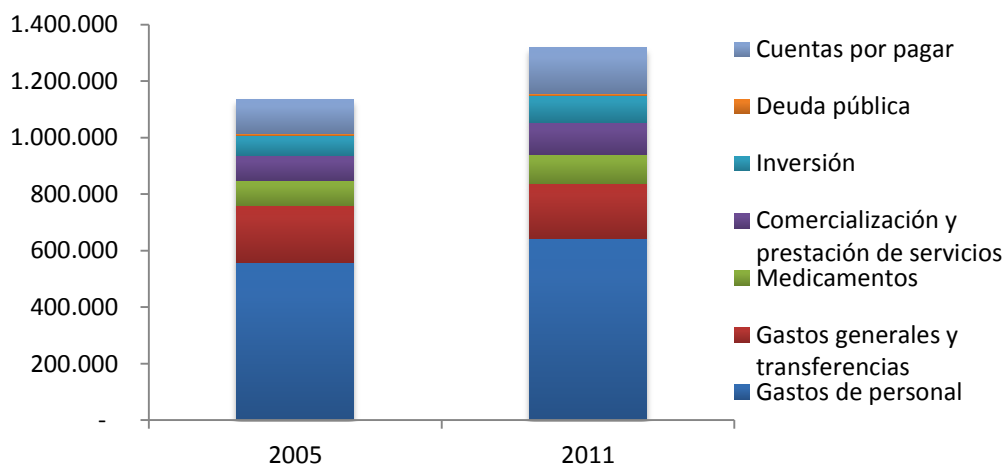
gastos, especialmente por la caída de éstos entre 2008 y 2009, mientras que en los demás años son muy estables.

Gráfico 13. Total de gastos por departamentos 2005 y 2011 (\$ Pesos de 2011)



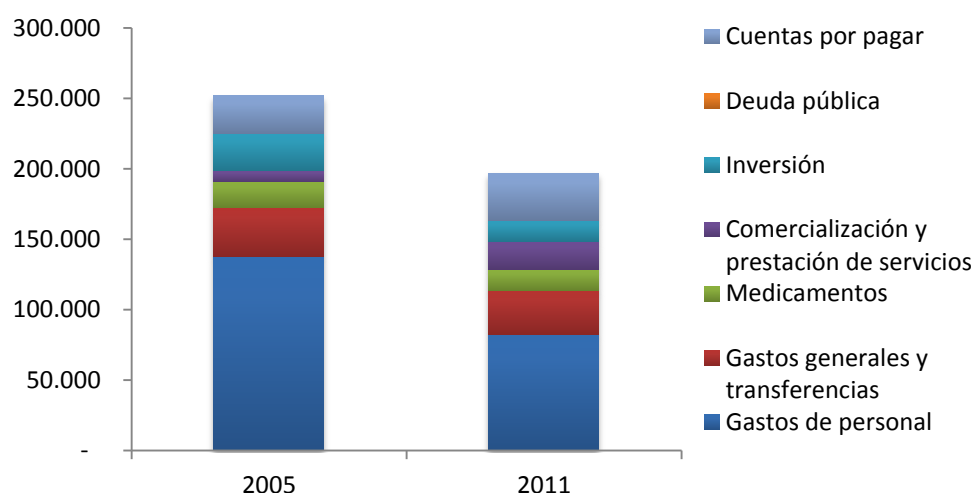
En Antioquia, solamente los gastos de personal representan cerca de la mitad del total de gastos de los hospitales públicos, proporción que se mantuvo estable en el tiempo. Se destaca, sin embargo, una reducción en los gastos generales y transferencias del 3%, así como un aumento de \$22 mil millones en la inversión, más del 30%. Los gastos en medicamentos representan apenas el 8% (ver **Gráfico 14**).

Gráfico 14. Estructura Gastos Hospitales Públicos Antioquia (Mills. Pesos de 2011)



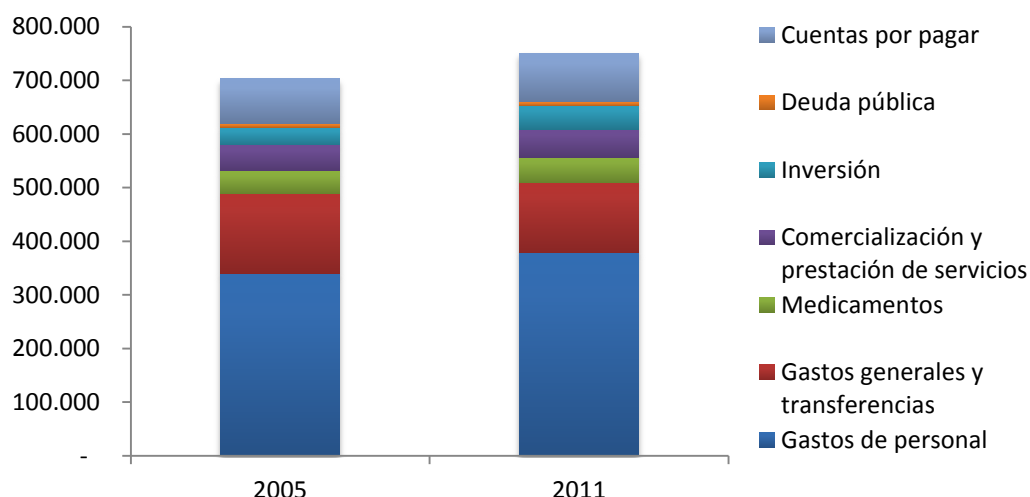
En Atlántico, los gastos de personal perdieron participación, al pasar de representar el 55% de los gastos en 2005 al 42% en 2011. Las cuentas por pagar, en cambio, aumentaron en más de \$6 mil millones, y representan ahora cerca del 20% del total de gastos. La inversión se redujo en alrededor de \$11 mil millones (ver **Gráfico 15**).

Gráfico 15. Estructura Gastos Hospitales Públicos Atlántico (Mills. Pesos de 2011)



La estructura de los gastos en el Valle no muestra ningún cambio significativo durante el periodo analizado. Se destaca el aumento de la inversión en más de \$11 mil millones y una reducción de \$19 mil millones en los gastos generales y transferencias. Los gastos de personal crecieron un 12% (ver **Gráfico 16**).

Gráfico 16. Estructura Gastos Hospitales Públicos Valle (Mills. \$ de 2011)

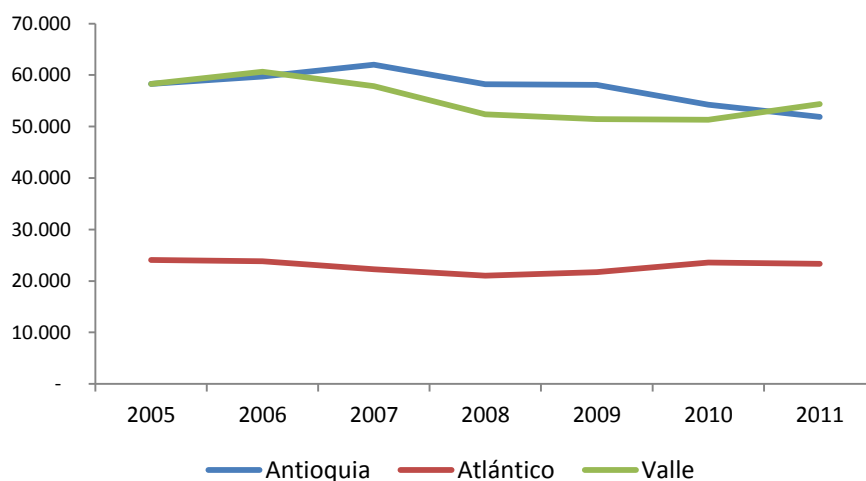


Gastos per cápita

Al igual que con los ingresos, para hacer una comparación entre los departamentos seleccionados es necesario tomar como referencia los gastos per cápita. En este caso, se tomaron la suma de los gastos de funcionamiento y de operación comercial y servicios, que concentran alrededor del 80% del total del gasto de los hospitales públicos y e dividieron por el total de la población total de cada departamento.

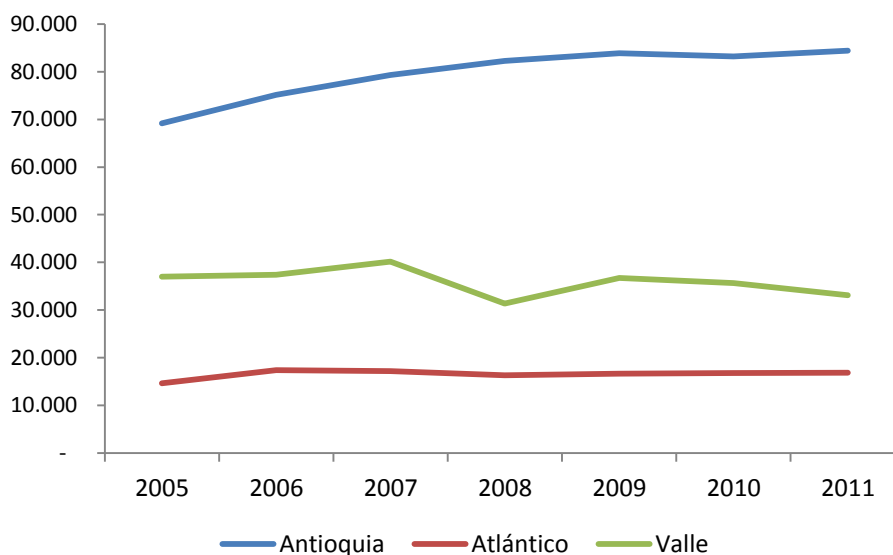
En el primer nivel de atención de los hospitales públicos de Antioquia, Valle y Atlántico, el gasto per cápita descendió en el periodo analizado en un 12%, 4% y 6% respectivamente. En Antioquia, el gasto per cápita estuvo alrededor de los \$67.000 y en el Valle de \$62.000 en promedio. Los hospitales públicos del Atlántico tienen un nivel de gasto per cápita muy inferior, alrededor de \$25.000 por persona (ver Gráfico 17).

Gráfico 17. Gastos de funcionamiento, comerciales y prestación de servicios per cápita en hospitales públicos de primer nivel de atención (\$ de 2011)



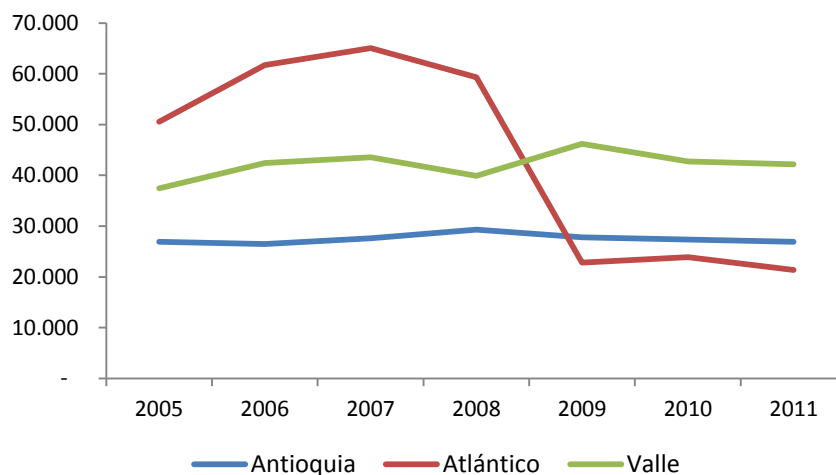
En los hospitales de segundo nivel de atención de Antioquia el gasto per cápita aumentó un 22%, mientras que en Valle descendió 11%. En Atlántico, donde se registra el menor gasto per cápita entre los cuatro departamentos, aumentó solo un 15% durante todo el periodo (ver **Gráfico 18**).

Gráfico 18. Gastos de funcionamiento, comerciales y prestación de servicios per cápita en hospitales públicos de segundo nivel de atención (\$ de 2011)



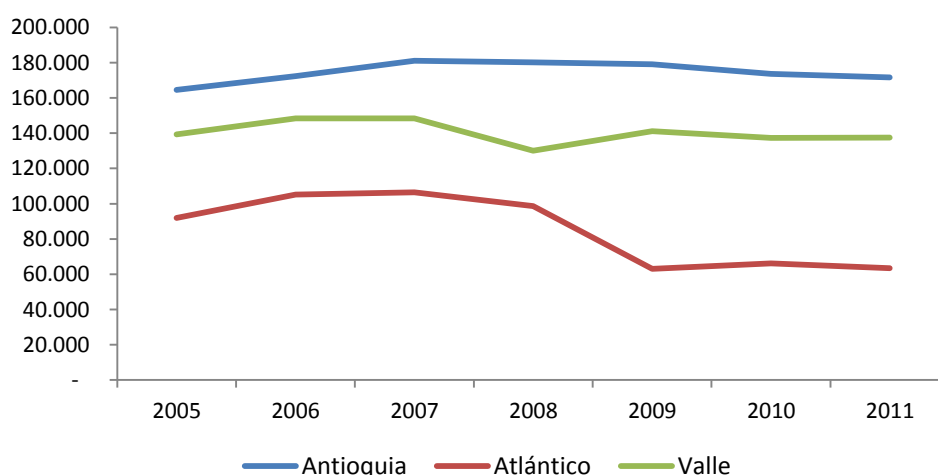
Los gastos de funcionamiento y prestación de servicios per cápita fueron mayores en el Atlántico hasta la liquidación de uno de los dos hospitales de tercer nivel de atención. En Valle y Antioquia se observa una tendencia estable de los gastos per cápita, y con una diferencia de alrededor de \$15.000 del primero sobre el segundo (**Gráfico 19**).

Gráfico 19. Gastos de funcionamiento, comerciales y prestación de servicios per cápita en hospitales públicos de tercer nivel de atención (\$ de 2011)



Al analizar el consolidado de los tres niveles de atención de los gastos per cápita, se observa una tendencia estable en Antioquia y Valle durante el periodo analizado, de alrededor de \$175.000 y \$140.000 respectivamente. En el Atlántico, los gastos per cápita son significativamente menores con respecto a los otros departamentos analizados, y la diferencia se acentúa a partir de 2009 con la liquidación de un hospital de tercer nivel de atención. Tal como se ve en el **Gráfico 20**, los gastos de este hospital representaban alrededor del 40% de los gastos del total de hospitales en ese departamento.

Gráfico 20. Gastos de funcionamiento, comerciales y prestación de servicios per cápita en hospitales públicos (Pesos de 2011)



Los hospitales del Valle y Antioquia tienen un comportamiento similar en sus gastos han tenido una importante reducción de sus gastos corrientes, que han favorecido el aumento de las inversiones. Se encuentra además que los hospitales del Atlántico factura mucho menos en promedio que los otros departamentos, con lo cual tienen un nivel gasto mucho menor. Esto preocupa en la medida que los planes de atención son

iguales en todo el país. Hay que estudiar en detalle si las atenciones que se prestan en el Atlántico son menores a las que se prestan en los otros dos departamentos. Un buen camino es ver si se encuentran diferencias importantes en las prestaciones que reciben en promedio de los hospitales públicos las poblaciones de estos departamentos.

4.2.3 Producción de servicios de salud

La producción de servicios de salud en los hospitales públicos de los departamentos analizados muestra resultados esperados de acuerdo al tipo de prestaciones que se dan en cada nivel de atención. Así, los hospitales de primer nivel se concentran en servicios de medicina general, controles de enfermería, actividades de promoción y prevención, exámenes de laboratorio y servicios de odontología, entre otros. En los de segundo y tercer nivel se presentan con mayor frecuencia procesos que tienen una mayor complejidad médica, tales como cirugías, servicios de medicina especializada, partos vaginales y por cesárea, entre otros²³.

En los departamentos se destaca una disminución tanto de los partos vaginales como por cesárea, especialmente en Antioquia y Atlántico. Entre 2007 y 2011, estos dos departamentos tuvieron una reducción del 66% y 30%, respectivamente, en la cantidad de partos vaginales registrados; los cuales son más numerosos que los partos por cesárea. Por niveles de atención, se encuentra que la totalidad de las cesáreas son hechas en los hospitales de segundo nivel, mientras que los partos vaginales se realizan en las IPSs de primer nivel de atención.

A su vez, las consultas de medicina especializada, tanto electivas como urgentes, aumentaron en todos los departamentos. En el caso de las consultas de medicina general, la evolución en el tiempo fue diferente entre departamentos; en Antioquia y Atlántico se mantuvieron relativamente estables, mientras que en Valle del Cauca cayeron de forma importante. Por nivel de atención, las consultas de medicina especializada son más numerosas en los hospitales de segundo nivel de atención y poco comunes en los de primer nivel. Entre tanto, las consultas de medicina general son significativamente mayores en los hospitales de primer nivel y casi inexistentes en los de tercer nivel.

Además, servicios como los exámenes de laboratorio, la aplicación de dosis de biológico y los controles de enfermería son llevados a cabo en instituciones de primer y segundo nivel, con mayor incidencia en los centros de salud de menor complejidad. Así mismo, en el Valle se destaca una reducción del 30% en los controles de enfermería.

Las exodoncias y sesiones de odontología son servicios de baja complejidad que se concentran en su gran mayoría en las instituciones de primer nivel de atención. Salvo en Vichada, en donde el número de ambos servicios cayeron drásticamente, las sesiones de

23. El Anexo 3 contiene la información de producción de servicios de salud específica para cada departamento y por nivel de atención entre 2007 y 2011.

odontología mostraron aumentos importantes, mientras que las exodoncias tuvieron una lenta pero progresiva tendencia a la baja.

En cuanto a las sesiones de terapias físicas y respiratorias, no hay una tendencia tan marcada de cual nivel de atención concentra la producción de estos servicios. Así, en Antioquia son mayoritariamente llevados a cabo en hospitales de segundo nivel, aunque no es pequeña la cantidad registrada en los otros niveles. Mientras tanto, en el Valle del Cauca, las terapias físicas se concentran especialmente en los hospitales de primer nivel de atención, mientras que las respiratorias se prestan en su mayoría en los de tercer nivel. En el Atlántico, en cambio, las primeras son más usuales en los hospitales de tercer nivel mientras que las segundas se reparten de forma similar en los tres niveles de atención. Antioquia se destaca un aumento de más del doble de las terapias físicas.

De otra parte, el número de cirugías es significativamente mayor en los hospitales de segundo nivel, especialmente en Antioquia. En el Valle, los hospitales de tercer nivel tienen una participación mucho más significativa en la realización de cirugías que la que se presenta en los otros departamentos. A lo largo del tiempo, se destaca una reducción alrededor del 50% Atlántico, y un aumento no muy significativo en Antioquia y Valle.

El indicador de porcentaje ocupacional, que relaciona los días-cama disponibles contra los días-cama ocupados, da cuenta de algunos problemas. En primer lugar, en todos los departamentos se observa que en los hospitales de primer nivel el porcentaje ocupacional está alrededor del 40%. En Valle, se destaca que en el tercer nivel de atención el porcentaje ocupacional está por encima del 90%, llegando incluso al 98%. Desde el punto de vista técnico, el ideal de ocupación está entre el 80% y 90%, con un mínimo aceptable del 60%. Las particulares situaciones identificadas en estos departamentos dan cuenta de una subutilización de recursos en los hospitales de primer nivel y una preocupante saturación en el tercer nivel en el Valle.

Otro indicador usado frecuentemente es el promedio de días-estancia de los egresados de los hospitales. En todos los casos, cuanto mayor es el nivel de complejidad de la atención, mayor cantidad de días en promedio permanecen los pacientes en los hospitales. En promedio, en los hospitales de primer nivel es de cerca de tres días; en los de segundo nivel es alrededor de cinco días y en los de tercer nivel es de 10 días en promedio. Por niveles de atención, en la mayoría de los casos, el promedio de los días-estancia aumentó ligeramente entre 2005 y 2011.

Tabla 3. Consolidado de producción de servicios de salud por departamento

| Servicio de salud por departamento | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas | | | | | |
| Antioquia | 433.698 | 456.032 | 482.125 | 497.159 | 537.965 |
| Atlántico | 197.815 | 211.921 | 145.940 | 146.178 | 135.770 |
| Valle | 453.593 | 438.539 | 490.098 | 527.001 | 540.562 |
| Consultas de medicina especializada urgentes | | | | | |
| Antioquia | 26.908 | 38.282 | 42.635 | 44.332 | 59.262 |
| Atlántico | - | 12.671 | 27.526 | 48.650 | 40.867 |
| Valle | 57.811 | 69.843 | 43.430 | 115.258 | 112.848 |
| Consultas de medicina general electivas | | | | | |
| Antioquia | 3.662.836 | 3.891.814 | 3.793.515 | 3.607.807 | 3.142.643 |
| Atlántico | 684.240 | 748.846 | 587.512 | 536.604 | 587.729 |
| Valle | 2.480.761 | 2.513.339 | 2.678.969 | 2.903.936 | 2.948.164 |
| Consultas de medicina general urgentes | | | | | |
| Antioquia | 1.330.184 | 1.361.978 | 1.446.543 | 1.561.072 | 1.410.047 |
| Atlántico | 466.331 | 477.967 | 286.041 | 266.612 | 265.438 |
| Valle | 1.261.385 | 1.216.145 | 1.410.926 | 1.319.835 | 1.239.397 |
| Controles de enfermería | | | | | |
| Antioquia | 616.357 | 638.362 | 649.423 | 592.283 | 557.003 |
| Atlántico | 149.076 | 195.726 | 143.828 | 144.822 | 155.633 |
| Valle | 409.864 | 403.291 | 446.026 | 331.380 | 290.877 |
| Dosis de biológico aplicadas | | | | | |
| Antioquia | 2.170.258 | 1.691.705 | 1.952.422 | 2.077.610 | 1.957.840 |
| Atlántico | 459.746 | 517.992 | 434.082 | 328.134 | 386.948 |
| Valle | 1.186.141 | 990.421 | 1.095.862 | 1.220.452 | 1.424.463 |
| Exámenes de laboratorio | | | | | |
| Antioquia | 6.485.013 | 7.080.952 | 6.773.511 | 7.255.579 | 7.355.848 |
| Atlántico | 1.173.450 | 1.138.917 | 819.685 | 855.582 | 1.121.915 |
| Valle | 4.221.001 | 4.368.459 | 4.655.881 | 4.761.123 | 4.835.510 |
| Exodoncias | | | | | |
| Antioquia | 189.077 | 178.557 | 185.261 | 180.287 | 165.279 |
| Atlántico | 52.113 | 32.459 | 24.481 | 24.993 | 21.261 |
| Valle | 100.536 | 99.330 | 104.888 | 108.713 | 122.854 |
| Número de imágenes diagnósticas | | | | | |
| Antioquia | 752.911 | 804.553 | 814.421 | 825.491 | 816.483 |
| Atlántico | 113.321 | 123.516 | 98.708 | 96.359 | 96.324 |
| Valle | 505.167 | 475.056 | 497.823 | 470.822 | 481.583 |

| Servicio de salud por departamento | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| Número de sesiones de odontología | | | | | |
| Antioquia | 530.334 | 565.752 | 656.799 | 675.718 | 659.257 |
| Atlántico | 64.486 | 85.974 | 104.591 | 114.625 | 157.471 |
| Valle | 601.702 | 742.827 | 930.260 | 1.039.969 | 1.007.604 |
| Número de sesiones de terapias físicas | | | | | |
| Antioquia | 108.310 | 152.118 | 214.153 | 247.108 | 252.585 |
| Atlántico | 122.170 | 168.628 | 30.051 | 48.679 | 52.825 |
| Valle | 177.508 | 208.463 | 202.200 | 205.561 | 257.783 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias | | | | | |
| Antioquia | 87.979 | 95.190 | 109.280 | 89.556 | 120.213 |
| Atlántico | 107.889 | 299.979 | 86.197 | 91.513 | 100.465 |
| Valle | 124.912 | 107.493 | 208.090 | 208.904 | 206.221 |
| Partos por cesárea | | | | | |
| Antioquia | 10.847 | 11.026 | 10.573 | 9.531 | 9.634 |
| Atlántico | 4.751 | 4.879 | 3.255 | 3.406 | 3.061 |
| Valle | 4.374 | 4.798 | 5.071 | 4.954 | 4.640 |
| Partos vaginales | | | | | |
| Antioquia | 44.670 | 42.062 | 37.306 | 31.782 | 29.811 |
| Atlántico | 10.245 | 9.098 | 4.128 | 3.619 | 3.388 |
| Valle | 24.065 | 23.176 | 22.566 | 19.458 | 17.647 |
| Porcentaje ocupacional | | | | | |
| Antioquia | 51,6% | 51,7% | 54,2% | 47,0% | 41,3% |
| Atlántico | 42,8% | 42,9% | 36,0% | 22,2% | 79,3% |
| Valle | 39,8% | 40,1% | 43,0% | 45,1% | 47,7% |
| Promedio días-estancia | | | | | |
| Antioquia | 2,7 | 2,8 | 2,8 | 3,0 | 3,1 |
| Atlántico | 2,0 | 1,8 | 1,6 | 1,9 | 1,8 |
| Valle | 2,6 | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,9 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir obstétricos) | | | | | |
| Antioquia | 103.134 | 116.261 | 116.455 | 122.094 | 120.075 |
| Atlántico | 30.153 | 27.591 | 17.492 | 18.315 | 17.996 |
| Valle | 68.467 | 62.722 | 70.037 | 75.248 | 71.781 |
| Total de tratamientos terminados | | | | | |
| Antioquia | 269.364 | 307.667 | 376.330 | 413.451 | 431.428 |
| Atlántico | 25.823 | 60.209 | 73.746 | 48.760 | 100.220 |
| Valle | 212.079 | 243.794 | 256.567 | 279.658 | 250.322 |

4.2.4 Producción de servicios de salud por cada 1000 habitantes

A continuación se presenta una primera aproximación que relaciona la producción de servicios de salud con los niveles de ingreso de los hospitales. Se busca, de una parte, tener claridad si el aumento de los ingresos en algunos hospitales se expresa en un aumento de las atenciones ofrecidas por las IPSs de estos departamentos. De otra, si hay diferencias significativas en el número de prestaciones ofrecidas de acuerdo con el ingreso per cápita de estos hospitales²⁴.

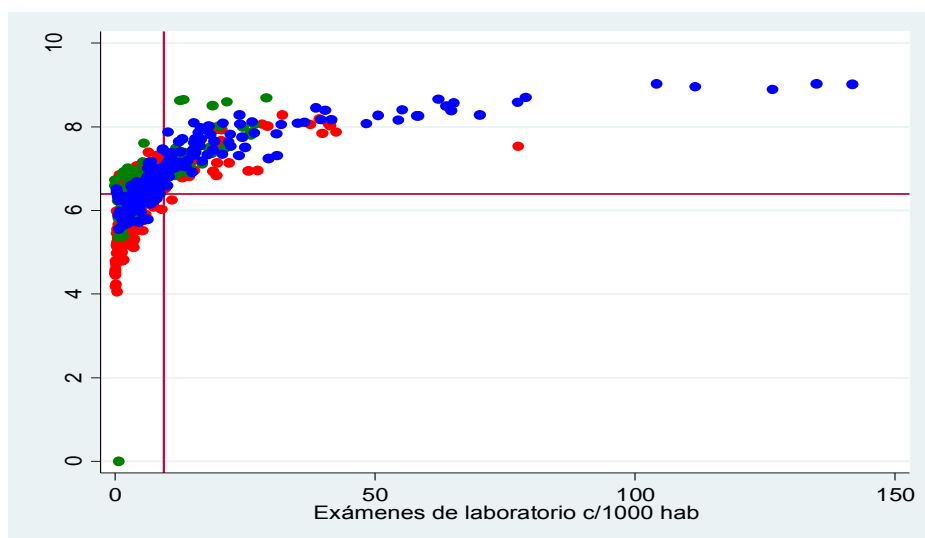
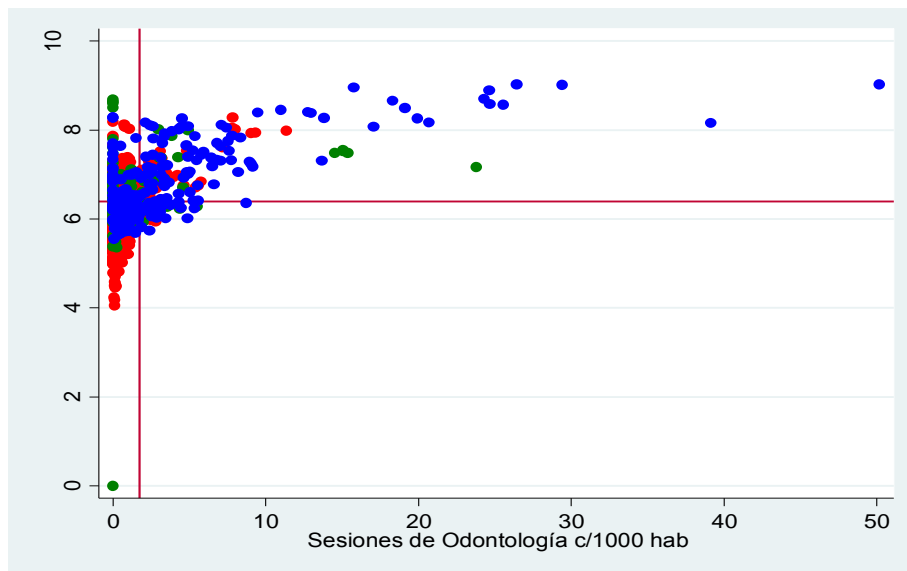
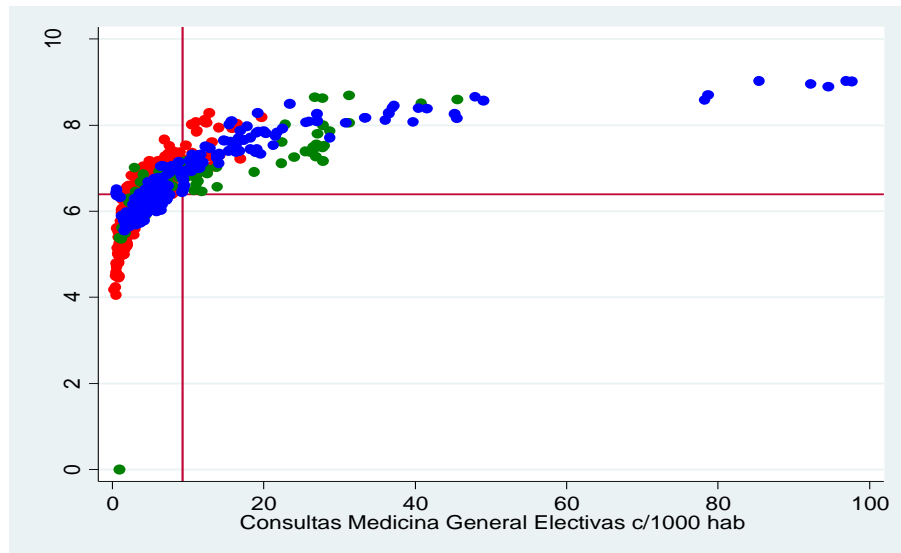
Para comparar los niveles de ingresos y gastos entre los departamentos se utilizó una medida per cápita para eliminar el efecto de las diferencias entre la población, en el caso de la producción usa la variable de los servicios producidos por cada 1000 habitantes. Si bien esto hace más comparables los diferentes niveles de producción, es necesario tener en cuenta que cada hospital tiene un *universo* de pacientes diferente incluso estando en un mismo departamento o ciudad, por lo que un bajo nivel de producción por cada 1000 habitantes no necesariamente implica que el hospital no produzca lo suficiente. El mejor ejercicio posible sería, por tanto, procesar la información de producción no por cada 1000 habitantes –que es una modificación del clásico per cápita- sino por el número de pacientes que atiende cada hospital, esto permitiría identificar qué tanto produce un hospital de acuerdo a su universo real de pacientes. El SIHO no maneja ese tipo de información. Sin embargo, con este ejercicio se encontraron algunas tendencias importantes

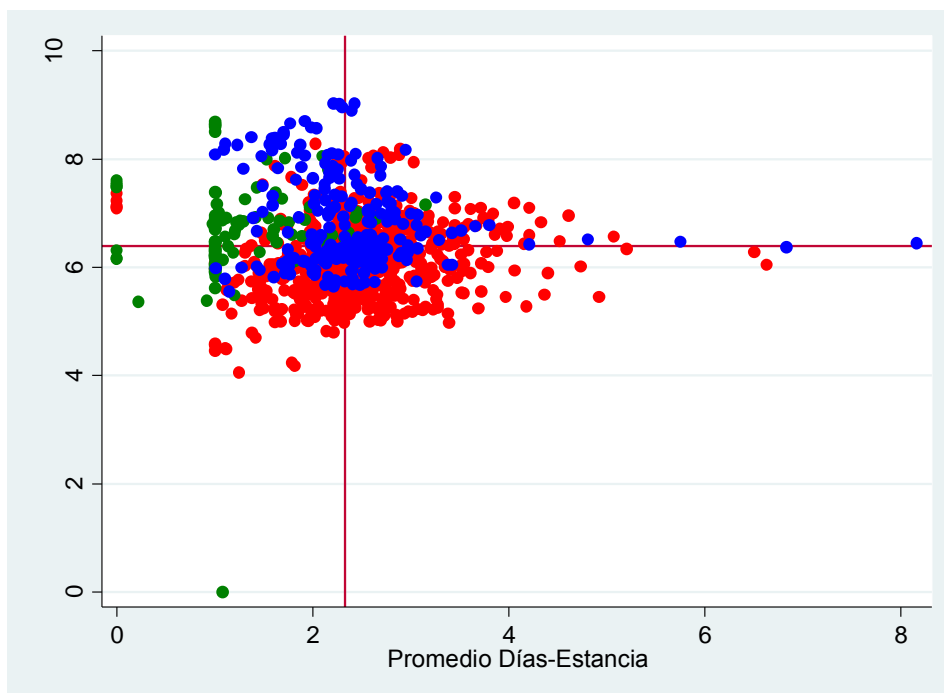
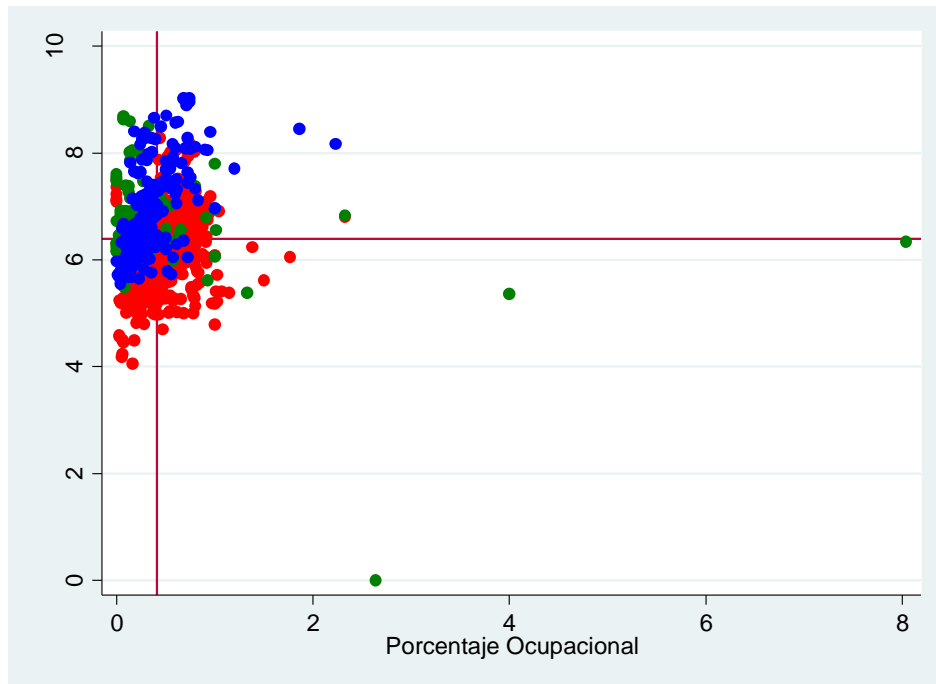
A continuación se presentan una serie de gráficos que ilustran la producción de los principales servicios de salud en Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico, de acuerdo al nivel de atención. Debido a la cantidad de servicios de salud producidos por cada nivel, sólo se presentan algunos resultados. Para cada grafico que sigue, los hospitales públicos de Antioquia están en color rojo, los del Valle del Cauca en azul y los del Atlántico en verde.

Primer Nivel de Atención

Al analizar la relación entre los ingresos y los principales servicios de salud producidos en los hospitales de primer nivel, se observa una relación positiva entre mayores ingresos corrientes y mayor cantidad de servicios por cada 1000 habitantes. Esta relación es particularmente evidente en los hospitales de primer nivel del Valle del Cauca en donde es claro que hay hospitales que dan muchas más prestaciones con los mismos que en otros hospitales. En odontología se encuentran igualmente grandes diferencias, pero la moda estadística las agrupa alrededor de 12 prestaciones por mil habitantes independiente del nivel de ingreso per cápita de cada hospital. Finalmente en donde se encuentra una gran diferencia es en el número de días de estancia en el hospital. No hay patrón definido inclusive entre IPSs del mismo departamento.

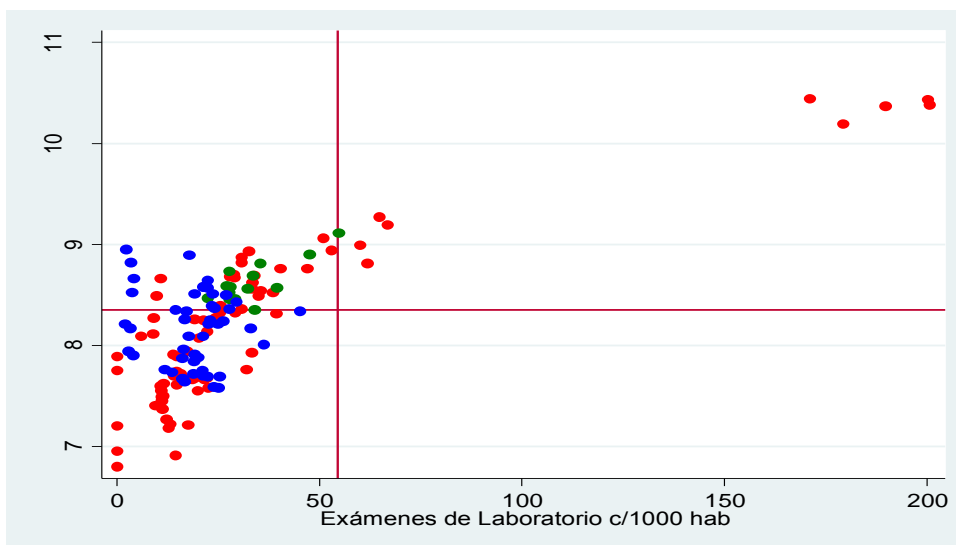
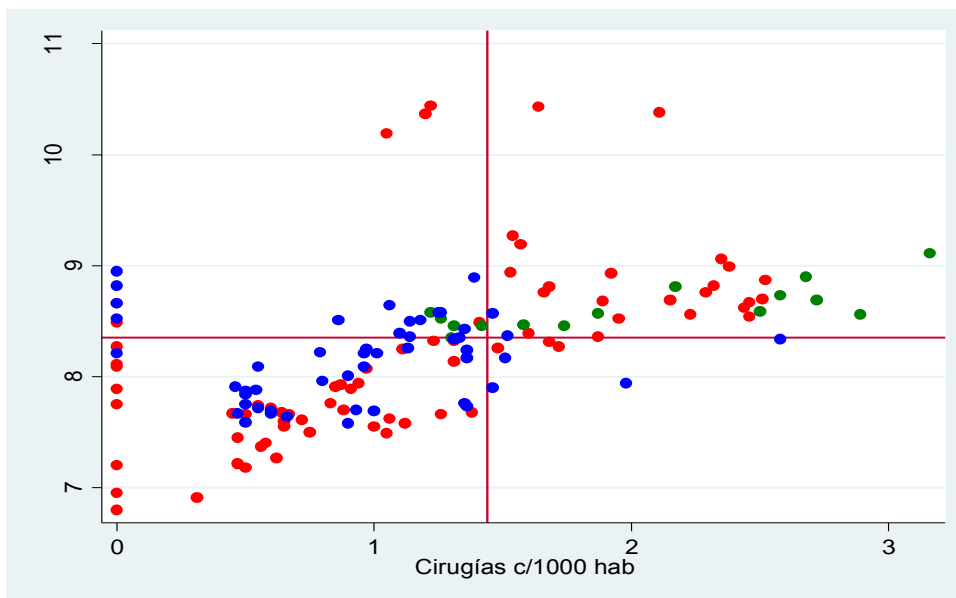
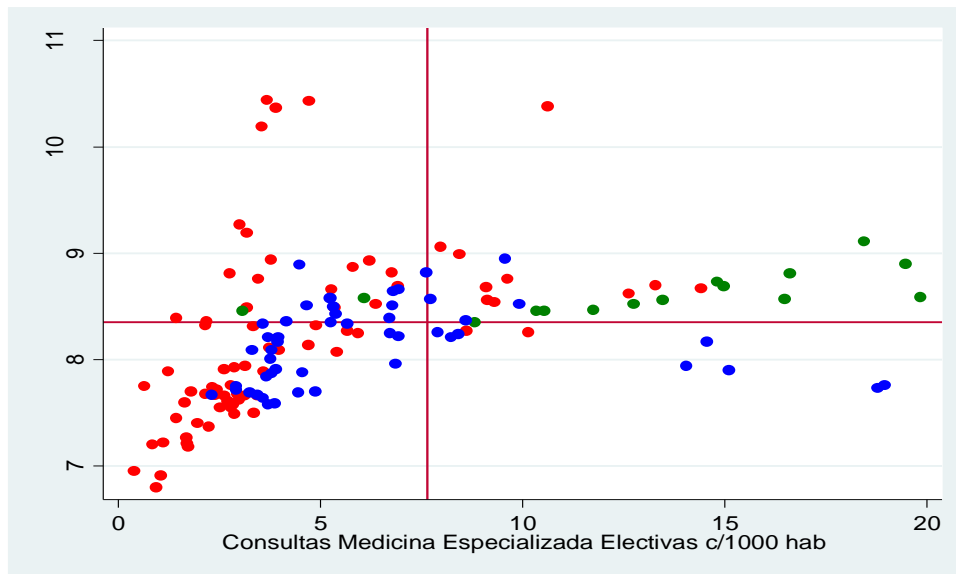
²⁴ Hay que tener en cuenta, sin embargo, las limitaciones que se mencionaron en la nota metodológica frente a los problemas que tiene este tipo de comparaciones que no se conoce la especificidad de cada hospital, aun cuando se compare por niveles de atención.

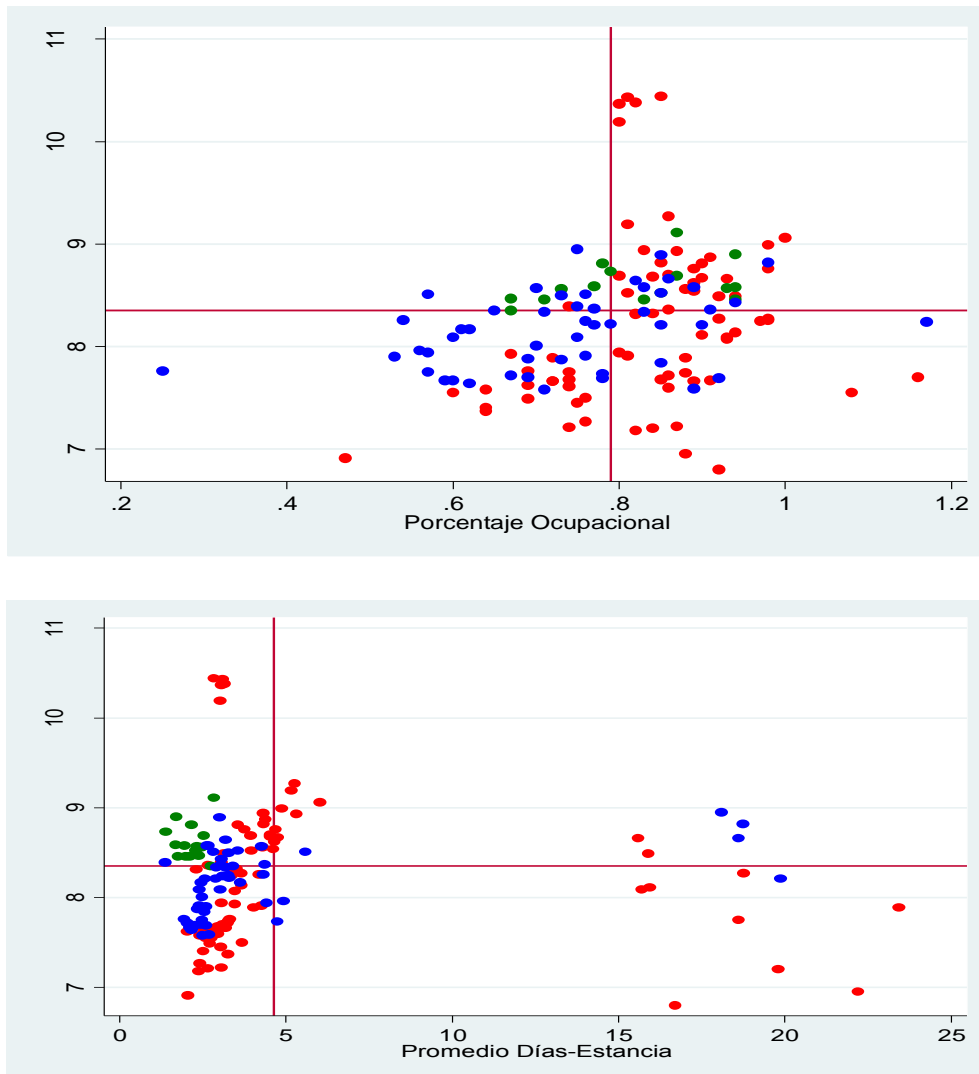




Segundo Nivel de Atención

En este nivel de atención, la relación positiva entre los ingresos y los servicios producidos no es tan fuerte como en los de primer nivel. Se encuentra que hospitales con niveles similares de ingresos presentan una mayor producción de servicios por cada 1000 habitantes frente a los demás hospitales. Este refleja que hay hospitales más eficientes que otros pues hacen más con los mismos recursos o inclusive con menos recursos. Llama la atención que en Antioquia hay hospitales con alto nivel de recursos y con bajos números de prestaciones per cápita.

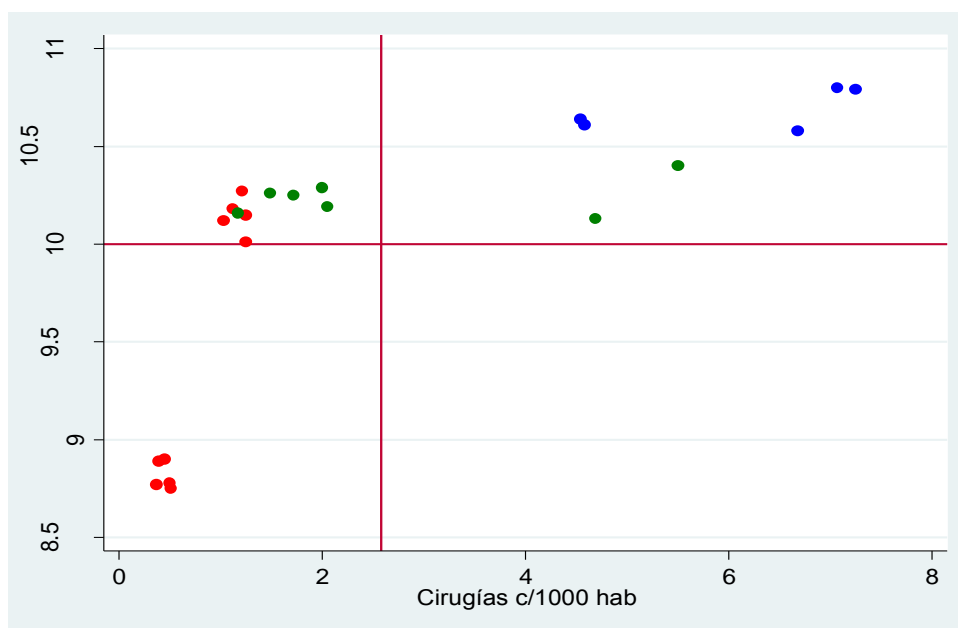
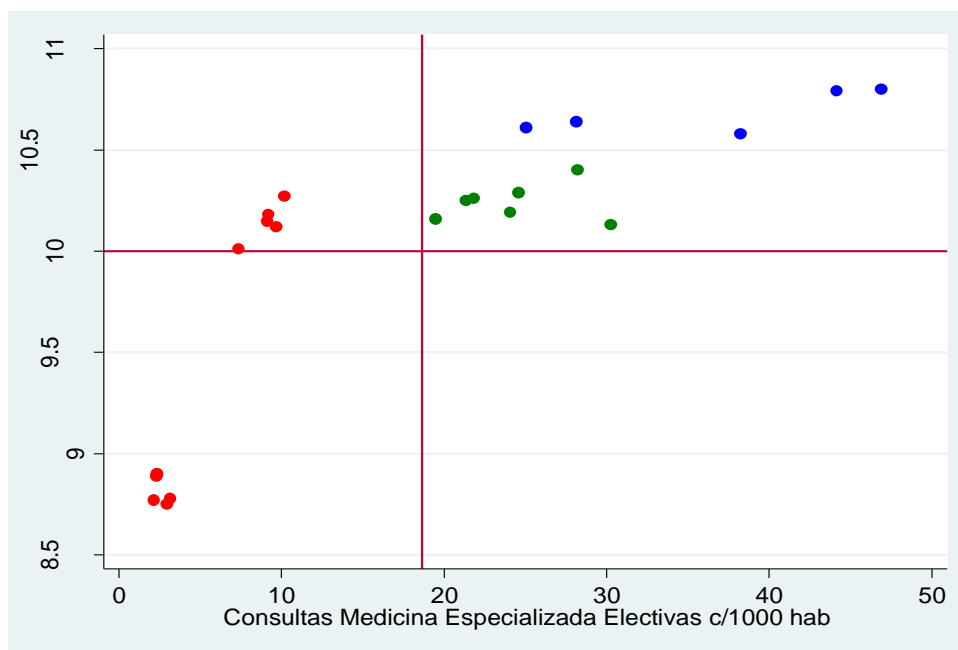


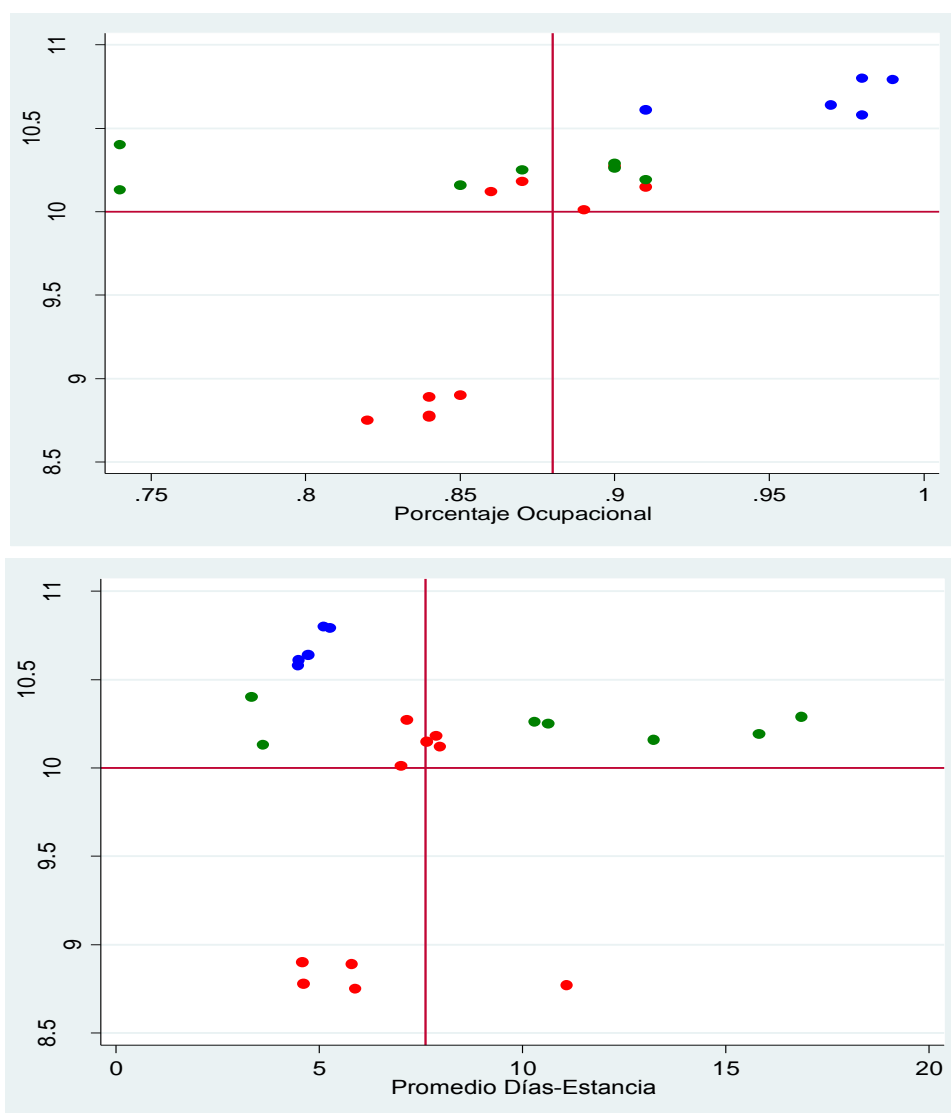


Tercer Nivel de Atención

En el último nivel de atención se encuentran grandes diferencias al relacionar el nivel de ingreso de los hospitales con el número de prestaciones. Vemos como los hospitales del Valle hacen más prestaciones que el Atlántico y mucho más que en Antioquia. Igualmente se muestra como hospitales con niveles de ingreso similar hicieron más consultas especializadas en un grupo de hospitales, estas diferencias se encuentran inclusive entre hospitales del mismo departamento. Por el contrario, cuando se analiza el número de días de estancia se encuentra que este es menor en los hospitales de Antioquia y mayor en de Atlántico y Valle. Igualmente, se encontró que en los hospitales de este nivel el nivel de ocupación de las camas es muy alto en la mayoría de ellos, aunque ligeramente mayor en el valle del Cauca; a su vez hay un grupo de hospitales de Antioquia que tienen un bajo de nivel de ingresos per cápita y de nivel de ocupación algo menor que en el resto de hospitales.

Debe recordarse que para este nivel de atención estas comparaciones son más débiles en la medida que son muy diversos los costos por prestación en estos servicios especializados y, hay algunos hospitales especializados en prestaciones muy complejas y por ende costosas.





4.3 Conclusiones y Recomendaciones

El análisis de ingresos de los hospitales deja en claro que estos aumentaron a un ritmo muy por encima de la inflación. Esta tendencia es muy clara en Antioquia y algo menor en el Valle, por el contrario es mucho menor en el Atlántico. Con crecimientos reales por encima del 50 % en 6 años en algunos departamentos es claro que este ritmo no es sostenible para el sistema de salud. En el gasto los resultados son más alentadores pues muestra una disminución del gasto general per cápita y un aumento de la inversión de los hospitales. En producción hay diferencias notables entre departamentos y a su vez entre IPSs del mismo nivel.

Se podría argumentar que este aumento de los ingresos, y en menor medida de los gastos, es producto de la expansión de la cobertura del régimen subsidiado, pero en Antioquia esta ya se había dado en años anteriores y, además la expansión de la cobertura es sensiblemente menor que la de los ingresos. Algunas hipótesis dicen que este aumento de los gastos se concentra sobre todo en las ciudades capitales y en los

municipios grandes en donde el acceso a los servicios de salud es mucho mayor²⁵. Así mismo, estas poblaciones hacen un mayor uso de estos servicios pues llevan años de afiliación. Es conocido que las poblaciones recién afiliadas utilizan en promedio mucho menos los servicios. De ser cierta esta afirmación, es muy grave para las finanzas del sistema de salud pues el gasto en salud se haría estructuralmente insostenible en el medio plazo.

De acuerdo con lo anterior no debe sorprender que el aumento de la facturación año tras año se exprese en un aumento de las cuentas por pagar y cobrar de los hospitales. Es muy posible que algunas EPS sean ineficientes y esto explique la causa de la cartera acumulada, pero también es posible que el ritmo del gasto para algunos hospitales no se corresponda con los recursos de los que disponen. En este sentido, la responsabilidad en tener unas finanzas de los hospitales sostenibles, además de unos servicios eficientes y de calidad, sea responsabilidad de todos los actores del sistema. Como vimos en otros países, sin importar el volumen de ingresos siempre hay problemas de sostenibilidad; Colombia puede estar acercándose estructuralmente a esta situación. Es necesario profundizar en este tema pero con la información disponible del SIHO no es posible.

Preocupa también que por la naturaleza de la propiedad de los hospitales públicos colombianos, estos busquen mejorar su situación financiera y se desentiendan de las finanzas del sector. Al no trabajar en red esta posición es totalmente racional, pero en el agregado puede ser claramente negativa para el sector de la salud. Esto nos llevaría a pensar definitivamente en nuevas formas de gestión financiera y administrativa de los hospitales; por fortuna hay una amplia experiencia en otros países que puede ser adaptada a la realidad nacional.

La información que registra el SIHO resulta muy útil para identificar las principales tendencias financieras y de producción de servicios de los hospitales públicos del país. Sin embargo, en aras de permitir la evaluación de la gestión hospitalaria resulta pertinente mejorar la información que allí se registra. Sería un gran avance para el SIHO, por un lado, incluir los valores monetarios de los costos de producción de los servicios de salud para cada hospital y por otro, especificar de una manera mucho más precisa todos los tipos de servicios de salud que prestan los hospitales. Esto permitiría comparar la eficiencia en el uso de los recursos de una forma mucho más transparente y con la posibilidad de hacer comparaciones entre hospitales con tipos de producción similares, al estilo de los DRG, pues la clasificación por nivel de atención no permite un mejor análisis comparativo.

El análisis realizado en este estudio identificó la dificultad de comparar los niveles de producción entre los diferentes hospitales, incluso si se clasificaran por niveles de atención. Esto se debe a que la naturaleza de cada hospital no está especificada y coloca en el mismo nivel de análisis a, por ejemplo, un centro especializado en cáncer frente a un hospital universitario, aunque ambos de tercer nivel. Claramente, los servicios que produce cada uno de estos son muy distintos, y sería un error solo compararlos a partir

²⁵ Es un argumento muy repetido para Bogotá desde hace varios años.

de la información gruesa de ingresos y servicios producidos. Además, el SIHO registra una clasificación de servicios de salud de forma consolidada que desconoce, por ejemplo, las diferencias en importancia relativa que tienen las consultas especializadas. Un ajuste de los formularios de recolección de información, previa consulta con los hospitales mismos, es una necesidad inaplazable.

Anexo 1.

Ingresos de los hospitales públicos en Antioquia, Atlántico y Valle del Cauca (SIHO)

Tabla 4. Consolidado de los ingresos de los hospitales públicos en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 1.031.410 | 1.136.730 | 1.299.946 | 1.312.124 | 1.456.277 | 1.551.641 | 1.658.536 |
| 1. Ingresos corrientes | 838.729 | 935.984 | 1.043.724 | 1.050.470 | 1.076.811 | 1.168.993 | 1.185.003 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 722.501 | 821.686 | 982.514 | 993.092 | 1.011.348 | 1.093.422 | 1.094.020 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 232.113 | 395.793 | 413.041 | 400.341 | 446.902 | 497.527 | 485.978 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 85.435 | 100.862 | 199.915 | 198.311 | 151.189 | 169.654 | 169.860 |
| 1.1.3 Vinculados | 269.636 | 194.803 | 210.546 | 237.599 | 250.912 | 250.471 | 253.482 |
| 1.1.4 Otras ventas | 135.317 | 130.228 | 159.012 | 156.840 | 162.345 | 175.770 | 184.700 |
| 1.2 Aportes | 88.973 | 81.538 | 37.358 | 37.633 | 46.308 | 50.668 | 66.746 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 27.256 | 32.760 | 23.852 | 19.745 | 19.155 | 24.902 | 24.237 |
| 2. Disponibilidad inicial | 61.772 | 77.859 | 92.092 | 93.260 | 122.461 | 111.170 | 133.457 |
| 3. Otros ingresos | 13.237 | 16.875 | 14.043 | 17.470 | 32.439 | 23.228 | 28.690 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 117.671 | 106.013 | 150.088 | 150.925 | 224.566 | 248.250 | 311.386 |

Tabla 5. Ingresos de los hospitales públicos de primer nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 405.011 | 462.811 | 509.518 | 482.463 | 505.167 | 500.930 | 490.599 |
| 1. Ingresos corrientes | 331.714 | 385.259 | 407.742 | 383.440 | 411.604 | 414.456 | 407.932 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 300.969 | 350.948 | 378.966 | 365.965 | 387.937 | 388.704 | 384.926 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 135.168 | 191.155 | 199.181 | 197.714 | 219.379 | 229.248 | 227.889 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 47.162 | 52.050 | 65.512 | 63.417 | 58.181 | 59.417 | 60.657 |
| 1.1.3 Vinculados | 73.954 | 60.071 | 53.569 | 43.873 | 43.944 | 40.668 | 37.665 |
| 1.1.4 Otras ventas | 44.686 | 47.673 | 60.704 | 60.961 | 66.434 | 59.372 | 58.716 |
| 1.2 Aportes | 18.811 | 22.607 | 18.134 | 8.060 | 15.368 | 16.363 | 15.308 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 11.933 | 11.703 | 10.642 | 9.415 | 8.299 | 9.389 | 7.697 |
| 2. Disponibilidad inicial | 31.645 | 33.804 | 38.481 | 39.878 | 37.337 | 33.197 | 29.388 |
| 3. Otros ingresos | 3.532 | 3.729 | 5.255 | 5.689 | 5.723 | 5.325 | 7.184 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 38.121 | 40.019 | 58.040 | 53.457 | 50.503 | 47.952 | 46.095 |

Tabla 6. Ingresos de los hospitales públicos de segundo nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 438.442 | 483.696 | 563.635 | 564.340 | 626.044 | 686.409 | 735.516 |
| 1. Ingresos corrientes | 378.665 | 411.966 | 468.641 | 477.677 | 471.996 | 550.048 | 560.932 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 305.446 | 339.965 | 446.085 | 445.806 | 439.492 | 506.609 | 505.352 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 75.145 | 161.681 | 172.867 | 160.360 | 169.846 | 201.087 | 189.717 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 32.785 | 39.547 | 109.802 | 111.267 | 81.369 | 92.389 | 90.209 |
| 1.1.3 Vinculados | 126.461 | 78.192 | 87.711 | 99.515 | 108.460 | 113.672 | 114.546 |
| 1.1.4 Otras ventas | 71.055 | 60.545 | 75.705 | 74.663 | 79.816 | 99.460 | 110.880 |
| 1.2 Aportes | 60.595 | 56.669 | 12.591 | 23.969 | 25.621 | 32.883 | 43.480 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 12.625 | 15.333 | 9.964 | 7.903 | 6.883 | 10.555 | 12.100 |
| 2. Disponibilidad inicial | 19.880 | 31.598 | 43.914 | 31.500 | 56.508 | 30.404 | 41.084 |
| 3. Otros ingresos | 8.518 | 12.215 | 8.117 | 9.224 | 22.151 | 12.691 | 15.863 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 31.379 | 27.916 | 42.962 | 45.939 | 75.389 | 93.266 | 117.638 |

Tabla 7. Ingresos de los hospitales públicos de tercer nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 187.957 | 190.223 | 226.793 | 265.321 | 325.065 | 364.302 | 432.421 |
| 1. Ingresos corrientes | 128.350 | 138.759 | 167.341 | 189.352 | 193.211 | 204.490 | 216.139 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 116.085 | 130.773 | 157.463 | 181.321 | 183.919 | 198.109 | 203.742 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 21.801 | 42.957 | 40.993 | 42.267 | 57.676 | 67.192 | 68.372 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 5.487 | 9.266 | 24.601 | 23.627 | 11.639 | 17.848 | 18.994 |
| 1.1.3 Vinculados | 69.222 | 56.540 | 69.266 | 94.211 | 98.509 | 96.130 | 101.271 |
| 1.1.4 Otras ventas | 19.576 | 22.010 | 22.603 | 21.216 | 16.096 | 16.939 | 15.104 |
| 1.2 Aportes | 9.568 | 2.262 | 6.633 | 5.604 | 5.318 | 1.422 | 7.958 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 2.698 | 5.724 | 3.245 | 2.427 | 3.973 | 4.958 | 4.439 |
| 2. Disponibilidad inicial | 10.247 | 12.457 | 9.696 | 21.882 | 28.616 | 47.569 | 62.986 |
| 3. Otros ingresos | 1.188 | 931 | 671 | 2.557 | 4.565 | 5.211 | 5.643 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 48.172 | 38.077 | 49.085 | 51.529 | 98.674 | 107.032 | 147.653 |

Tabla 8. Consolidado de los ingresos de los hospitales públicos en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 198.408 | 209.697 | 267.991 | 247.882 | 204.114 | 196.501 | 214.384 |
| 1. Ingresos corrientes | 177.442 | 188.701 | 218.583 | 204.685 | 163.613 | 159.512 | 172.467 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 153.665 | 176.269 | 200.829 | 198.208 | 148.436 | 148.102 | 152.040 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 48.388 | 57.075 | 73.597 | 82.573 | 69.109 | 81.787 | 95.582 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 403 | 1.608 | 1.724 | 1.658 | 2.460 | 3.281 | 4.116 |
| 1.1.3 Vinculados | 53.383 | 110.134 | 114.396 | 105.260 | 67.151 | 53.980 | 43.998 |
| 1.1.4 Otras ventas | 51.491 | 7.453 | 11.112 | 8.717 | 9.717 | 9.053 | 8.345 |
| 1.2 Aportes | 15.431 | 9.402 | 9.433 | 4.281 | 10.809 | 8.678 | 17.614 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 516 | 3.029 | 8.321 | 2.196 | 4.369 | 2.732 | 2.814 |
| 2. Disponibilidad inicial | 190 | 164 | 666 | 2.809 | 3.356 | 2.136 | 1.905 |
| 3. Otros ingresos | 2.663 | 3.692 | 14.295 | 1.594 | 2.737 | 3.968 | 2.321 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 18.113 | 17.141 | 34.447 | 38.794 | 34.408 | 30.884 | 37.690 |

Tabla 9. Ingresos de los hospitales públicos de primer nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 60.802 | 55.391 | 56.977 | 55.724 | 66.921 | 70.455 | 69.462 |
| 1. Ingresos corrientes | 55.928 | 51.811 | 51.640 | 50.791 | 58.113 | 58.035 | 60.184 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 44.637 | 48.123 | 49.772 | 49.662 | 55.129 | 56.217 | 59.645 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 23.951 | 25.402 | 29.371 | 34.276 | 42.122 | 44.758 | 49.654 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 161 | 167 | 154 | 245 | 391 | 590 | 884 |
| 1.1.3 Vinculados | 17.773 | 18.639 | 15.958 | 11.972 | 9.767 | 8.017 | 6.046 |
| 1.1.4 Otras ventas | 2.752 | 3.916 | 4.289 | 3.169 | 2.849 | 2.852 | 3.061 |
| 1.2 Aportes | 3.093 | 3.376 | 1.831 | 1.112 | 2.134 | 1.198 | 111 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 367 | 312 | 37 | 17 | 851 | 620 | 428 |
| 2. Disponibilidad inicial | 120 | 117 | 207 | 472 | 963 | 848 | 660 |
| 3. Otros ingresos | 356 | 114 | 347 | 346 | 382 | 1.265 | 1.346 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 4.398 | 3.349 | 4.783 | 4.115 | 7.462 | 10.307 | 7.273 |

Tabla 10. Ingresos de los hospitales públicos de segundo nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 47.481 | 41.314 | 45.108 | 44.521 | 53.041 | 53.429 | 56.839 |
| 1. Ingresos corrientes | 37.682 | 35.145 | 35.863 | 33.644 | 40.251 | 40.098 | 43.617 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 28.616 | 31.171 | 32.756 | 33.632 | 36.040 | 38.717 | 36.155 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 3.501 | 4.544 | 6.319 | 8.196 | 10.795 | 15.869 | 19.078 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 169 | 279 | 1.112 | 1.267 | 1.650 | 2.310 | 2.502 |
| 1.1.3 Vinculados | 23.773 | 24.579 | 23.559 | 22.890 | 21.899 | 18.483 | 13.154 |
| 1.1.4 Otras ventas | 1.173 | 1.769 | 1.767 | 1.278 | 1.696 | 2.055 | 1.421 |
| 1.2 Aportes | 8.918 | 2.502 | 2.899 | - | 2.185 | 1.009 | 6.743 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 149 | 1.472 | 208 | 13 | 2.026 | 372 | 719 |
| 2. Disponibilidad inicial | 19 | 9 | 49 | 1.704 | 2.351 | 1.155 | 741 |
| 3. Otros ingresos | 2.298 | 16 | 43 | 532 | 1.833 | 1.182 | 550 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 7.482 | 6.143 | 9.153 | 8.640 | 8.606 | 10.993 | 11.930 |

Tabla 11. Ingresos de los hospitales públicos de tercer nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 90.125 | 112.992 | 165.906 | 147.637 | 84.152 | 72.618 | 88.083 |
| 1. Ingresos corrientes | 83.832 | 101.744 | 131.080 | 120.249 | 65.249 | 61.379 | 68.666 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 80.412 | 96.976 | 118.301 | 114.914 | 57.267 | 53.168 | 56.239 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 20.936 | 27.129 | 37.907 | 40.101 | 16.192 | 21.160 | 26.850 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 73 | 1.162 | 459 | 147 | 418 | 382 | 729 |
| 1.1.3 Vinculados | 11.838 | 66.915 | 74.879 | 70.398 | 35.485 | 27.480 | 24.797 |
| 1.1.4 Otras ventas | 47.565 | 1.769 | 5.056 | 4.269 | 5.171 | 4.146 | 3.863 |
| 1.2 Aportes | 3.420 | 3.524 | 4.703 | 3.169 | 6.490 | 6.472 | 10.760 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | - | 1.245 | 8.076 | 2.166 | 1.491 | 1.739 | 1.667 |
| 2. Disponibilidad inicial | 50 | 38 | 410 | 633 | 42 | 134 | 504 |
| 3. Otros ingresos | 10 | 3.562 | 13.906 | 717 | 521 | 1.520 | 425 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 6.233 | 7.649 | 20.511 | 26.039 | 18.340 | 9.584 | 18.487 |

Tabla 12. Consolidado de los ingresos de los hospitales públicos en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 640.913 | 693.847 | 760.675 | 745.563 | 824.260 | 872.339 | 882.447 |
| 1. Ingresos corrientes | 496.961 | 553.992 | 595.573 | 586.795 | 593.157 | 671.625 | 684.711 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 458.489 | 507.528 | 528.183 | 531.294 | 528.995 | 616.062 | 627.611 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 153.253 | 178.177 | 209.025 | 240.559 | 264.443 | 311.532 | 338.945 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 29.552 | 29.796 | 32.080 | 33.548 | 32.609 | 35.179 | 33.529 |
| 1.1.3 Vinculados | 215.586 | 225.775 | 210.102 | 196.872 | 179.156 | 212.748 | 199.492 |
| 1.1.4 Otras ventas | 60.098 | 73.780 | 76.977 | 60.314 | 52.787 | 56.602 | 55.645 |
| 1.2 Aportes | 24.685 | 33.546 | 45.925 | 43.909 | 50.646 | 31.125 | 34.712 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 13.786 | 12.917 | 21.464 | 11.592 | 13.516 | 24.438 | 22.388 |
| 2. Disponibilidad inicial | 33.555 | 32.997 | 42.660 | 45.201 | 67.144 | 20.899 | 38.660 |
| 3. Otros ingresos | 40.132 | 32.487 | 47.365 | 34.778 | 68.943 | 48.036 | 55.711 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 70.265 | 74.371 | 75.077 | 78.790 | 95.016 | 131.779 | 103.365 |

Tabla 13. Ingresos de los hospitales públicos de primer nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 287.913 | 314.961 | 316.809 | 304.072 | 316.734 | 340.655 | 361.461 |
| 1. Ingresos corrientes | 225.988 | 253.738 | 254.971 | 254.796 | 258.696 | 289.995 | 310.912 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 215.849 | 246.501 | 248.847 | 249.623 | 250.405 | 284.453 | 301.888 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 95.907 | 108.910 | 129.153 | 149.196 | 157.870 | 185.936 | 203.473 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 7.797 | 9.893 | 11.421 | 12.940 | 14.800 | 15.708 | 16.397 |
| 1.1.3 Vinculados | 87.241 | 96.088 | 80.669 | 63.505 | 59.344 | 59.324 | 58.123 |
| 1.1.4 Otras ventas | 24.904 | 31.610 | 27.604 | 23.982 | 18.392 | 23.485 | 23.894 |
| 1.2 Aportes | 6.643 | 5.319 | 3.455 | 3.193 | 3.862 | 2.897 | 3.322 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 3.496 | 1.918 | 2.669 | 1.980 | 4.429 | 2.645 | 5.702 |
| 2. Disponibilidad inicial | 17.720 | 16.718 | 13.627 | 16.267 | 19.055 | 13.335 | 16.723 |
| 3. Otros ingresos | 19.337 | 19.216 | 22.874 | 5.431 | 9.800 | 5.084 | 5.537 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 24.868 | 25.289 | 25.337 | 27.579 | 29.183 | 32.240 | 28.289 |

Tabla 14. Ingresos de los hospitales públicos de segundo nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 160.217 | 165.111 | 203.786 | 189.141 | 230.577 | 228.214 | 210.530 |
| 1. Ingresos corrientes | 124.648 | 132.943 | 168.015 | 152.854 | 164.414 | 167.851 | 157.167 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 116.602 | 125.365 | 134.786 | 138.383 | 134.852 | 147.664 | 143.336 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 17.236 | 19.091 | 22.026 | 26.530 | 32.194 | 38.060 | 45.121 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 13.256 | 10.491 | 11.066 | 10.838 | 11.750 | 13.890 | 11.407 |
| 1.1.3 Vinculados | 74.468 | 78.961 | 78.750 | 86.216 | 78.343 | 79.049 | 65.459 |
| 1.1.4 Otras ventas | 11.641 | 16.822 | 22.944 | 14.799 | 12.564 | 16.665 | 21.349 |
| 1.2 Aportes | 2.502 | 1.329 | 19.838 | 8.438 | 23.194 | 3.093 | 2.240 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 5.545 | 6.249 | 13.390 | 6.033 | 6.368 | 17.094 | 11.591 |
| 2. Disponibilidad inicial | 7.514 | 9.149 | 14.128 | 14.233 | 21.840 | 5.855 | 7.581 |
| 3. Otros ingresos | 5.304 | 4.760 | 7.534 | 3.025 | 19.304 | 10.989 | 16.329 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 22.751 | 18.259 | 14.110 | 19.029 | 25.018 | 43.519 | 29.455 |

Tabla 15. Ingresos de los hospitales públicos de tercer nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE INGRESOS | 192.783 | 213.774 | 240.079 | 252.350 | 276.949 | 303.470 | 310.455 |
| 1. Ingresos corrientes | 146.324 | 167.311 | 172.587 | 179.145 | 170.047 | 213.778 | 216.633 |
| 1.1 Venta de servicios de salud | 126.039 | 135.662 | 144.551 | 143.288 | 143.737 | 183.945 | 182.388 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado | 40.110 | 50.176 | 57.846 | 64.833 | 74.379 | 87.536 | 90.350 |
| 1.1.2 Régimen contributivo | 8.499 | 9.411 | 9.592 | 9.771 | 6.059 | 5.581 | 5.725 |
| 1.1.3 Vinculados | 53.877 | 50.726 | 50.684 | 47.150 | 41.469 | 74.375 | 75.910 |
| 1.1.4 Otras ventas | 23.553 | 25.349 | 26.429 | 21.533 | 21.831 | 16.452 | 10.402 |
| 1.2 Aportes | 15.541 | 26.898 | 22.631 | 32.278 | 23.591 | 25.134 | 29.150 |
| 1.3 Otros ingresos corrientes | 4.745 | 4.751 | 5.405 | 3.579 | 2.719 | 4.699 | 5.095 |
| 2. Disponibilidad inicial | 8.322 | 7.129 | 14.905 | 14.701 | 26.248 | 1.709 | 14.356 |
| 3. Otros ingresos | 15.491 | 8.512 | 16.958 | 26.322 | 39.840 | 31.963 | 33.845 |
| 4. cuentas por cobrar otras vigencias | 22.646 | 30.822 | 35.629 | 32.182 | 40.815 | 56.021 | 45.622 |

Anexo 2.

Gastos de los hospitales públicos en Antioquia, Atlántico y Valle del Cauca (SIHO)

Tabla 16. Consolidado de los gastos de los hospitales públicos en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| TOTAL DE GASTOS | 1.136.084 | 1.197.147 | 1.270.035 | 1.252.563 | 1.279.106 | 1.297.517 | 1.318.031 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 759.278 | 795.844 | 833.650 | 837.663 | 848.264 | 835.308 | 836.937 |
| 1.1 De personal | 558.614 | 570.722 | 603.535 | 631.737 | 642.194 | 644.094 | 641.932 |
| 1.2 Generales | 159.771 | 180.729 | 191.615 | 166.200 | 168.536 | 158.943 | 168.453 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 40.893 | 44.393 | 38.500 | 39.727 | 37.533 | 32.270 | 26.552 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 175.979 | 196.228 | 222.815 | 227.142 | 223.726 | 218.079 | 217.123 |
| 2.1 Medicamentos | 90.276 | 95.215 | - | 113.720 | 112.697 | 107.874 | 104.088 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 85.703 | 101.013 | 222.815 | 113.421 | 111.029 | 110.205 | 113.035 |
| 3. Inversión | 72.220 | 102.649 | 84.468 | 74.353 | 87.209 | 84.434 | 94.358 |
| 4. Deuda pública | 7.620 | 7.997 | 9.222 | 7.151 | 5.780 | 6.315 | 7.661 |
| 5. Cuentas por pagar | 120.987 | 94.429 | 119.880 | 106.254 | 114.127 | 153.381 | 161.951 |

Tabla 17. Gastos de los hospitales públicos de primer nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 442.249 | 470.173 | 513.864 | 471.305 | 473.300 | 462.576 | 450.926 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 331.068 | 343.980 | 362.031 | 344.078 | 347.802 | 329.007 | 318.848 |
| 1.1 De personal | 238.245 | 249.926 | 263.117 | 255.927 | 262.548 | 250.000 | 239.419 |
| 1.2 Generales | 81.826 | 86.567 | 92.097 | 82.514 | 78.548 | 72.047 | 72.037 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 10.997 | 7.486 | 6.817 | 5.637 | 6.706 | 6.960 | 7.392 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 58.106 | 63.075 | 70.589 | 61.003 | 55.467 | 53.954 | 51.363 |
| 2.1 Medicamentos | 36.758 | 39.500 | - | 38.336 | 33.998 | 32.979 | 31.173 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 21.348 | 23.575 | 70.589 | 22.668 | 21.470 | 20.975 | 20.191 |
| 3. Inversión | 16.916 | 25.251 | 37.748 | 26.017 | 30.251 | 30.289 | 29.797 |
| 4. Deuda pública | 2.455 | 3.637 | 2.863 | 2.342 | 1.716 | 2.290 | 3.329 |
| 5. Cuentas por pagar | 33.703 | 34.230 | 40.633 | 37.864 | 38.064 | 47.036 | 47.588 |

Tabla 18. Gastos de los hospitales públicos de segundo nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 503.648 | 539.965 | 560.080 | 571.701 | 601.228 | 632.833 | 673.231 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 330.444 | 355.009 | 373.812 | 391.637 | 405.158 | 404.636 | 410.960 |
| 1.1 De personal | 245.465 | 243.938 | 266.099 | 295.207 | 307.242 | 312.868 | 321.343 |
| 1.2 Generales | 64.759 | 79.804 | 83.509 | 69.366 | 74.597 | 71.632 | 74.734 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 20.220 | 31.267 | 24.205 | 27.064 | 23.319 | 20.135 | 14.883 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 62.536 | 77.470 | 89.013 | 94.715 | 97.068 | 99.983 | 107.584 |
| 2.1 Medicamentos | 18.855 | 22.787 | - | 26.508 | 29.921 | 33.039 | 35.281 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 43.681 | 54.683 | 89.013 | 68.207 | 67.147 | 66.944 | 72.303 |
| 3. Inversión | 44.993 | 67.146 | 38.386 | 33.538 | 45.815 | 44.958 | 55.639 |
| 4. Deuda pública | 5.165 | 4.360 | 6.360 | 4.473 | 3.838 | 3.594 | 3.930 |
| 5. Cuentas por pagar | 60.509 | 35.980 | 52.509 | 47.338 | 49.349 | 79.663 | 95.117 |

Tabla 19. Gastos de los hospitales públicos de tercer nivel en Antioquia (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 190.187 | 187.010 | 196.091 | 209.558 | 204.578 | 202.108 | 193.875 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 97.765 | 96.855 | 97.806 | 101.948 | 95.304 | 101.665 | 107.129 |
| 1.1 De personal | 74.904 | 76.858 | 74.319 | 80.602 | 72.404 | 81.225 | 81.170 |
| 1.2 Generales | 13.186 | 14.357 | 16.009 | 14.320 | 15.391 | 15.265 | 21.682 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 9.675 | 5.639 | 7.478 | 7.026 | 7.508 | 5.176 | 4.277 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 55.336 | 55.684 | 63.213 | 71.423 | 71.191 | 64.142 | 58.175 |
| 2.1 Medicamentos | 34.662 | 32.929 | - | 48.876 | 48.778 | 41.856 | 37.634 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 20.674 | 22.755 | 63.213 | 22.547 | 22.412 | 22.286 | 20.542 |
| 3. Inversión | 10.311 | 10.251 | 8.334 | 14.798 | 11.143 | 9.186 | 8.922 |
| 4. Deuda pública | - | - | - | 336 | 227 | 432 | 402 |
| 5. Cuentas por pagar | 26.775 | 24.220 | 26.738 | 21.052 | 26.713 | 26.683 | 19.246 |

Tabla 20. Consolidado de los gastos de los hospitales públicos en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 252.094 | 274.334 | 292.118 | 271.759 | 201.352 | 187.650 | 197.148 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 172.951 | 199.151 | 205.261 | 171.559 | 109.055 | 117.615 | 113.981 |
| 1.1 De personal | 137.689 | 148.140 | 145.809 | 132.625 | 75.924 | 81.086 | 82.185 |
| 1.2 Generales | 33.869 | 50.045 | 56.027 | 34.898 | 30.367 | 29.971 | 28.050 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 1.393 | 966 | 3.425 | 4.036 | 2.764 | 6.558 | 3.747 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 26.024 | 31.822 | 31.652 | 50.986 | 35.205 | 35.647 | 34.637 |
| 2.1 Medicamentos | 17.983 | 20.723 | - | 10.730 | 14.534 | 16.605 | 14.879 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 8.041 | 11.099 | 31.652 | 40.257 | 20.672 | 19.041 | 19.758 |
| 3. Inversión | 25.925 | 13.337 | 7.718 | 2.995 | 3.694 | 7.500 | 14.882 |
| 4. Deuda pública | - | - | 38 | - | 69 | - | 35 |
| 5. Cuentas por pagar | 27.193 | 30.024 | 47.448 | 46.219 | 53.329 | 26.888 | 33.613 |

Tabla 21. Gastos de los hospitales públicos de primer nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE GASTOS | 74.813 | 68.141 | 65.516 | 60.638 | 65.958 | 70.877 | 69.551 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 52.098 | 52.329 | 49.571 | 47.431 | 49.575 | 54.563 | 54.643 |
| 1.1 De personal | 35.916 | 38.650 | 39.233 | 35.847 | 38.382 | 40.755 | 41.331 |
| 1.2 Generales | 15.141 | 13.010 | 9.688 | 10.083 | 10.220 | 11.429 | 11.815 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 1.040 | 669 | 650 | 1.500 | 974 | 2.379 | 1.497 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 5.754 | 4.884 | 4.339 | 4.595 | 4.521 | 4.538 | 4.307 |
| 2.1 Medicamentos | 5.510 | 4.563 | - | 3.522 | 2.463 | 3.372 | 2.941 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 244 | 320 | 4.339 | 1.073 | 2.058 | 1.166 | 1.367 |
| 3. Inversión | 11.440 | 5.486 | 4.813 | 2.677 | 3.182 | 3.158 | 1.878 |
| 4. Deuda pública | - | - | 38 | - | 69 | - | 35 |
| 5. Cuentas por pagar | 5.522 | 5.442 | 6.754 | 5.935 | 8.612 | 8.618 | 8.688 |

Tabla 22. Gastos de los hospitales públicos de segundo nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE GASTOS | 56.020 | 50.542 | 48.896 | 45.456 | 48.762 | 46.390 | 52.134 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 27.571 | 31.691 | 31.846 | 30.614 | 32.897 | 33.900 | 34.621 |
| 1.1 De personal | 22.919 | 25.063 | 24.276 | 23.363 | 24.050 | 25.618 | 26.178 |
| 1.2 Generales | 4.299 | 6.363 | 6.645 | 6.722 | 7.787 | 6.794 | 6.928 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 353 | 265 | 924 | 529 | 1.060 | 1.488 | 1.515 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 4.095 | 6.588 | 6.362 | 6.144 | 5.180 | 5.032 | 4.959 |
| 2.1 Medicamentos | 3.176 | 5.275 | - | 4.915 | 3.734 | 3.435 | 3.120 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 919 | 1.313 | 6.362 | 1.229 | 1.447 | 1.597 | 1.839 |
| 3. Inversión | 11.873 | 3.750 | 332 | 295 | 268 | 1.025 | 4.939 |
| 4. Deuda pública | - | - | - | - | - | - | - |
| 5. Cuentas por pagar | 12.481 | 8.512 | 10.357 | 8.403 | 10.416 | 6.434 | 7.614 |

Tabla 23. Gastos de los hospitales públicos de tercer nivel en Atlántico (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL DE GASTOS | 121.261 | 155.652 | 177.706 | 165.665 | 86.632 | 70.383 | 75.464 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 93.283 | 115.132 | 123.844 | 93.514 | 26.583 | 29.153 | 24.718 |
| 1.1 De personal | 78.853 | 84.427 | 82.300 | 73.415 | 13.493 | 14.713 | 14.675 |
| 1.2 Generales | 14.429 | 30.672 | 39.693 | 18.092 | 12.360 | 11.749 | 9.307 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 1 | 33 | 1.851 | 2.007 | 730 | 2.691 | 735 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 16.176 | 20.350 | 20.951 | 40.248 | 25.504 | 26.077 | 25.370 |
| 2.1 Medicamentos | 9.298 | 10.885 | - | 2.293 | 8.337 | 9.798 | 8.818 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 6.878 | 9.465 | 20.951 | 37.954 | 17.167 | 16.279 | 16.552 |
| 3. Inversión | 2.612 | 4.101 | 2.574 | 24 | 244 | 3.316 | 8.065 |
| 4. Deuda pública | - | - | - | - | - | - | - |
| 5. Cuentas por pagar | 9.190 | 16.069 | 30.337 | 31.880 | 34.301 | 11.837 | 17.310 |

Tabla 24. Consolidado de los gastos de los hospitales públicos en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 703.853 | 759.427 | 785.005 | 694.263 | 766.557 | 759.638 | 750.841 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 489.632 | 520.808 | 528.244 | 463.679 | 510.977 | 502.271 | 509.813 |
| 1.1 De personal | 339.927 | 363.174 | 378.055 | 345.221 | 375.700 | 381.743 | 379.180 |
| 1.2 Generales | 136.152 | 144.704 | 136.889 | 109.961 | 121.599 | 109.902 | 121.731 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 13.554 | 12.930 | 13.300 | 8.496 | 13.678 | 10.626 | 8.902 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 90.164 | 103.328 | 102.459 | 95.094 | 100.971 | 99.946 | 99.111 |
| 2.1 Medicamentos | 41.394 | 46.193 | - | 44.562 | 49.019 | 51.312 | 46.140 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 48.769 | 57.134 | 102.459 | 50.531 | 51.953 | 48.634 | 52.971 |
| 3. Inversión | 32.373 | 53.132 | 61.704 | 45.683 | 54.588 | 43.152 | 43.988 |
| 4. Deuda pública | 7.238 | 7.456 | 4.640 | 1.832 | 2.046 | 9.912 | 7.335 |
| 5. Cuentas por pagar | 84.447 | 74.704 | 87.958 | 87.975 | 97.976 | 104.356 | 90.594 |

Tabla 25. Gastos de los hospitales públicos de primer nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 311.359 | 335.119 | 319.341 | 287.872 | 292.776 | 302.497 | 312.612 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 242.613 | 254.952 | 245.758 | 224.811 | 223.237 | 224.896 | 240.726 |
| 1.1 De personal | 146.202 | 160.572 | 160.204 | 155.408 | 159.421 | 160.171 | 163.312 |
| 1.2 Generales | 93.218 | 89.802 | 81.311 | 67.842 | 61.246 | 62.121 | 75.788 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 3.193 | 4.578 | 4.243 | 1.562 | 2.569 | 2.605 | 1.627 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 27.408 | 33.506 | 29.208 | 27.789 | 28.893 | 33.503 | 34.934 |
| 2.1 Medicamentos | 13.083 | 14.244 | - | 12.020 | 16.285 | 21.134 | 21.266 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 14.325 | 19.262 | 29.208 | 15.769 | 12.607 | 12.368 | 13.668 |
| 3. Inversión | 16.265 | 28.104 | 31.123 | 18.129 | 19.759 | 21.145 | 21.243 |
| 4. Deuda pública | 176 | 276 | 799 | 469 | 381 | 938 | 508 |
| 5. Cuentas por pagar | 24.896 | 18.282 | 12.454 | 16.673 | 20.507 | 22.015 | 15.201 |

Tabla 26. Gastos de los hospitales públicos de segundo nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 184.750 | 185.459 | 214.953 | 171.882 | 209.204 | 213.348 | 183.922 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 131.274 | 132.954 | 145.764 | 108.486 | 134.942 | 131.145 | 124.819 |
| 1.1 De personal | 103.503 | 103.324 | 114.499 | 86.039 | 100.135 | 102.645 | 103.108 |
| 1.2 Generales | 22.054 | 25.519 | 26.106 | 19.383 | 27.058 | 24.160 | 17.912 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 5.716 | 4.111 | 5.159 | 3.065 | 7.748 | 4.340 | 3.799 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 22.617 | 24.381 | 24.995 | 26.301 | 24.399 | 25.277 | 21.685 |
| 2.1 Medicamentos | 10.398 | 11.609 | - | 12.441 | 11.253 | 12.712 | 10.021 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 12.219 | 12.771 | 24.995 | 13.860 | 13.146 | 12.566 | 11.664 |
| 3. Inversión | 1.588 | 4.068 | 19.335 | 15.905 | 22.725 | 15.780 | 7.470 |
| 4. Deuda pública | 3.860 | 4.825 | 2.865 | 1.363 | 911 | 705 | 136 |
| 5. Cuentas por pagar | 25.412 | 19.231 | 21.993 | 19.827 | 26.228 | 40.440 | 29.811 |

Tabla 27. Gastos de los hospitales públicos de tercer nivel en Valle del Cauca (Millones de pesos de 2011)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL DE GASTOS | 207.744 | 238.849 | 250.711 | 234.509 | 264.577 | 243.793 | 254.308 |
| 1. Gastos de funcionamiento | 115.746 | 132.901 | 136.722 | 130.381 | 152.798 | 146.230 | 144.267 |
| 1.1 De personal | 90.222 | 99.278 | 103.352 | 103.775 | 116.144 | 118.927 | 112.760 |
| 1.2 Generales | 20.879 | 29.383 | 29.473 | 22.737 | 33.295 | 23.621 | 28.031 |
| 1.3 Transferencias corrientes | 4.645 | 4.241 | 3.897 | 3.869 | 3.360 | 3.682 | 3.476 |
| 2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 40.139 | 45.441 | 48.256 | 41.004 | 47.680 | 41.166 | 42.492 |
| 2.1 Medicamentos | 17.913 | 20.341 | - | 20.101 | 21.481 | 17.466 | 14.853 |
| 2.2 Comercialización y prestación de servicios | 22.225 | 25.101 | 48.256 | 20.903 | 26.200 | 23.700 | 27.639 |
| 3. Inversión | 14.519 | 20.960 | 11.246 | 11.648 | 12.104 | 6.227 | 15.274 |
| 4. Deuda pública | 3.201 | 2.355 | 976 | - | 754 | 8.269 | 6.692 |
| 5. Cuentas por pagar | 34.139 | 37.191 | 53.511 | 51.476 | 51.240 | 41.901 | 45.582 |

Anexo 3.

Producción de servicios de salud en los hospitales públicos de Antioquia, Atlántico y Valle del Cauca (SIHO)

Tabla 28. Consolidado de la producción de servicios de salud en los hospitales públicos de Antioquia

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 433.698 | 456.032 | 482.125 | 497.159 | 537.965 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 26.908 | 38.282 | 42.635 | 44.332 | 59.262 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 3.662.836 | 3.891.814 | 3.793.515 | 3.607.807 | 3.142.643 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 1.330.184 | 1.361.978 | 1.446.543 | 1.561.072 | 1.410.047 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 616.357 | 638.362 | 649.423 | 592.283 | 557.003 |
| Dosis de biológico aplicadas | 2.170.258 | 1.691.705 | 1.952.422 | 2.077.610 | 1.957.840 |
| Exámenes de laboratorio | 6.485.013 | 7.080.952 | 6.773.511 | 7.255.579 | 7.355.848 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 189.077 | 178.557 | 185.261 | 180.287 | 165.279 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 752.911 | 804.553 | 814.421 | 825.491 | 816.483 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 530.334 | 565.752 | 656.799 | 675.718 | 659.257 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 108.310 | 152.118 | 214.153 | 247.108 | 252.585 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 87.979 | 95.190 | 109.280 | 89.556 | 120.213 |
| Partos por cesárea | 10.847 | 11.026 | 10.573 | 9.531 | 9.634 |
| Partos vaginales | 44.670 | 42.062 | 37.306 | 31.782 | 29.811 |
| Total de tratamientos terminados | 269.364 | 307.667 | 376.330 | 413.451 | 431.428 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 103.134 | 116.261 | 116.455 | 122.094 | 120.075 |
| Porcentaje ocupacional | 52% | 52% | 54% | 47% | 41% |
| Promedio días-estancia | 2,7 | 2,8 | 2,8 | 3,0 | 3,1 |

Tabla 29. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de primer nivel en Antioquia

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 43.366 | 21.626 | 27.459 | 17.440 | 19.459 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 1.331 | 82 | 3.101 | 1.387 | 4.715 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 2.601.858 | 2.671.103 | 2.629.420 | 2.528.137 | 2.387.951 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 731.105 | 740.495 | 752.829 | 806.943 | 740.181 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 474.087 | 502.290 | 501.129 | 455.768 | 422.248 |
| Dosis de biológico aplicadas | 1.270.751 | 1.002.603 | 1.145.559 | 1.233.514 | 1.161.840 |
| Exámenes de laboratorio | 3.339.429 | 3.563.150 | 3.208.416 | 3.384.239 | 3.518.220 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 133.381 | 121.377 | 123.706 | 119.949 | 109.474 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 228.744 | 255.835 | 264.921 | 258.720 | 260.976 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 224.542 | 508.605 | 589.739 | 617.377 | 596.984 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 29.934 | 31.716 | 64.116 | 75.551 | 73.637 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 65.799 | 54.126 | 38.205 | 41.712 | 46.809 |
| Partos por cesárea | 856 | 927 | 746 | 808 | 655 |
| Partos vaginales | 22.265 | 21.380 | 18.468 | 15.900 | 13.918 |
| Total de tratamientos terminados | 191.438 | 226.128 | 283.093 | 307.278 | 321.983 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 4.934 | 4.492 | 3.913 | 3.601 | 2.770 |
| Porcentaje ocupacional | 46% | 46% | 50% | 42% | 36% |
| Promedio días-estancia | 2,3 | 2,5 | 2,4 | 2,7 | 2,7 |

Tabla 30. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de segundo nivel en Antioquia

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 330.142 | 361.730 | 382.799 | 410.106 | 442.968 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 25.577 | 38.200 | 39.534 | 42.945 | 54.547 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 1.056.329 | 1.216.366 | 1.162.051 | 1.077.574 | 752.684 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 555.303 | 577.612 | 648.277 | 698.288 | 605.850 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 142.270 | 136.072 | 148.294 | 136.515 | 134.755 |
| Dosis de biológico aplicadas | 748.764 | 543.464 | 606.932 | 609.759 | 562.785 |
| Exámenes de laboratorio | 2.766.242 | 3.050.687 | 3.112.697 | 3.274.740 | 3.192.152 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 55.416 | 56.956 | 61.306 | 59.942 | 55.374 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 452.745 | 450.247 | 464.100 | 467.303 | 443.086 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 305.792 | 57.147 | 67.060 | 58.341 | 62.273 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 57.439 | 95.542 | 128.985 | 149.864 | 155.714 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 6.957 | 25.332 | 52.870 | 37.526 | 61.707 |
| Partos por cesárea | 8.787 | 9.052 | 8.953 | 7.990 | 8.173 |
| Partos vaginales | 19.279 | 17.899 | 16.108 | 13.781 | 13.104 |
| Total de tratamientos terminados | 77.926 | 81.539 | 93.237 | 106.173 | 109.445 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 87.925 | 101.433 | 103.717 | 109.318 | 107.579 |
| Porcentaje ocupacional | 88% | 87% | 84% | 80% | 79% |
| Promedio días-estancia | 5,5 | 5,1 | 5,4 | 5,5 | 5,7 |

Tabla 31. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de tercer nivel en Antioquia

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 60.190 | 72.676 | 71.867 | 69.613 | 75.538 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | - | - | - | - |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 4.649 | 4.345 | 2.044 | 2.096 | 2.008 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 43.776 | 43.871 | 45.437 | 55.841 | 64.016 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | - | - | - | - | - |
| Dosis de biológico aplicadas | 150.743 | 145.638 | 199.931 | 234.337 | 233.215 |
| Exámenes de laboratorio | 379.342 | 467.115 | 452.398 | 596.600 | 645.476 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 280 | 224 | 249 | 396 | 431 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 71.422 | 98.471 | 85.400 | 99.468 | 112.421 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | - | - | - | - | - |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 20.937 | 24.860 | 21.052 | 21.693 | 23.234 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 15.223 | 15.732 | 18.205 | 10.318 | 11.697 |
| Partos por cesárea | 1.204 | 1.047 | 874 | 733 | 806 |
| Partos vaginales | 3.126 | 2.783 | 2.730 | 2.101 | 2.789 |
| Total de tratamientos terminados | - | - | - | - | - |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 10.275 | 10.336 | 8.825 | 9.175 | 9.726 |
| Porcentaje ocupacional | 86% | 87% | 86% | 86% | 87% |
| Promedio días-estancia | 6,5 | 6,1 | 6,3 | 6,8 | 9,1 |

Tabla 32. Consolidado de la producción de servicios de salud en los hospitales públicos de Atlántico

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|---------|---------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 197.815 | 211.921 | 145.940 | 146.178 | 135.770 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | 12.671 | 27.526 | 48.650 | 40.867 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 684.240 | 748.846 | 587.512 | 536.604 | 587.729 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 466.331 | 477.967 | 286.041 | 266.612 | 265.438 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 149.076 | 195.726 | 143.828 | 144.822 | 155.633 |
| Dosis de biológico aplicadas | 459.746 | 517.992 | 434.082 | 328.134 | 386.948 |
| Exámenes de laboratorio | 1.173.450 | 1.138.917 | 819.685 | 855.582 | 1.121.915 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 52.113 | 32.459 | 24.481 | 24.993 | 21.261 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 113.321 | 123.516 | 98.708 | 96.359 | 96.324 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 64.486 | 85.974 | 104.591 | 114.625 | 157.471 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 122.170 | 168.628 | 30.051 | 48.679 | 52.825 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 107.889 | 299.979 | 86.197 | 91.513 | 100.465 |
| Partos por cesárea | 4.751 | 4.879 | 3.255 | 3.406 | 3.061 |
| Partos vaginales | 10.245 | 9.098 | 4.128 | 3.619 | 3.388 |
| Total de tratamientos terminados | 25.823 | 60.209 | 73.746 | 48.760 | 100.220 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 30.153 | 27.591 | 17.492 | 18.315 | 17.996 |
| Porcentaje ocupacional | 43% | 43% | 36% | 22% | 79% |
| Promedio días-estancia | 2,0 | 1,8 | 1,6 | 1,9 | 1,8 |

Tabla 33. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de primer nivel en Atlántico

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 86 | 969 | 145 | 39 | - |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | - | 310 | - | - |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 469.729 | 549.858 | 587.512 | 531.412 | 582.303 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 248.169 | 245.065 | 249.623 | 221.372 | 228.145 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 116.661 | 115.766 | 143.828 | 144.822 | 155.633 |
| Dosis de biológico aplicadas | 323.029 | 355.717 | 433.107 | 324.262 | 384.514 |
| Exámenes de laboratorio | 308.701 | 365.291 | 367.238 | 371.928 | 407.362 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 43.473 | 25.503 | 24.481 | 24.993 | 21.261 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 17.809 | 21.212 | 28.813 | 27.053 | 36.984 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 9.718 | 65.132 | 104.591 | 114.625 | 157.471 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 7.423 | 8.814 | 9.897 | 15.180 | 10.068 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 15.663 | 15.800 | 17.420 | 22.227 | 27.054 |
| Partos por cesárea | - | - | - | - | 5 |
| Partos vaginales | 2.987 | 2.599 | 2.006 | 1.332 | 1.241 |
| Total de tratamientos terminados | 16.162 | 41.166 | 73.746 | 48.760 | 100.220 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | - | 1 | - | - | - |
| Porcentaje ocupacional | 34% | 36% | 28% | 9% | 78% |
| Promedio días-estancia | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,0 |

Tabla 34. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de segundo nivel en Atlántico

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 91.660 | 94.613 | 95.861 | 90.376 | 78.186 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | 12.671 | 27.216 | 48.650 | 40.867 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | - | - | - | 5.192 | 5.426 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 60.370 | 52.638 | 36.418 | 45.240 | 37.293 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | - | - | - | - | - |
| Dosis de biológico aplicadas | 1.941 | - | 975 | 3.872 | 2.434 |
| Exámenes de laboratorio | 208.417 | 176.486 | 208.030 | 269.438 | 273.745 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | - | - | - | - | - |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 40.898 | 39.854 | 44.500 | 44.303 | 35.760 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | - | - | - | - | - |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 3.879 | 2.924 | 4.861 | 11.774 | 3.494 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 39.604 | 31.849 | 33.874 | 39.543 | 34.761 |
| Partos por cesárea | 3.606 | 3.421 | 3.239 | 3.379 | 3.043 |
| Partos vaginales | 2.822 | 2.451 | 2.121 | 2.286 | 2.146 |
| Total de tratamientos terminados | - | - | - | - | - |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 15.305 | 13.126 | 14.081 | 13.564 | 13.318 |
| Porcentaje ocupacional | 81% | 72% | 80% | 94% | 82% |
| Promedio días-estancia | 2,4 | 1,9 | 1,8 | 2,0 | 2,5 |

Tabla 35. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de tercer nivel en Atlántico

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 106.069 | 116.339 | 49.934 | 55.763 | 57.584 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | - | - | - | - |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 214.511 | 198.988 | - | - | - |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 157.792 | 180.264 | - | - | - |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 32.415 | 79.960 | - | - | - |
| Dosis de biológico aplicadas | 134.776 | 162.275 | - | - | - |
| Exámenes de laboratorio | 656.332 | 597.140 | 244.417 | 214.216 | 440.808 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 8.640 | 6.956 | - | - | - |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 54.614 | 62.450 | 25.395 | 25.003 | 23.580 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 54.768 | 20.842 | - | - | - |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 110.868 | 156.890 | 15.293 | 21.725 | 39.263 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 52.622 | 252.330 | 34.903 | 29.743 | 38.650 |
| Partos por cesárea | 1.145 | 1.458 | 16 | 27 | 13 |
| Partos vaginales | 4.436 | 4.048 | 1 | 1 | 1 |
| Total de tratamientos terminados | 9.661 | 19.043 | - | - | - |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 14.848 | 14.464 | 3.411 | 4.751 | 4.678 |
| Porcentaje ocupacional | 79% | 81% | 90% | 91% | 90% |
| Promedio días-estancia | 8,3 | 7,1 | 10,3 | 15,8 | 16,9 |

Tabla 36. Consolidado de la producción de servicios de salud en los hospitales públicos de Valle del Cauca

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 453.593 | 438.539 | 490.098 | 527.001 | 540.562 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 57.811 | 69.843 | 43.430 | 115.258 | 112.848 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 2.480.761 | 2.513.339 | 2.678.969 | 2.903.936 | 2.948.164 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 1.261.385 | 1.216.145 | 1.410.926 | 1.319.835 | 1.239.397 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 409.864 | 403.291 | 446.026 | 331.380 | 290.877 |
| Dosis de biológico aplicadas | 1.186.141 | 990.421 | 1.095.862 | 1.220.452 | 1.424.463 |
| Exámenes de laboratorio | 4.221.001 | 4.368.459 | 4.655.881 | 4.761.123 | 4.835.510 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 100.536 | 99.330 | 104.888 | 108.713 | 122.854 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 505.167 | 475.056 | 497.823 | 470.822 | 481.583 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 601.702 | 742.827 | 930.260 | 1.039.969 | 1.007.604 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 177.508 | 208.463 | 202.200 | 205.561 | 257.783 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 124.912 | 107.493 | 208.090 | 208.904 | 206.221 |
| Partos por cesárea | 4.374 | 4.798 | 5.071 | 4.954 | 4.640 |
| Partos vaginales | 24.065 | 23.176 | 22.566 | 19.458 | 17.647 |
| Total de tratamientos terminados | 212.079 | 243.794 | 256.567 | 279.658 | 250.322 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 68.467 | 62.722 | 70.037 | 75.248 | 71.781 |
| Porcentaje ocupacional | 40% | 40% | 43% | 45% | 48% |
| Promedio días-estancia | 2,6 | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,9 |

Tabla 37. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de primer nivel en Valle del Cauca

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 59.131 | 51.378 | 46.620 | 59.765 | 51.690 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | - | 16 | 218 | 13.378 | 2.866 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 2.260.467 | 2.332.823 | 2.500.263 | 2.739.858 | 2.803.521 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 936.674 | 967.509 | 1.131.975 | 1.081.613 | 1.044.677 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 364.750 | 369.990 | 407.468 | 302.865 | 270.315 |
| Dosis de biológico aplicadas | 1.032.121 | 862.048 | 953.306 | 1.094.649 | 1.331.940 |
| Exámenes de laboratorio | 2.549.470 | 2.753.029 | 2.799.522 | 3.073.644 | 3.235.639 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 90.163 | 91.308 | 97.532 | 102.836 | 117.898 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 264.983 | 220.571 | 238.532 | 242.849 | 267.097 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 557.935 | 678.968 | 854.146 | 972.027 | 953.388 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 95.172 | 117.436 | 130.073 | 135.464 | 173.420 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 38.780 | 41.380 | 45.684 | 74.472 | 66.700 |
| Partos por cesárea | 28 | 130 | 14 | 19 | 14 |
| Partos vaginales | 10.980 | 10.698 | 10.203 | 8.787 | 7.938 |
| Total de tratamientos terminados | 169.646 | 213.039 | 224.109 | 252.411 | 225.845 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 2.730 | 2.581 | 3.519 | 1.656 | 2.675 |
| Porcentaje ocupacional | 32% | 31% | 35% | 36% | 41% |
| Promedio días-estancia | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,5 |

Tabla 38. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de segundo nivel en Valle del Cauca

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 287.976 | 266.370 | 277.611 | 273.694 | 281.237 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 5.114 | 22.431 | 20.539 | 30.192 | 34.461 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 220.294 | 180.516 | 178.706 | 164.078 | 144.643 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 254.481 | 229.205 | 234.380 | 210.451 | 175.807 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 45.114 | 33.301 | 38.558 | 28.515 | 20.562 |
| Dosis de biológico aplicadas | 154.020 | 128.373 | 142.556 | 125.803 | 92.523 |
| Exámenes de laboratorio | 942.018 | 855.297 | 772.719 | 800.312 | 757.103 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 10.062 | 7.728 | 7.008 | 5.632 | 4.899 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 137.412 | 141.484 | 116.152 | 113.428 | 102.054 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 43.767 | 63.859 | 76.114 | 67.942 | 54.216 |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 55.393 | 57.932 | 64.336 | 61.670 | 75.299 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 62.435 | 51.053 | 51.833 | 28.857 | 28.687 |
| Partos por cesárea | 2.979 | 2.889 | 3.181 | 2.957 | 2.734 |
| Partos vaginales | 7.400 | 6.930 | 7.116 | 6.245 | 5.533 |
| Total de tratamientos terminados | 40.310 | 28.190 | 31.139 | 25.843 | 19.513 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 46.295 | 40.648 | 37.531 | 41.826 | 37.808 |
| Porcentaje ocupacional | 68% | 74% | 75% | 80% | 73% |
| Promedio días-estancia | 4,1 | 2,9 | 4,7 | 4,7 | 4,9 |

Tabla 39. Producción de los servicios de salud en los hospitales públicos de tercer nivel en Valle del Cauca

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------|---------|-----------|---------|---------|
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 106.486 | 120.791 | 165.867 | 193.542 | 207.635 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 52.697 | 47.396 | 22.673 | 71.688 | 75.521 |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | - | - | - | - | - |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 70.230 | 19.431 | 44.571 | 27.771 | 18.913 |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | - | - | - | - | - |
| Dosis de biológico aplicadas | - | - | - | - | - |
| Exámenes de laboratorio | 729.513 | 760.133 | 1.083.640 | 887.167 | 842.768 |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 311 | 294 | 348 | 245 | 57 |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 102.772 | 113.001 | 143.139 | 114.545 | 112.432 |
| Número de sesiones de odontología realizadas | - | - | - | - | - |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 26.943 | 33.095 | 7.791 | 8.427 | 9.064 |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 23.697 | 15.060 | 110.573 | 105.575 | 110.834 |
| Partos por cesárea | 1.367 | 1.779 | 1.876 | 1.978 | 1.892 |
| Partos vaginales | 5.685 | 5.548 | 5.247 | 4.426 | 4.176 |
| Total de tratamientos terminados | 2.123 | 2.565 | 1.319 | 1.404 | 4.964 |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 19.442 | 19.493 | 28.987 | 31.766 | 31.298 |
| Porcentaje ocupacional | 91% | 97% | 98% | 99% | 98% |
| Promedio días-estancia | 4,5 | 4,7 | 4,5 | 5,3 | 5,1 |