

## **ANÁLISIS DE LA DINÁMICA DEL GASTO EN SALUD EN CUNDINAMARCA Y EN LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO**

**Julio de 2010**

Juan Gonzalo Zapata<sup>1</sup>  
Diana Pinto  
José Luis González

---

<sup>1</sup> Los autores son, en su orden, Director del proyecto, Investigadora asociada y Asistente de Investigación de Fedesarrollo. Se agradecen los comentarios y sugerencias de Claudia Rivero, Lilia Calderón Directora de Aseguramiento del Departamento y de Carlos Felipe Reyes. Igualmente el apoyo de la Federación Nacional de Departamentos para llevar a buen término este trabajo.

## CONTENIDO

Resumen Ejecutivo .....	4
1. DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO .....	12
1.1 Introducción .....	12
1.2 Contexto General: Gasto público en Salud posterior a la Ley 100 de 1993.....	15
1.3 Diagnóstico General del Sistema de Salud en Cundinamarca.....	22
1.3.1 Cumplimiento de las Competencias departamentales en salud.....	23
1.3.2 Análisis de la Cobertura del SGSSS en el departamento.....	26
1.3.3 Fuentes y usos del gasto departamental en salud .....	34
1.3.4 Caracterización del gasto de oferta .....	38
1.3.5 Conclusiones.....	41
1.4. Análisis información ENS para Cundinamarca .....	42
1.4.1 Introducción .....	42
1.4.2 Indicadores de acceso según la Encuesta Nacional de Salud 2007.....	43
1.4.3 Determinantes y necesidades en salud.....	45
1.4.4 Acceso a los servicios de salud de consulta externa .....	48
1.4.5 Barreras de acceso a los servicios .....	50
1.4.6 Características de los servicios utilizados.....	50
1.4.7 Indicadores de acceso según régimen de afiliación.....	52
1.4.8 Gasto de bolsillo en salud en Cundinamarca 2007 .....	58
1.4.9 Conclusiones y recomendaciones .....	63
1.4.10 Resumen propuesta unificación del Plan Obligatorio de Salud para el RC y RS .....	64
2. CARACTERIZACIÓN DE LOS GASTOS DE OFERTA (NO-POS, EXTRA POS Y VINCULADOS).....	70
2.1 Introducción .....	70
2.2 Análisis del gastos No POSS.....	71
2.2.1 Diagnósticos relacionados al uso de servicios no POSS .....	73
2.2.2 Valor facturado por grupos de edad .....	76
2.2.3 Gasto no POSS según tipo de procedimientos.....	77
2.2.4 Gasto no POSS en medicamentos hospitalarios .....	84
2.2.5 Valores totales facturados .....	84
2.2.6 Conclusiones.....	85

2.3 Evaluación de la calidad de la información de los registros individuales de prestación de servicios-RIPS disponibles en Cundinamarca, años 2008-2009 .....	86
2.3.1 Introducción .....	86
2.3.2 Metodología .....	87
2.3.3 Resultados .....	88
2.3.4 Conclusiones.....	94
2.3.5 Recomendaciones .....	96
2.4 Análisis gasto No POS extra POS y atención a vinculados.....	97
2.4.1 Dinámica gasto extra POS en Cundinamarca .....	98
2.4.2 Caracterización del gasto en Atención a la población Vinculada en el departamento....	99
2.4.3 Conclusiones.....	106
3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS HOSPITALES DE CUNDINAMARCA 2002 -2009 .....	108
3.1 Contexto .....	108
3.2 Análisis información SIHO .....	112
3.3 Sostenibilidad Financiera de los hospitales de Cundinamarca 2002 -2009 .....	114
3.3.1 Resultados .....	114
3.3.2 Gasto per cápita red hospitalaria 2009 .....	131
3.3.3 Conclusiones.....	135
3.4 Análisis de los Hospitales de Tocaima, Facatativa y La Samaritana .....	137
3.4.1 HOSPITAL MARCO F. AFANADOR (Tocaima – Primer nivel).....	138
3.4.2 Hospital San Rafael – Facatativa (segundo nivel).....	142
3.4.3 Hospital La Samaritana – Bogotá (Tercer nivel) .....	144

## **Resumen Ejecutivo**

### **Capítulo 1**

#### **Diagnóstico general del sistema de salud en el departamento**

Esta investigación tiene por objetivo estudiar la dinámica del gasto en salud en Cundinamarca, a través del examen detallado de información financiera, de usos y fuentes de recursos para financiar los servicios de salud a cargo del departamento y prestados a través de contratos firmados con la red adscrita de IPS's. A través de la caracterización de este gasto, se busca identificar los determinantes de la sostenibilidad financiera de la red de hospitales públicos, así como los retos que esta debe enfrentar en el mediano plazo garantizar la prestación de los servicios de salud. La caracterización de estas problemáticas permitirá hacer recomendaciones de política para mejorar el sistema de salud de Cundinamarca y por esta vía, el estado de salud de sus habitantes.

En los últimos años, el gasto en salud ejecutado por el departamento de Cundinamarca se ha elevado considerablemente, sin que lo hayan hecho las fuentes de recursos para su financiación. Por un lado, se ha observado un incremento sostenido de los recobros por servicios médicos y medicamentos no cubiertos por el plan de beneficios del régimen subsidiado y que a partir de la Sentencia T-760 de 2008 debieron ser asumidos por los gobiernos departamentales. De otro lado, los recursos destinados a financiar el gasto de oferta (atención a vinculados y gastos No POS) a través de SGP, han caído 21% en términos reales en los últimos 5 años, debido al aumento de la cobertura del RS y la consecuente disminución de la población vinculada.

Del total de personas cubiertas por el SGSSS en Cundinamarca, la población afiliada al RS ha presentado una tendencia creciente durante la última década, pasando de 713 mil personas en 2000, a 1 millón 162 mil personas en 2009. A pesar de estos logros, las provincias de Guavio, Almeidas, Sabana Occidente, Soacha y Sabana centro; presentan niveles de cobertura del RS que oscilan entre el 43% y 66% del total de afiliados al SGSSS. Este hecho explica que Cundinamarca presente un nivel de cobertura del RS del 84% en el 2009, inferior al nacional por encima del 90%.

A nivel nacional, Cundinamarca se ha caracterizado por ser uno de los departamentos con mayor número de población vinculada en términos absolutos; cifra que en el año 2008 llegó a ser de 625 mil personas. Adicionalmente, su evolución ha presentado un comportamiento atípico respecto al resto de departamentos del país, quienes en su mayoría han presentado un decrecimiento constante de los vinculados, al tiempo que avanzan en la afiliación del RS. Estas discrepancias pueden originarse en la forma como esta población es estimada, a partir de la diferencia entre la población Sisben I-II-II, el registro de afiliados al RS que tiene la Secretaría de Salud del departamento y los afiliados al RC que presenta el MPS. Entre el año 2004 y 2006, el número de personas vinculadas en el departamento aumentó en un 37%, pasando de 658 mil a 904 mil en este periodo; siendo este el pico a partir del cual empezó a descender hasta los niveles actuales.

Este aumento coincide también con el crecimiento de la población desplazada en el departamento durante este periodo de tiempo.

Con base en la información disponible se concluye que Cundinamarca enfrenta serias dificultades fiscales para lograr una financiación adecuada de las competencias departamentales en salud establecidas por la Ley. Esta dinámica de aumento del gasto y disminución de los recursos se acentúa mucho más a partir del 2007, año en que la cobertura al RS se dispara. La disminución en los recursos de oferta, ha sido compensada por una mayor destinación de recursos propios y rentas cedidas por parte del departamento, de modo que su participación en la financiación del gasto total en salud ha aumentado de forma significativa durante los últimos dos años. Asimismo, los recobros por concepto de servicios, medicamentos y procedimientos No POS del RS han venido en ascenso y en el año 2008 estos llegaron a representar más del 50% de la ejecución total en salud.

Ante esta disminución en los recursos recibidos por SGP y el crecimiento del gasto No POS del RS, la secretaría de salud ha hecho esfuerzos importantes para disminuir el gasto destinado a financiar la oferta. Entre el 2006 y el 2008, el valor contratado con la red adscrita y no adscrita al departamento disminuyó en un 32% en términos reales; vía una reducción en los montos contratados y una disminución en las tarifas pactadas para atención a la población vinculada.

### **Análisis ENS para el departamento**

Además del análisis de la cobertura del SGSS realizada, los estudios de acceso brindan información sobre la capacidad de la población de obtener servicios de salud, la frecuencia con que los obtiene y algunas de las condiciones en las que son prestados. Adicionalmente, es posible identificar barreras al acceso y diferenciales en el uso de servicios por subgrupos de la población. En este acápite se analizaron los indicadores de acceso a servicios de salud en personas entre 6 y 69 años del departamento de Cundinamarca, recolectados en el módulo de hogares de la Encuesta Nacional de Salud 2007. Se evaluaron las dimensiones del acceso en relación a necesidades en salud percibidas por los entrevistados, la utilización de servicios de consulta externa y hospitalización y, las características de uso de estos servicios, entre otros. También se analizaron los indicadores de acceso en consulta externa según régimen de afiliación. Adicionalmente se exploran variables sobre el responsable del pago de los servicios y el gasto de bolsillo de la población, según diferentes rubros de gasto, tanto para personas que reportaron haber asistido a la consulta externa como los que reportaron hospitalización.

Los resultados indican que en general, los indicadores de acceso en los cundinamarqueses son consistentes con estos indicadores en el nivel nacional. En cuanto a necesidades en salud, tres cuartas partes de la población perciben su salud como buena. Queda además en evidencia que en Cundinamarca como necesidad percibida salud predomina la enfermedad general, aunque se ve también un peso de necesidades en salud mental y de tipo preventivo. A su vez, se encontró que tercera parte de las personas que reportan un problema de salud tienen días de incapacidad. De otra parte, las barreras de acceso reportadas se relacionan en gran parte con percepciones y

actitudes hacia la enfermedad y uso de los servicios de salud por parte de las personas, pero se evidencian diferencias en el tipo de barreras según régimen de afiliación.

En total, 28% de las personas hicieron uso de los servicios de consulta externa en los últimos 30 días, la mayoría consultó una sola vez. Cincuenta y siete por ciento del total de la población realizó por lo menos una consulta en los últimos 12 meses. En cuanto a las características de los servicios utilizados se hace uso de recurso humano calificado, prestadores formales de servicios, y en ubicaciones y tiempos que podrían considerarse razonables. La principal razón de consulta se relacionó a enfermedad general. No parece haber grandes diferencias en indicadores de acceso en consulta externa por régimen de afiliación, más allá de las esperadas por la organización de los servicios en cada régimen.

Cinco por ciento de las personas refirieron haber estado hospitalizadas en el último año, 73% de ellas una vez. Más de la mitad estuvo hospitalizada en una institución pública y una tercera parte en una institución de la red de una EPS, y dos terceras partes se hospitalizó en su mismo municipio de residencia. La principal razón de hospitalización se relacionó a motivos no obstétricos en 62% de las personas, a motivos obstétricos en 31% y el 7% restante a accidente o violencia. El tiempo de estancia estuvo entre 1 y 19 días, con una mediana de 2 días y promedio de 4 días.

Finalmente los descriptores de gasto de bolsillo muestran que el responsable del pago de la mayor parte de la atención de consulta entre los afiliados al SGSSS son las entidades aseguradoras, mientras que para los no afiliados el pago con recursos propios o por parte del ente territorial es más frecuente. Los pagos de bolsillo reportados con mayor frecuencia son copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, medicamentos, fotocopias, transporte y alimentación, con algunos diferenciales según régimen de afiliación.

Los resultados sugieren algunas líneas de política para la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Primero, en el contexto de universalización y unificación, la SSC puede jugar un rol importante en suplir las reconocidas limitaciones del POS en términos de cobertura de salud mental y fomentar el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención. Segundo, dentro de las líneas de acción para abordar las barrera al acceso identificadas el énfasis debe estar en abordar aspectos culturales en relación a la enfermedad y actitudes hacia los cuidados de salud que desmotivan a las personas a asistir a la consulta y ahondar en evaluaciones de las posibles causas de problemas de accesibilidad relacionados a calidad de la atención. En este orden de ideas, la aproximación de las barreras de acceso debe ser diferente según régimen de afiliación, siendo el incremento de cobertura en aseguramiento una de las estrategias en curso para reducir las barreras financieras que parece enfrentar la población no asegurada. Por otro lado, los posibles problemas de oferta reportados por los afiliados al RS llaman a un examen de la suficiencia y organización de las redes existentes.

En el orden práctico, los indicadores obtenidos una idea sobre el uso global de servicios que se puede esperar de la población, proporcionando un marco de referencia para la planeación de la oferta, y para comparaciones con datos de otras fuentes. Con estos indicadores se puede realizar un cálculo grueso de la demanda de servicios, que puede ser utilizado como parámetro para

validar otras fuentes (como los RIPS) o para incorporar en las proyecciones de demanda y gasto en salud que construya la SSC para apoyar el proceso de universalización y unificación. La información puede aplicada para la evaluación y planeación de las políticas de salud dirigidas incrementar el acceso, en particular de aquellas dirigidas a promover la afiliación a la seguridad social y el desarrollo de una oferta de servicios adecuada para reducir las barreras financieras y geográficas al uso de servicios. Finalmente los resultados sobre gastos de bolsillo pueden orientar estudios a mayor profundidad que evalúen el verdadero impacto de estos gastos sobre las finanzas de los hogares y del acceso a los servicios, de manera que se pueda decidir si es necesario adoptar medidas para aliviar estas cargas.

## **Capítulo 2**

### **Caracterización de los gastos de oferta (No-POS y vinculados)**

Uno de los objetivos propuestos en el presente trabajo es realizar un análisis del gasto de los recursos de oferta en el Departamento de Cundinamarca. Como fuente primaria potencial para obtener la información requerida para realizar dicho análisis se seleccionaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS–, estos son archivos empleados por los prestadores de servicios para registrar la información de prestaciones por usuario atendido. En este caso, Cundinamarca al ser el ente responsable de administrar y financiar la prestación de servicios en salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al Régimen Subsidiado (vinculados) y de los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios del mismo régimen (No POSS) cuenta en la actualidad con información de RIPS suministrados por la red contratada y no contratada.

Se espera que los RIPS generen información útil para la toma de decisiones, tales como motivos de consulta, procedimientos realizados, consumos por usuario y valores facturados por pagador como mínimo. Sin embargo, para poder proceder al análisis de estos datos es importante hacer una evaluación de qué tan completa y de qué calidad es la información contenida en los RIPS con los que cuenta el departamento. Con ello se puede establecer no sólo qué tan confiable es la información sino también identificar falencias que puedan ser corregidas. Por este motivo el trabajo se dividió en dos partes. En la primera se realizó una evaluación preliminar de la calidad de los RIPS del departamento, con el objetivo de conocer el volumen total de la información, determinar su representatividad, y determinar la calidad de la información en relación al número de archivos que pasan la malla validadora existente para ello.

Los resultados de esta evaluación indican que, en primer lugar, respecto a la cobertura según IPS de la red contratada parece haber gran variación en la cantidad y periodicidad de las remisiones de datos. Segundo, respecto a la cobertura geográfica de los RIPS también parece haber faltantes importantes. Tercero, de la información ya incompleta que llega al proceso de validación, un alto porcentaje no se puede utilizar por problemas de calidad. Esto puede generar varias distorsiones o sesgos de la información, tanto subestimaciones como sobre-estimaciones, que llevan a que los resultados obtenidos del análisis de estos datos deban ser interpretados con cautela.

Se recomienda propender por reducir la cantidad de información faltante indagando en las posibles razones por las cuales las remisiones son incompletas y aplicar los correctivos necesarios. Se amerita a un análisis detallado del tipo de errores que invalidan los archivos RIPS, identificar estrategias para corregirlos, y brindar retroalimentación oportuna y apoyo técnico a las IPS para mejorar la calidad de la información remitida. Se puede pensar en estrategias escalonadas que se centren en garantizar buena información de las variables más prioritarias. Con el ánimo de aprovechar la información existente, a pesar de sus limitaciones, se recomienda realizar los análisis requeridos a partir de la información más completa, comenzando por aquella que comprende los doce meses del año, y la que tenga el menor número de datos faltantes. También se debe evaluar la posible aplicación de métodos estadísticos para realizar ajustes por datos faltantes. Finalmente se recomienda identificar experiencias exitosas en manejo de RIPS por parte de otras entidades tanto públicas como privadas que puedan compartir con la SSC su conocimiento y estrategias para superar las dificultades para el registro y uso de esta información.

En la segunda parte del trabajo se realiza un análisis descriptivo del gasto del departamento las actividades, procedimientos e intervenciones no cubiertas por subsidio a la demanda (No POSS) a partir de los RIPS disponibles. Por solicitud de la SSC la descripción se limita a los servicios prestados a la población mayor de 18 años, del régimen subsidiado, considerando que esta información podría dar apoyo para los procesos de universalización y unificación del POS.

Los resultados de gasto obtenidos a partir de los RIPS subestiman el gasto total y presentan limitaciones para interpretar tendencias. El ejercicio ilustra el potencial de estos datos para generar información útil para el análisis del gasto en salud del departamento, pero cuya validez, representatividad y confiabilidad debe ser mejorada. Se recomienda complementar esta información con otras fuentes.

### **Análisis del gasto No POS “extra POS” y atención a vinculados**

En 2007, el valor total de recobros por concepto de gastos extra POS al departamento fueron \$201 millones aproximadamente, en el 2008 estos se elevaron a \$587 millones y en el 2009 la cifra alcanzada fue de \$3.285 millones aproximadamente. Desde el 2007, gasto extra POS se ha incrementado en más de 16 veces y en lo que lleva corrido del 2010 la cuenta de recobros está en \$1340 millones. En este se destaca CAFAM, Convida, Ecoopsos y Colsubsidio, que son las EPS's que más afiliados presentan en el departamento.

Como una medida para hacer seguimiento a este gasto, la dirección de aseguramiento realiza constantemente auditorías a la facturación presentada por las IPS; por concepto de servicios de salud prestados a la población afiliada al RS producto de tutelas o aprobación de los comités técnico científicos. En estas auditorías se detalla el valor facturado, el glosado y el que se reconoce o certifica para pagar. Las glosas se presentan cuando existen inconsistencias en la información presentada por la IPS, especialmente en lo relacionado con el estado de afiliación de las personas atendidas; lo cuales pueden presentar multifiliación, es decir al RC y RS simultáneamente, entre



otros problemas. Entre 2007 y 2010 se destaca la IPS Salud Vida, que presenta un porcentaje de glosa superior al 8% del valor recobrado.

En cuanto a la población vinculada, no existe hoy un estimativo exacto de la cantidad de población que aún se encuentra sin afiliarse al sistema en el departamento. Asimismo, se desconoce el monto total de recursos destinado a atender sus necesidades, pues su plan de beneficios es ilimitado. En Cundinamarca, se estima que existe una población vinculada cercana a las 350 mil personas las cuales no han podido ser ubicadas todavía. Asimismo, su estimación se hace a partir de la diferencia entre la población total del departamento entregada por el DANE, la afiliada a los niveles Sisben I-II-III que posee el departamento y los afiliados al RC que posee el MPS. Esta multiplicidad en las fuentes de información hace imposible determinar con exactitud cuántas personas faltan por incluirse al RS en Cundinamarca. Pese a esta debilidad en la información, la Secretaría de Salud realiza contratos anuales con los hospitales pertenecientes a la Red adscrita, para la prestación de servicios como hospitalización no quirúrgica, atención en el servicio de urgencia, hospitalización quirúrgica, procedimiento de apoyo diagnóstico, procedimientos de apoyo terapéutico, consulta médica general, consulta de odontología y consulta médica especializada.

Finalmente, del análisis de la facturación presentada por los hospitales públicos del departamento a la Secretaría de salud muestran que los servicios prestados a la población vinculada, que más aporte tienen al gasto total son precisamente aquellos que están asociados a un fuerte deterioro del estado de salud de las personas. Los cuatro tipos de servicios que más aportaron al gasto en el 2009 fueron en su orden la hospitalización no quirúrgica (35.2% del gasto total), atención en el servicio de urgencia (20.7% del gasto total), hospitalización quirúrgica (13.6% del gasto total) y los procedimientos de apoyo diagnóstico (7.2% del gasto total), que en conjunto consolidaron el 80% del gasto total en Vinculados. Es notable la baja participación que tienen los servicios de consultas de medicina general y especializada, así como las de odontología. Este hecho revela que la población no afiliada hace poco uso de los servicios de prevención y acude a los servicios de salud principalmente cuando tienen un agravamiento de su situación y requiere por tanto hospitalización, cirugía y atención por urgencias. Asimismo, los valores facturados por este tipo de servicios difieren notablemente entre hospitales y entre niveles. La información analizada muestra que a mayor nivel de complejidad, mayor el costo de los servicios prestados a la población vinculada.

### **Capítulo 3**

#### **Sostenibilidad Financiera de los hospitales de Cundinamarca 2002 -2009**

Un principio fundamental de la Ley 100 era que a largo plazo los recursos destinados a financiar los hospitales públicos conocidos como recursos de oferta, disminuyeran a medida que aumentara el aseguramiento. En Cundinamarca esta previsión no se ha cumplido, al igual que en el resto de departamentos, se ve como los recursos destinados a atender la población vinculada crecieron a pesar de que el tamaño de esta población disminuyó significativamente entre 2002 y 2008 por el consecuente aumento del aseguramiento. En Cundinamarca, la transformación de recursos

públicos para financiar la oferta a la demanda ha seguido un proceso mucho más lento y complicado que lo que se esperaba. Además de la existencia de problemas estructurales en el sistema, como que aún no se llega a la universalización en la salud y por ende gran parte de la población pobre no afiliada debe ser atendida con un sistema de oferta de servicios en salud; para un departamento cualquiera el aumento de la cobertura del régimen subsidiado significa en el largo plazo un aumento del gasto en servicios no cubierto por el plan de beneficios; conocido como gasto No POS. En los últimos 4 años, estos crecieron de forma sostenida y se espera que continúen con esta tendencia en el corto plazo. Debe mencionarse que, para atender a los vinculados y prestar los servicios por fuera del POS del RS se mantienen contratos con los hospitales pertenecientes a la red adscrita de modo que esta fuente de recursos continua siendo muy importante las IPSs públicas del departamento.

En esta sección, se analizó la situación financiera de los hospitales de Cundinamarca a partir de la información financiera obtenida del Sistema de Información Hospitalaria –SIHO- para el periodo 2002-2009. Con el estudio de las ejecuciones de ingresos y gastos de los hospitales públicos del departamento, así como del cálculo de indicadores financieros, se hizo una aproximación al desempeño operativo y financiero de estas instituciones. Se parte de la hipótesis que los hospitales que presenten mejores indicadores y una menor dependencia a los recursos públicos, son los que se encuentran mejor preparados para competir de acuerdo con lo propuesto por la Ley 100. El análisis de estas instituciones prestadoras de servicios de salud en el departamento permitirá responder preguntas claves tanto sobre los hospitales como la reforma del sector.

A partir de las ejecuciones de ingresos consolidada para el conjunto de hospitales de nivel I se encontró que en los últimos ocho años (2002 -2009), los ingresos por prestación de servicios al régimen subsidiado son cada vez mayores; al tiempo que se observa una disminución en la contratación de atención a vinculados. En el 2009, la contratación con el RS representó el 39% de los ingresos totales y con los vinculados el 23%. Asimismo, otras fuentes que ganan una participación en los ingresos son los que corresponden a ventas al RC, SOAT y el PIC; que aumentaron en 6 puntos porcentuales durante este periodo de tiempo. En el 2009 estos llegan a representar el 17% de los ingresos en el 2009.

Igualmente, para los hospitales de nivel II se observa una disminución en los ingresos por atención a vinculados, pasando del 29% al 15% entre 2002 y 2009. Los contratos con el RS han aumentado en más del 100% en el mismo periodo de tiempo, pasando del 16% de los ingresos totales al 28% de los mismos en 2009. En cuanto a los ingresos No POS, aunque estos han descendido del 21% en 2002 al 15% en 2009, todavía siguen teniendo una participación importante en los ingresos totales; la mayor de los tres niveles.

En el Nivel III, la principal fuente de recursos son los contratos por atención a la población vinculada, que representan el 46% del total de ingresos en 2009. La prestación de servicios al RS se ha mantenido constante con tendencia a la baja en los últimos años. Asimismo, la venta de servicios No POS a la población vinculada tiene una participación importante en este nivel, por

encima de los de nivel I y II. La contratación para atención de servicios al RS tiene una participación del 14% en los ingresos totales, la menor de los tres niveles.

Finalmente, respecto a los indicadores calculados; se observa un deterioro constante de la capacidad de generar ahorro primario y total para el periodo 2006-2009. El hecho que el ahorro primario se mantenga negativo, indica que los ingresos no corrientes no superan los gastos corrientes para el conjunto de hospitales durante este periodo de tiempo. Por otro lado, se presentan mejoras importantes en el desempeño fiscal de los hospitales, vía una disminución en la participación de los gastos de personal y funcionamiento en el total de gastos.

Por otro lado, dada la buena calidad de la información del SIHO se recomienda que el departamento inicie un proceso de hacer contabilidad por costos en algunos de los hospitales públicos. Si bien el SIHO dispone de frecuencias de servicios en una de sus bases, aún no es posible hacer contabilidad en detalle como lo requiere la contabilidad especializada. Mientras no se tenga contabilidad de este tipo, no se puede tener certeza de si hay mejora o no de la eficiencia de los recursos en salud. Por lo pronto el SIHO nos permite analizar la sostenibilidad financiera y los resultados encontrados a lo largo de la década son buenos pero insuficientes.

Por último, se recomienda a la Secretaría de Salud del departamento diligenciar, agrupar y consolidar las ejecuciones de ingresos y gastos para los años venideros, de acuerdo al tipo de análisis que se desee hacer; por ejemplo, se podrían agrupar los datos de hospitales por redes o por provincias con el objetivo de llevar a cabo el análisis fiscal presentado anteriormente. Dada la importancia de esta fuente de información para proponer medidas y diseñar políticas que favorezcan la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos del departamento, se recomienda a la Secretaría del departamento consolidar la base completa, cruzando información de producción, ingresos y gastos. Asimismo, podría solicitarse a los hospitales diligenciar formatos adicionales para establecer porcentaje de gastos administrativos, contratación de personal y equipos especializados, entre otros, de modo que puedan implementarse mecanismos de contratación diferentes para ahorrar recursos.

El capítulo termina con un reporte de las visitas a tres hospitales de la red adscrita del departamento. Tocaima, Facatativa y la Samaritana. Se encontraron dinámicas de ingresos y gastos muy diferentes en cada uno de ellos. Los principales problemas financieros se encuentran en el hospital del nivel III, en tanto que, por el contrario, el hospital del nivel I tienen una mejor situación financiera. Estos problemas se explican por las características de la nómina y la forma de contratación del personal médico. Se identificó además una alta concentración de la actividad médica en el nivel, puesto que recibe un volumen de remisiones de pacientes de los hospitales del primer nivel. Preocupa que los dos hospitales más grandes dependen aún en gran medida de los contratos con la Secretaría de Salud para atender vinculados. La igualación de los planes de beneficio y la universalización se pueden convertir en un problema financiero de difícil solución en el medio plazo para estos hospitales.

## 1. DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO

### 1.1 Introducción

En julio de 2008 la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional señaló que los recobros por servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios del Régimen Subsidiado (RS) deben ser dirigidos a los departamentos, dado que la “Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con subsidios a la demanda”. Estos recobros incluyen los medicamentos, procedimientos y servicios que pueden estar o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo (RC). Actualmente, los departamentos ejecutan cerca del 70% de los recursos totales destinados a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada en el país. Recursos con los cuales deben asumir los gastos de oferta (atención de vinculados), actividades de salud pública y posterior a la Sentencia T-760, también el costo de todos los eventos No POS de afiliados al RS. Por esta razón, las obligaciones en salud a cargo de estos entes territoriales aumentaron de forma significativa desde el año 2008, sin que se les garantizara una fuente de recursos adicional para asumirlos<sup>2</sup>.

Los efectos financieros de esta sentencia no se hicieron esperar y al cabo de un año, gran parte de los departamentos presentaban un déficit importante de recursos que ponía en riesgo la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no asegurada, así como el pago a las EPS de los gastos No POS. Una situación posiblemente que se agravó, como consecuencia del crecimiento de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. Por ejemplo, en el caso de Cundinamarca el gasto No POS y Tutelas explicaron en el año 2009, cerca del 60% del gasto total ejecutado por el departamento en salud.

Adicionalmente, en un principio se pensó que, conforme se cumplieran las metas de cobertura universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el financiamiento de los servicios a la población vinculada desaparecería y el gasto en hospitales se mantendrían por tanto constante. Por esta razón, los recursos destinados a financiar el gasto de oferta han caído 10% en términos reales en los últimos 5 años, a pesar que este gasto ha aumentado de forma significativa. Este es un hecho que ha redundado en el deterioro de la situación fiscal de estos entes territoriales. Un análisis detallado de los problemas financieros a los que se enfrentan los departamentos se encuentra en Forero et. al. (2010) en este trabajo se identifican, desde una óptica regional, los principales problemas tanto de los departamentos como del sistema de salud colombiano en la actual coyuntura. El trabajo finaliza con recomendaciones de todo nivel en donde se encuentran propuestas novedosas para reformar el funcionamiento del sistema, así

---

<sup>2</sup> Sobre esta discusión debe hacerse dos precisiones importantes. La primera es que la Ley 715 estableció que con los recursos de SGP debía financiarse también los gastos No POS del RS; sin embargo, solo con la Sentencia T-760 este gasto se incrementó en forma notable. Así mismo, hay que tener presente que cuando se menciona el gasto No POS se hace referencia a lo no cubierto por el régimen subsidiado y que está incluido en el plan de beneficios del régimen Contributivo. Esto es diferente al gasto extra POS, que es aquel que no está incluido en el POS del régimen contributivo.

recomendaciones para mejorar el flujo de ingresos a favor de los territorios en el corto plazo<sup>3</sup>. Este trabajo adquiere una mayor importancia con la declaración de inexequibilidad de la emergencia social en Salud por parte de la Corte Constitucional. Aún está pendiente por iniciarse el debate de la reforma estructural de la salud en Colombia.

Como resultado de esta situación, entre otras razones, el 23 de diciembre de 2009 se declaró el Estado de Emergencia Social mediante el decreto 4975 del Ministerio de la Proyección social, según el cual *“es necesario tomar medidas inmediatas para garantizar las fuentes de financiación y mecanismos para la prestación de los servicios de salud y provisión de medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. De acuerdo a este decreto, los 32 departamentos y 4 distritos del país reportaron durante el último año, una acumulación del déficit corriente por prestación de servicios de salud, de \$885,237 millones, valor que aumentó en un 116% respecto a la cifra del año anterior (2008), de \$409,187 millones.

Debe mencionarse que, recientemente la Corte Constitucional se ha pronunciado al respecto y ha declarado la Inconstitucionalidad del decreto debido a la inexistencia de hechos sobrevinientes y la disposición de mecanismos ordinarios para conjurar la situación actual. Así, en la sentencia C-252/10 se pone de manifiesto que existe *“una problemática de índole estructural (diseño de la Ley 100 de 1993), generada de tiempo atrás (hace más una década) y de presentación recurrente, que concierne al diseño, organización y sostenibilidad del sistema de salud, lo cual ha sido reconocido por los actores de la salud, la academia, los órganos de control y el propio Gobierno”*.

Tras la caída de estos decretos, en los próximos meses deberá discutirse en el congreso de la república las reformas a nivel financiero y tributario propuestas en el marco de la emergencia social, a través de las cuales se busca proveer de nuevos recursos al sector salud para afrontar la crisis actual. Por lo tanto, es de esperarse que el futuro del sistema este sea parte central de la agenda pública del próximo gobierno. En este sentido, la dinámica del gasto departamental en salud debe enfrentarse con medidas de corto y largo plazo. Algunas de estas medidas ya han sido tomadas en años anteriores por las autoridades del departamento y otras están pendientes en razón de decisiones de reforma del sector que tienen iniciativa nacional. La igualación de los planes obligatorios de salud y la universalización en las coberturas son las metas que el actual gobierno nacional tiene entre sus objetivos y que igualmente interesan al departamento, sin embargo mientras los temas financieros del sector no se definan los tomadores de decisiones encuentran muy limitado su radio de acción.

El presente trabajo, realizado en el marco del convenio entre Fedesarrollo y Federación Nacional de Departamentos y a su vez de la Federación con la Gobernación de Cundinamarca, tiene como objetivo adelantar una investigación sobre la dinámica del gasto en salud del departamento y en

---

<sup>3</sup> Ver Forero M., Santamaría M. y Zapata J. et. al. (2010), *“SALUD – Una Visión desde los Departamentos”*. Fedesarrollo – Federación Nacional de Departamentos. Bogotá. 2010.

tres de los hospitales públicos del mismo<sup>4</sup>. A partir de esta investigación, se busca entregar recomendaciones puntuales y estructurales para garantizar la sostenibilidad de sus finanzas públicas en los próximos años. Asimismo, este trabajo es en gran medida una extensión de la investigación realizada por Fedesarrollo en 2009 para la Federación Nacional de Departamentos – FND<sup>5</sup>; en donde se analizan las problemáticas que afectan al SGSSS desde el nivel departamental, y se hacen diferentes recomendaciones de política para mejorar el estado del sistema y la calidad de la prestación de los servicios.

Este documento se realizó a partir de una revisión amplia de la bibliografía sobre la materia, así como del examen detallado de información financiera, de usos y fuentes de recursos de los servicios de salud a cargo del departamento y prestados a través de contratos firmados con la red adscrita y no adscrita de IPS's. Asimismo, se utilizaron las cifras de aseguramiento e informes de gasto en medicamentos proporcionados por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud del departamento. El capítulo que se presenta a continuación, es el primero de los tres informes que se entregaron en el marco del presente convenio, y tiene como objetivo examinar cuatro aspectos claves del sistema de salud departamental: (i) las dinámicas de la cobertura del aseguramiento, (ii) el cumplimiento de las competencias departamentales en salud, (iii) los factores que influyen en la utilización de servicios de salud (necesidades y barreras) y finalmente (v) los costos de la unificación del plan de beneficios. Con estas líneas de análisis se busca identificar las deficiencias de la red de salud departamental, su sostenibilidad financiera, así como los retos que se deben enfrentar en el futuro para garantizar la prestación de los servicios de salud. La caracterización de estas problemáticas permitirá, en los próximos informes, estructurar recomendaciones de política que afecten de forma positiva el sistema de salud de Cundinamarca y por esta vía, el estado de salud de sus habitantes.

El trabajo completo, está organizado en tres partes. En la primera, se presenta el diagnóstico general del sistema de salud en el departamento tras quince años de entrada en vigencia del SGSSS. Se realiza un diagnóstico detallado del gasto de oferta, así como de la cobertura del RS y la dinámica de la población vinculada en el departamento, además de una comparación del departamento en el contexto nacional. Adicionalmente, se analiza la información recolectada por la ENS 2007 para Cundinamarca, con el objetivo de caracterizar el acceso a los servicios de salud de personas entre 6-69 años en el departamento. Finalmente, se resume la propuesta de unificación del POS del RC y RS, presentada por Cundinamarca a la Comisión de Regulación en Salud –CRES; propuesta que fue elaborada por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de

---

<sup>4</sup> Este acuerdo está soportado legalmente por el convenio interadministrativo de Cooperación No. 533-09 de 2008 entre la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Federación Nacional de Departamentos el cual tiene por objeto “aunar esfuerzos técnicos, administrativos y económicos, para fortalecer la capacidad del Departamento de Cundinamarca para el ejercicio de sus competencias en materia de salud”. La entrega de este primer documento se enmarca en el modificadorio realizado a dicho convenio interadministrativo mediante el cual se revaluaron las actividades propuestas en el plan de trabajo inicial aprobado en diciembre de 2009. Para el desarrollo de las nuevas actividades, se otorgó una prórroga de 3 meses a partir de la firma del otrosí del plan de trabajo, dado los decretos de emergencia social expedidos en enero de 2010 y las nuevas actividades propuestas acordes con el nuevo marco legal. Estos cambios fueron aprobados por la interventora de la Federación y la Secretaría de Salud.

<sup>5</sup> Ver Forero M. Santamaría M. y Zapata J. et. al. (2010), “SALUD – Una Visión desde los Departamentos”. Fedesarrollo – Federación Nacional de Departamentos. Bogotá. 2010.

Salud del departamento en compañía de Fedesarrollo. En la segunda parte, se caracterizarán el gasto de oferta del departamento durante el periodo 2007-2009, con el fin de explorar cuáles necesidades de salud se cubren con estos dineros. Este análisis se hace tanto para el gasto No POSs, como el No POS-extra POS y atención a la población vinculada, a partir de información proveniente de los Registros individuales de prestación de servicios –RIPS provenientes de contratos de prestación con la Red de Hospitales adscrita al departamento, así como de información suministrada por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Finalmente, en la tercera parte de este documento se estudia la sostenibilidad financiera de la red de hospitales públicos del departamento, por niveles, a partir del análisis de las ejecuciones de ingresos y gastos de estas ESES para el periodo 2002-2009. Por último, se presenta una reseña de las visitas y lecciones del trabajo de campo adelantado en los hospitales de Tocaima (Nivel I), Facatativa (Nivel II) y La Samaritana (Nivel III) durante el mes de junio del presente año; visitas que se hicieron con el objetivo de conocer más de cerca la realidad financiera y operativa de los hospitales del departamento.

## **1.2 Contexto General: Gasto público en Salud posterior a la Ley 100 de 1993**

La Ley 100 de 1993 dio paso al nuevo Sistema de Seguridad Social –SGSSS en Colombia, con el cual se transformó completamente el esquema de prestación de los servicios que se proveía hasta ese momento; pasando de un modelo esencialmente público con el que se financiaba la oferta (hospitales), a uno basado en el aseguramiento y en el cual se financia directamente la demanda (asegurado).

El nuevo sistema abrió el espacio de participación a diferentes agentes privados; los encargados del aseguramiento de la población a través de su libre afiliación, a entidades promotoras de salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, hoy EPS-S) y los responsables de realizar la provisión de los servicios de salud, hospitales y centros de salud (IPS), contratados directamente por las EPS y EPS-S. Así, bajo un esquema de competencia regulada se buscaba lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos, junto con una mejora en la calidad en los servicios prestados.

El objetivo de estas reformas, era modificar el funcionamiento de un sistema caracterizado por la baja cobertura, que alcanzaba cerca del 31% de la población para 1991, la mala calidad del servicio, la ineficiencia en el uso de los recursos públicos y la poca solidaridad entre la población rica y pobre. Fue así como la ley 100 de 1993, modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007, definió la afiliación al SGSSS a través de los dos regímenes actuales. El Régimen Contributivo (RC) para personas asalariadas y que cuentan con un contrato de trabajo formal, así como para servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago, junto con sus familias; y el Régimen Subsidiado (RS), para aquellos que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir el monto de las cotizaciones requeridas por el sistema.

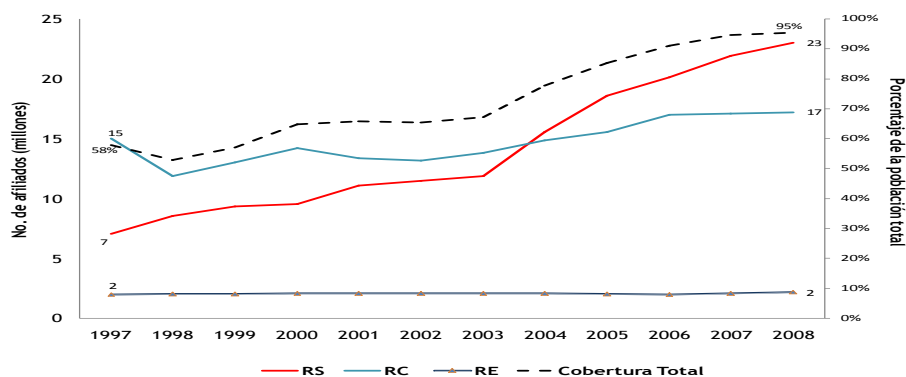
Adicionalmente, en esta ley se estableció la meta de cobertura universal en salud, imponiendo a los distintos niveles de gobierno, responsabilidades en la afiliación y financiación del

aseguramiento de la población pobre al RS. Se tenía establecido que a partir del año 2000 todo colombiano debería estar cubierto por alguno de los dos regímenes de afiliación. En este sentido, se esperaba que los recursos destinados a la oferta (financiación de hospitales públicos), se transformaran paulatinamente en recursos para financiar la demanda (asegurados).

Adicionalmente, para garantizar una adecuada financiación de los subsidios en salud entregados a la población afiliada al RS, la Ley 100 había presupuestado que para el año 2000, el 70% de la población estuviera afiliada al RC y el 30% restante al subsidiado. Así, con los recursos públicos proporcionados por el estado y los entes territoriales, junto con los entregados por el RC a través de los puntos de solidaridad<sup>6</sup>, se constituiría una bolsa para financiar adecuadamente el gasto nacional en salud.

Sin embargo, para el año 2008, de los cerca de 41 millones de colombianos con acceso al sistema de salud, 23 millones pertenecían al régimen subsidiado, y solo 17,6 millones pertenecen al régimen contributivo; de estos, solo 7 millones cotizaban, de modo que los 10,6 millones restantes eran beneficiarios. Este hecho revela que el sistema actual difiere de forma significativa al planteado inicialmente en la reforma y que contrario a lo esperado, la participación de ambos regímenes de afiliación en el sistema se ha invertido (ver gráfico 1).

**Gráfico 1: Afiliados y cobertura en RC y RS, 1997-2008**



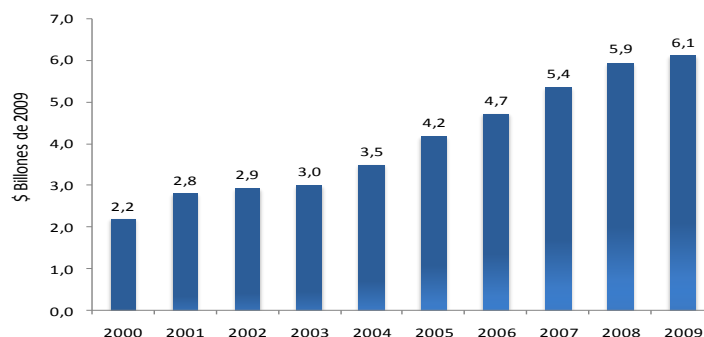
Fuente: Fedesarrollo, con información de DNP y ACEMI

Dicho desbalance, que se ha venido ampliando en los últimos 10 años, ha hecho que gran parte de la financiación del RS deba hacerse con recursos del Estado; razón por la cual el gasto público destinado a este rubro ha venido en ascenso. Entre el 2002 y el 2009, el gasto público total destinado a financiar el RS se ha casi que triplicado. En pesos de 2009, los recursos destinados a financiar el RS han pasado de 2.2 billones en 2002 a 6.1 billones en 2009 (ver gráfico 2), llegando a representar en este año más del 18% del gasto público total de ese año.

<sup>6</sup> Actualmente, del impuesto a la nómina (12.5% del salario del trabajador), 1.5 puntos porcentuales se destinan a la cuenta de solidaridad del RS. Estos recursos son recaudados por las EPS y demás entidades obligadas a compensar-EOC y administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga.



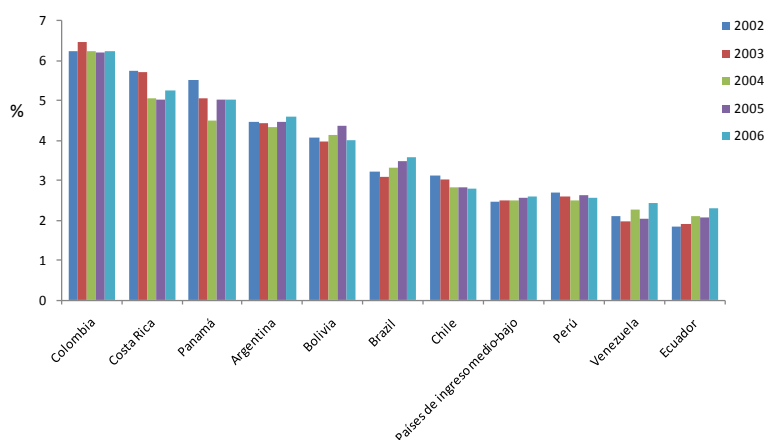
**Gráfico 2. Gasto público destinado a la financiación del RS 2002-2009**



Fuente: MPS.

En el contexto internacional, posterior a la reforma al Sistema de Salud antes mencionada, Colombia es el país de América Latina que más invierte en este rubro como porcentaje del PIB, cifra superior al 6% (ver gráfico 3); aún así, sus resultados en términos de calidad y satisfacción de usuarios son muy similares a los del promedio de la región<sup>7</sup>. En gasto en salud, Colombia es seguida por Costa Rica, Panamá y Argentina con una participación que oscila entre el 4% y 6% del PIB durante el periodo 2002-2006; mientras que Perú y Venezuela son los países con menor participación, cercana al 2% del PIB. Por otro lado, resulta interesante que la participación del gasto destinado a este uso ha tendido a la baja en los últimos años en la mayoría de países, estabilizándose en un nivel promedio de las cifras observadas en el periodo 2002-2006. Solo Brasil, Venezuela, Ecuador y Bolivia, han presentado un crecimiento constante de este rubro en el mismo periodo de tiempo.

**Gráfico 3. Gasto público en Salud como % del PIB**

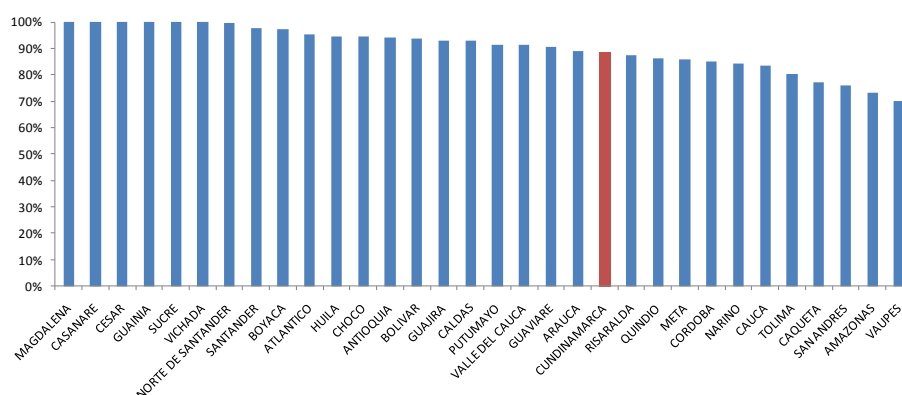


Fuente: WDI, 2009 Banco Mundial.

<sup>7</sup> Santa María et al. (2009).

Respecto a cobertura, la dinámica de aseguramiento en salud ha sido diferente para cada departamento, como resultado de diferencias en la gestión realizada por cada municipio. Actualmente, estos se encuentran encargados de la afiliación y la administración de los recursos dirigidos a pagar a las EPS del RS, la prima por el plan asegurado correspondiente al valor de la UPC<sup>8</sup>. En el 2008, mientras departamentos como Magdalena, Casanare, Cesar, Guainía, Sucre, Vichada y Norte de Santander habían reportado coberturas iguales al 100%, otros como Vaupés o Amazonas no superaban el 75% (ver gráfico 4). Por su parte, Cundinamarca alcanzó en el año 2008 una cifra de 84% de cobertura total del SGSSS.

**Gráfico 4. Cobertura SGSSS departamental 2008**



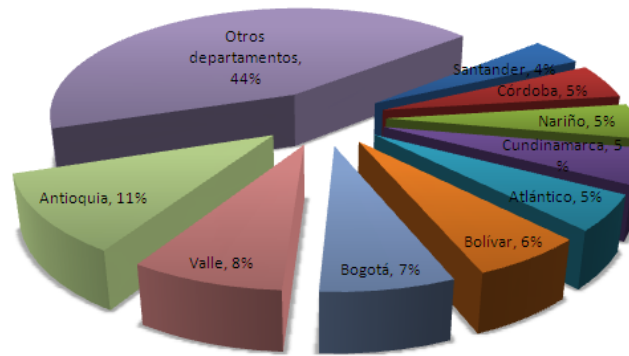
Fuente: DNP.

El excesivo crecimiento del gasto público en salud, es entendido no solo por el elevado número de personas afiliadas al RS, cercano al 55% del total de la población cubierta con el SGSSS y correspondiente a 23 millones de personas para el año 2008, sino también por la lenta migración de recursos destinados a financiar la oferta, a la demanda. Inicialmente, se esperaba que dicha liberación de recursos se utilizara para mantener y ampliar la cobertura de aseguramiento, a través del RS.

En el 2009, el número de afiliados al RS llegó a los 23 millones 598 mil personas; de las cuales, el 56% de estas se concentraron en 9 departamentos (13.061.420 afiliados) y el 44% en los 26 departamentos restantes (10.536.540 Afiliados). En este mismo año Cundinamarca, concentró el 5% de los afiliados al RS junto con Atlántico, Nariño y Córdoba (ver gráfico 5). Sobresalen también Antioquia, Valle y Bogotá, quienes concentran el 11%, 8% y 7% de esta población respectivamente.

<sup>8</sup> La UPC (Unidad de Pago por Capitación) es el valor reconocido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la EPS por cada afiliado activo en el sistema; de acuerdo a su grupo etario.

**Gráfico 5. Distribución de afiliados al RS por departamento**

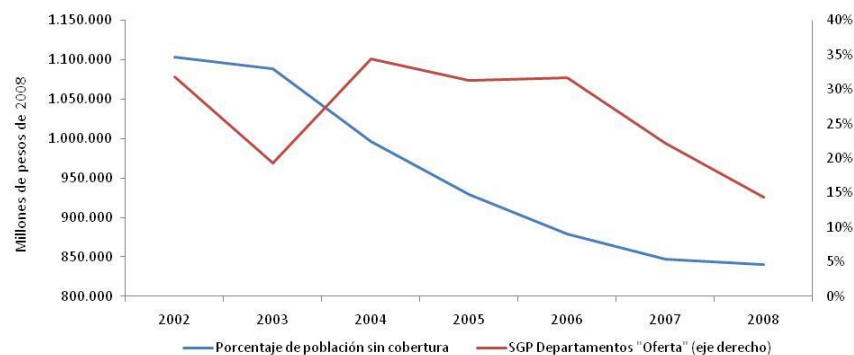


Fuente: MPS.

De acuerdo a lo establecido por la ley 100, los departamentos estarían encargados de financiar los gastos de oferta; es decir, la red de hospitales y centros de salud públicos en los que se atiende a los vinculados, población pobre no cubierta aún por el RS. Los recursos para financiar este rubro, son girados por el gobierno central al ente territorial, a través del Sistema General de Participaciones –SGP.

Aunque era de esperarse que los gastos de oferta disminuyeran conforme se fuera ampliando la cobertura del RS en los departamentos, en la última década se observa que estos solo han empezado a disminuir de forma sostenida, en términos reales, a partir del año 2006, como se muestra en el gráfico 6.

**Gráfico 6. Relación entre el presupuesto del SGP destinado a atender la población vinculada y el porcentaje de la población pobre no asegurada (vinculados)**



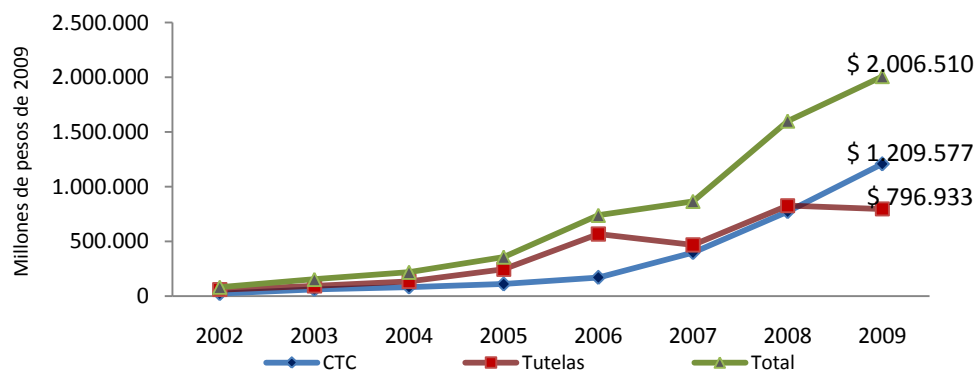
Fuente: DNP y MPS.

Finalmente, otro de los efectos no previstos en el diseño del SGSSS, es el crecimiento excesivo de los servicios, medicamentos y procedimientos médicos no incluidos en los planes de beneficios de

ambos regímenes, conocidos como gastos No POS<sup>9</sup>. El pago de estos servicios, se hace a través de la modalidad de recobro por parte de las EPS y contratación directa con las Secretarías de Salud departamentales. Para el caso del RC este se hace al Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga<sup>10</sup> y en el RS, a partir del año 2008, el gasto No POS es asumido por los departamentos. Recientemente, el Ministerio de la Protección Social-MPS ha expedidos en una serie de decretos que reordenan estas responsabilidades y definen mecanismos alternos de financiación, los cuales se tratarán más adelante.

La autorización de estos recobros se hace a través de dos instancias; la primera por autorización del Comité Técnico Científico –CTC y la segunda, por acción de tutela. De acuerdo con la información presentada en el gráfico 7, a partir del año 2004 se ha presentado una explosión en los recobros generados al Fosyga vía acción de tutela cuya persistencia se mantuvo por encima de la de CTC hasta el 2008. En este año, la Corte Constitucional se pronunció al respecto en la Sentencia T-760 y decretó ampliar las funciones de los CTC de modo que las decisiones de proveer servicios y medicamentos a los afiliados, por fuera del POS, quede en sus manos principalmente y no se haga vía acción de tutela. La sentencia estableció que los gastos No POS que sean aprobados por el CTC pueden recobrarse 100% al FOSYGA, mientras que los gastos No POS que no pasen por CTC pero que se den por orden de tutela solo se pueden recobrar en un 50% al FOSYGA. Como resultado de esta medida, la autorización de recobros ha seguido en ascenso a través del CTC mientras que se estabilizó por la vía de acción de tutela.

**Gráfico 7. Recobros al Fosyga aprobados por el CTC y vía acción de tutela (RC)**



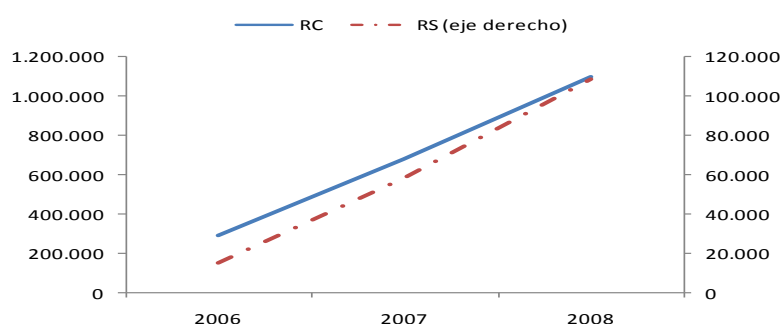
Fuente: Fidufosyga 2005

<sup>9</sup> De acuerdo al decreto 4975 del MPS, “los servicios no incluidos en el POS no estaban previstos por la ley 100 de 1993, ni fueron incorporados en los cálculos económicos realizados para la aprobación de la misma; a pesar de esto, la prestación de dichos servicios, procedimientos y medicamentos se ha venido garantizando y estos han crecido de forma sostenida, poniendo en riesgo el equilibrio del sistema.”

<sup>10</sup> El Fosyga es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social (MPS) y operado por encargo fiduciario a un consorcio de empresas públicas y privadas, Fidufosyga 2005, el cual administra todos los recursos destinados del SGSSS a través de subcuentas. Las subcuentas que conforman el Fosyga son cuatro: Solidaridad y Compensación, encargadas de recaudar recursos para la financiamiento del RS y RC respectivamente; Promoción de la Salud en donde se administran los recursos destinados a actividades de prevención y promoción de la salud pública, tanto a nivel territorial como nacional; y finalmente, la subcuenta de Riesgos catastróficos y Accidentes de tránsito ECAT, la cual concentra recursos utilizados para cubrir eventos como desastres naturales, accidentes de tránsito y ataques terroristas.

Esta dinámica de crecimiento indiscriminado de los gastos por fuera del POS, ya sea por decisión del CTC o por decisión judicial, se presenta para ambos regímenes (ver gráfico 8). El decreto 4975 de 2009 señala, que “algunos reguladores y agentes del sistema, incentivan la demanda o la oferta de estos servicios de salud, no incluidos en los planes de beneficios, sin consideración a criterios de efectividad, sostenibilidad, costo eficiencia, racionalidad, en el uso de los servicios y recursos, como tampoco la propia capacidad socio-económica de los pacientes”. De este modo, el año 2009 cerró con recobros totales al Fosyga, originados en el RC, del orden de 2 billones de pesos; mientras que para el RS un monto cercano a los 900 mil millones fue dirigido a los entes departamentales.

**Gráfico 8. Evolución Recobros NO POS pagados  
(Miles de Millones de pesos de diciembre de 2008)**



Fuente: MPS.

Las dificultades de financiación de estos gastos, no previstos por el sistema, han hecho que tanto el Fosyga como los entes territoriales acumulen cuentas por pagar a las EPS por estos conceptos y estos a su vez a las IPS, quienes realizan la prestación efectiva de los servicios. Esta situación ha generado serios desequilibrios financieros en el sistema, poniendo en riesgo la sostenibilidad financiera de todo el SGSSS. En el gráfico 9 se presenta la evolución de los recobros totales pagados en el sistema, tanto del RC como del RS para el periodo 2002-2008 y en el cual se observa el crecimiento exponencial del mismo.

**Gráfico 9. Evolución Recobros NO POS totales pagados**



Fuente: MPS.

Buscando enfrentar esta situación, el 23 de diciembre de 2009 el gobierno nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, emitió el decreto 4975 en el que declara el estado de emergencia social; situación excepcional que faculta al gobierno para enfrentar situaciones de crisis a través de medidas legislativas temporales<sup>11</sup>. Para finales de enero del presente año, se habían promulgado en total 14 decretos, incluido el anterior, en los cuales se realizan reformas importantes al SGSSS vigente en aspectos como regulación, financiación y medidas tributarias, vigilancia y control, autonomía profesional del personal médico, definición del POS, entre otras. A través de dichas medidas, se espera garantizar el cumplimiento de la cobertura universal en salud, la unificación del POS de ambos regímenes, contributivo y subsidiado, así como garantizar una financiación adecuada de los gastos No POS; que se denominarán “Prestaciones Excepcionales en Salud -PES”.

### **1.3 Diagnóstico General del Sistema de Salud en Cundinamarca**

Con la Constitución de 1991 se impulsó un proceso de descentralización de las funciones en salud del gobierno central, el cual se reglamentó inicialmente en la Ley 60 de 1993, que posteriormente se modificó con la Ley 715 de 2001 y con la ley 100 que crea el SGSSS. En este marco normativo para los departamentos se establecen las siguientes competencias en salud:

1. Gestión de la atención y prestación de servicios en salud a la población pobre no asegurada al SGSSS (vinculados), mediante la firma de contratos con instituciones prestadoras públicas o privadas. Particularmente, los departamentos deben administrar la Red de Hospitales Públicos en los niveles II, III y IV de complejidad<sup>12</sup>. El gasto en salud relacionado con el cumplimiento de estas responsabilidades, es financiado con recursos propios del ente territorial en caso de considerarse necesario, así mismo, mediante recursos asignados por el gobierno central a través del SGP y las rentas cedidas.
2. Organizar, dirigir, coordinar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, además de garantizar la financiación y la prestación de los servicios de salud pública, así como la formulación y ejecución del Plan de Atención Básica departamental.
3. Finalmente, de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008, los departamentos deben financiar los recobros por concepto de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios del Régimen Subsidiado. Estos recobros incluyen medicamentos, procedimientos y servicios incluidos o no, en el POS del Régimen Contributivo RC.

---

<sup>11</sup> De acuerdo al artículo 215 de la Constitución Política de Colombia, el Presidente de la República con la firma de todos los ministros podrá declarar el estado de Emergencia Social para tomar medidas normativas, en caso que se presenten hechos que perturben o amenacen en forma grave e inminente el orden económico, social o ecológico del país, o que constituyan una calamidad pública.

<sup>12</sup> Santa María et al. (2009).

### 1.3.1 Cumplimiento de las Competencias departamentales en salud

Para llevar a cabo el cumplimiento de las tres competencias departamentales en salud expuestas anteriormente, los departamentos realizan contratos anuales con la red de hospitales públicos (Red Adscrita al departamento), conocidos hoy como Empresas Sociales del Estado–ESES. Adicionalmente, realizan contratos con IPS privadas o públicas de otros departamentos y distritos como Bogotá para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a la población vinculada, en caso que estos no puedan ser provistos por la Red Adscrita. En estos contratos, firmados anualmente, se estipula la tarifa y los servicios que deben prestarse a la población vulnerable no afiliada al RS. La primera de estas redes se conoce como Red Adscrita contratada y la segunda, como Red No Adscrita Contratada o complementaria y atención por urgencias; que en conjunto consolidan el gasto en oferta del departamento. En el diagrama 1 se presenta un esquema de la red de hospitales con la que opera el departamento.

**Diagrama 1. Estructura de la Red de Hospitales de Cundinamarca**



Fuente: Elaboración de los autores.

En la actualidad, Cundinamarca cuenta con 37 hospitales públicos adscritos al departamento clasificados en tres niveles de complejidad (I, II y III); los cuales se encuentran agrupados en 4 subredes que cubren el total de las 15 provincias en que se encuentra dividido el departamento a nivel político-administrativo (ver mapa 1). Cada una de estas provincias contiene a su vez un número determinado de municipios, de modo que la población vulnerable y no afiliada aún al RS es atendida en los hospitales más cercanos de acuerdo al nivel de complejidad que presenten (ver cuadro 3). Asimismo, es importante señalar que el presupuesto destinado para los programas de Promoción y Prevención se ejecuta únicamente en la Red de hospitales adscritos al departamento.

### Mapa 1. Provincias y Red Hospitalaria de Cundinamarca



Fuente: Elaboración propia, con base en el mapa tomado de <http://www.cundinamarca.gov.co>

**Cuadro 3. Red Adscrita al departamento de Cundinamarca<sup>13</sup>**

Subred Oriente	
HOSPITAL	Nivel
Fómeque	I
Medina	I
Soacha	I
Cáqueza	II
La Samaritana (Bogotá)	III
Total IPS	5
Municipios atendidos	15
Población	589,807

Subred Sur	
HOSPITAL	Nivel
Arbeláez	I
Tocaima	I
Viotá	I
Fusagasugá	II
La Mesa	II
Girardot	III
Total IPS	6
Municipios atendidos	25
Población	524,574

Subred Occidente	
HOSPITAL	Nivel
Anolaima	I
Guaduas	I
La Vega	I
Madrid	I
Puerto Salgar	I
S J de Rioseco	I
Sasaima	I
Vergara	I
Villeta	I
Facatativá	II
Total IPS	10
Municipios atendidos	32
Población	592,653

Subred Norte	
HOSPITAL	Nivel
Carmen de Carupa	I
Chía	I
Chocontá	I
El Colegio	I
Guachetá	II
Guatavita	I
La Palma	I
Nemocon	I
Sesquillé	I
Sopó	I
Tabio	I
Tenjo	I
Gachetá	II
Pacho	II
Ubaté	II
Zipacquirá	II
Total IPS	16
Municipios atendidos	44
Población	756,007

Fuente: Información de la Secretaría de Salud departamental.

De otra parte, en el cuadro 4 se presentan los tres tipos de servicios contratados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, con la red de hospitales públicos del departamento en los niveles I, II y III de complejidad que posee actualmente, para la atención de la población vinculada.

<sup>13</sup> A partir del año 2008 el hospital de Girardot de nivel III es operado por Caprecom EPS.



#### Cuadro 4. Servicios contratados para atención de la población Vinculada

<b>1. Atención en el servicio de urgencias</b>
<b>2. Atención en los servicios de hospitalización</b>
-Hospitalización No Quirúrgica
-Hospitalización Quirúrgica
<b>3. Atención en los servicios ambulatorios</b>
-Consulta Medica General
-Consulta Medica Especializada
-Consulta de Odontología
-Procedimientos Apoyo Diagnóstico
-Procedimientos Apoyo Terapéutico

Fuente: Elaboración propia – Información Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Como se comentó anteriormente, con la Red Complementaria o No Adscrita contratada, se garantiza la adecuada prestación de los servicios en salud a la población vinculada que en ocasiones no puede ser tratada en la red de hospitales públicos del departamento. Estos convenios se legalizan a través de la firma de un contrato entre la Secretaría de Salud departamental y los hospitales públicos o privados ubicados en otras zonas geográficas del país, a modo de ejemplo en el cuadro 4 se presenta las IPS con las cuales Cundinamarca ha realizado contratos en los últimos cuatro años.

#### Cuadro 5. Red No Adscrita contratada por el departamento de Cundinamarca

HOSPITALES RED NO ADSCRITA (PRIVADA)	Ubicación	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS	Bogotá		x	x	x
CLINICA CANDELARIA IPS	Bogotá	x			
CLINICA JOSE A RIVAS	Bogotá		x		
CLINICA LA INMACULADA	Bogotá	x	x	x	x
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	Bogotá	x	x	x	
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	Bogotá	x	x	x	x
MEDICA MAGDALENA	Bogotá	x	x		x
SIGNOS DE VIDA	Bogotá		x		
UCI NEONATAL MONTERREY	Bogotá	x			
UT. HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	Bogotá	x	x	x	x
UT MEDICAL	Bogotá			x	x
ABILITAR VIDA	Bogotá			x	
FUNDACION CARDIO - INFANTIL	Bogotá			x	
VIRREY SOLIS IPS	Bogotá			x	x
COODEMCUN	Cundinamarca	x	x		
MESALUD LTDA	La Mesa (Cundinamarca)		x		
CLINICA DE ESPECIALISTAS LA DORADA	Guaduas (Cundinamarca)		x	x	
SERVIMEDICOS	Villavicencio		x		

Fuente: Elaboración propia, datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Por otro lado, en caso que alguna persona no afiliada al RS y clasificada en los niveles I, II o III del SISBEN por cualquiera de los municipios del departamento requiera la atención por urgencias en un centro hospitalario diferente a la red adscrita o no adscrita contratada; esta deberá ser atendida por la IPS y los costos en que incurra, serán cubiertos por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, independiente de la zona geográfica del país en que sea atendida. Esta red de IPS's se denomina Red No Adscrita, no contratada (Ver diagrama 1). Finalmente, en caso que los servicios No POS sean prestados por la Red adscrita contratada o no contratada, las facturas o

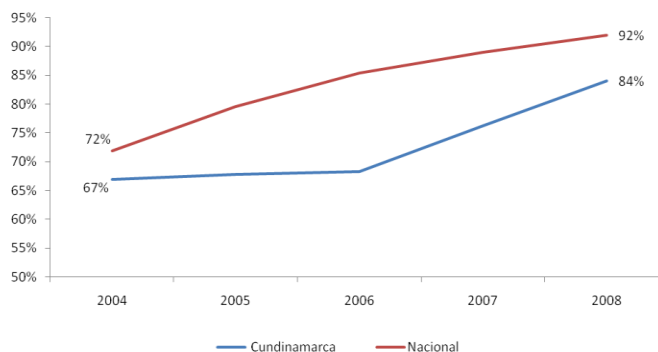
recobros son presentados a la Secretaría de Salud por la ESE y EPS del RS, respectivamente. La misma situación se presenta cuanto los servicios son prestados por un hospital o centro de salud no adscrito al departamento.

### **1.3.2 Análisis de la Cobertura del SGSSS en el departamento**

Para el análisis de la cobertura del SGSSS en el departamento que se presenta a continuación, se utilizaron las series de afiliación al RC, RS y población vinculada proporcionadas por la Secretaría de Salud del departamento a través de su dirección de Aseguramiento. Adicionalmente, se consultaron otras fuentes de información como el MPS y el SIGOB para extender las series y compararlas con la de otros departamentos. Es importante aclarar que existe una discrepancia entre las cifras que reporta el MPS, el DNP y las que posee el Departamento. En el caso de Cundinamarca, de acuerdo a lo informado por la Directora de Aseguramiento, la Dra. Lilia Calderón, los datos de población corresponde a las estimaciones del DANE, los datos de la población SISBEN I-II-III a la secretaría de planeación departamental, las cifras de RS a la Secretaría de Salud del departamento, las del régimen contributivo al Ministerio de la Protección Social y la población vinculada, se estima a partir del cruce de la población SISBEN I-II-III, régimen subsidiado y contributivo. Esta diversidad de fuentes hace que en la mayoría de los casos la población afiliada no coincida con la población del departamento reportada por el DANE, de modo que el número real de vinculados no ha podido ser estimada hasta el estimado.

A nivel de cobertura, la afiliación de la población de Cundinamarca al SGSSS a través del RC y RS ha seguido un ritmo lento; ubicándose siempre por debajo del nivel nacional. Particularmente, en el periodo comprendido entre 2004 y 2006, la afiliación aumentó solo en un punto porcentual. Es a partir del 2006 en que se empieza a observar un mayor ritmo de crecimiento del aseguramiento, pasando de 68% en este año a 84% en el año 2008. Aún así, se encuentra distante del 92% registrado en el total nacional (ver gráfico 10). Este hecho revela que a nivel de cobertura en Salud, Cundinamarca se encuentra rezagado con respecto a gran parte de los departamentos del territorio nacional, como se puede observar en el anterior gráfico 5.

**Gráfico 10. Cobertura SGSSS Nacional y de Cundinamarca 2004-2008**

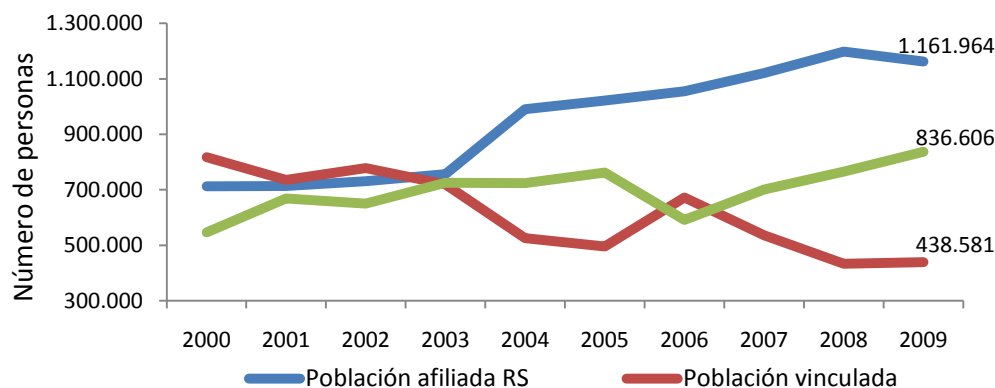


Fuente: DNP, MPS, SIGOB y Secretaría de Salud de Cundinamarca.

## I. Cobertura del RS y RC

En el total de personas cubiertas por el SGSSS en Cundinamarca, la población afiliada al RS ha presentado una tendencia creciente durante la última década, pasando de 713 mil personas en 2000, a 1 millón 162 mil personas en 2009 (ver gráfico 11). Entre el 2000 y el 2003, la afiliación creció en un 6%; adicionalmente, se presentó un salto importante en el 2004, año en que la cobertura aumentó en un 31%. A partir de este año y hasta el 2008, el número de afiliados creció en un 7%. El descenso que se presenta en el año 2009, en cerca de 36 mil personas, corresponde a una reducción en los cupos contratados que fueron quitados al departamento por no haber sido utilizados. Para finales del 2009, el número de afiliados al RS reportados por la Secretaría de Salud fue de 1.161.964 personas.

**Gráfico 11. Afiliación al SGSSS en Cundinamarca 2000-2009**

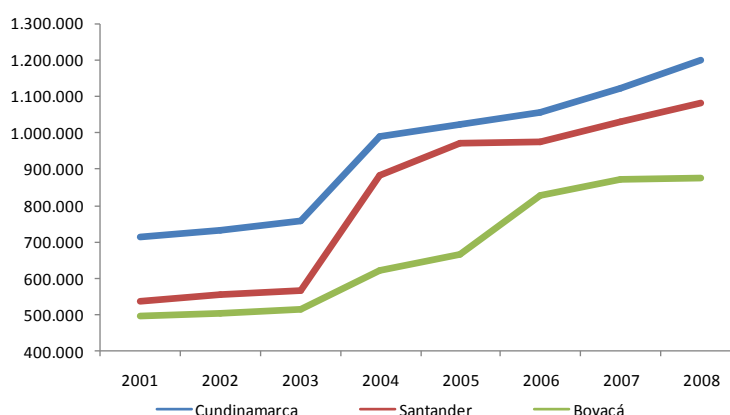


Fuente: Secretaría de Salud Departamento de Cundinamarca y MPS, 2010.

Este aumento sostenido de la población afiliada al RS coincide con el descenso de la población vinculada o no asegurada, que entre el 2000 y 2009 se redujo en un 46%, pasando de 817 mil a 438 mil personas. Por último, la población afiliada al RC se mantuvo relativamente estable entre el 2000 y 2006 en un número cercano a las 670 mil personas. Luego de este periodo crece de forma vertiginosa y para el 2009 alcanza los 836.606 afiliados, entre cotizantes y beneficiarios; un avance importante en términos de formalización del empleo en el departamento.

Cuando se compara el crecimiento de la afiliación al RS en Cundinamarca con la observada para Santander y Boyacá, se observa que los tres siguen una tendencia similar en la primera parte de la década pasada; esto es un aumento lento entre 2001 y 2003, un repunte en el 2004. A partir del 2005, crece de forma sostenida la Cobertura en Cundinamarca y a una mayor velocidad que en los otros dos departamentos (ver gráfico 12). En el 2009, la población estimada para Cundinamarca, Santander y Boyacá es de 1.477.036, 2.010.404 y 1.267.597 personas respectivamente.

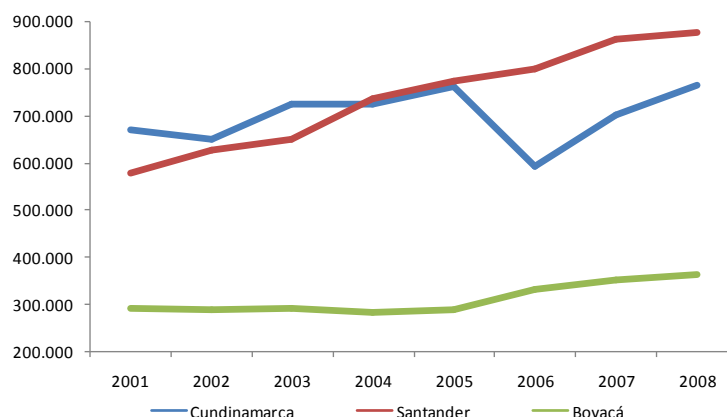
**Gráfico 12. Población afiliada al RS Cundinamarca, Santander y Boyacá**



Fuente: Secretaría de Salud Departamento de Cundinamarca, 2010.

Cuando se compara la dinámica de afiliación al RC, se observan diferencias notables entre estos tres departamentos (ver gráfico 13). En Cundinamarca, aunque el número de afiliados crece lentamente entre el 2001 y 2005, se observa un fuerte retroceso en el 2006, año en que el número de afiliados cae en un 22%. Debido a esta caída, el departamento es superado por Santander que tenía niveles inferiores a Cundinamarca en afiliación al RC. Posteriormente, Cundinamarca retoma la tendencia ascendente y en el 2008 supera incluso el nivel que tenía este régimen en el 2005, alcanzando los 765 mil afiliados. En Cuanto a Boyacá y Santander, en el primero se mantiene una tendencia creciente aunque con un ritmo de crecimiento lento; mientras que en el caso de Santander, el aumento de la población afiliada al RC es sostenido y alto durante toda la década, pasando de 789 mil afiliados en 2001 a 875 mil en 2008. Mejora equivalente al 11% en esta cifra.

**Gráfico 13. Población afiliada al RC Cundinamarca, Santander y Boyacá**

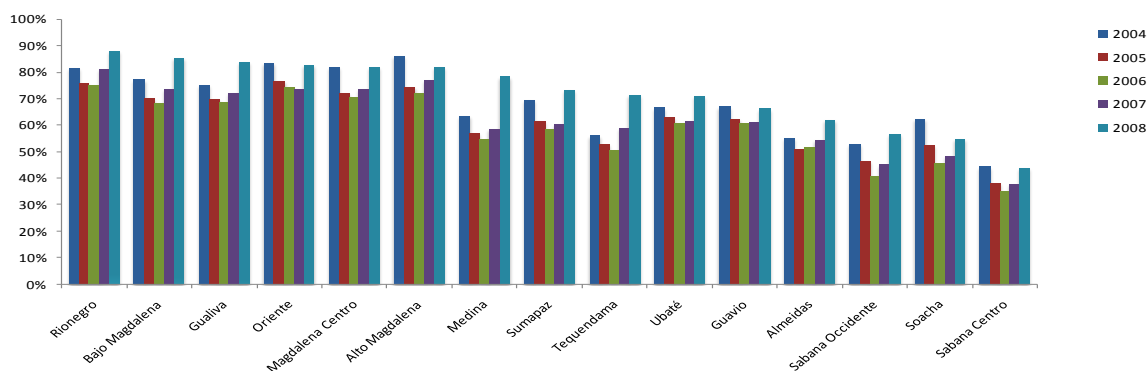


Fuente: Secretaría de Salud Departamento de Cundinamarca, MPS y SIGOB, 2010.

El comportamiento anterior de afiliación al RC; señala la importancia de avanzar en la creación y formalización del empleo en el departamento. En la medida que entren más personas a formar parte del RC, disminuirán las presiones del gasto público para financiar el RS y también los gastos No POS generados por esta población y que deben ser financiados por el departamento. Adicionalmente, esta fuerza de trabajo formal promueve una mayor productividad y competitividad del departamento; tal como se observa en Santander, que ha aumentado su participación dentro del PIB nacional en la última década.

Cuando se analiza la cobertura del RS, entendida como la proporción de personas afiliadas a este régimen del total de personas clasificadas en los niveles I-II y III del SISBEN, a nivel de las provincias, todas presentan un comportamiento decreciente durante el periodo 2004-2006. Es a partir del año 2007 cuando la afiliación al RS empieza a aumentar de forma sostenida (ver gráfico 14).

**Gráfico 14. Cobertura RS (Afiliados como % Población SISBEN I-II-III)**



Fuente: Secretaría de Salud Departamento de Cundinamarca, 2010.

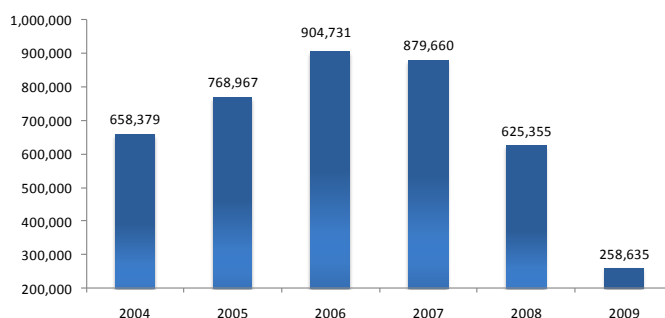
Para el año 2008, solo las provincias de Rionegro, Bajo Magdalena, Gualiva, Oriente, Magdalena Centro, y Alto Magdalena exhiben niveles de cobertura del RS que se ubican por encima 80% del total afiliados al SGSSS; sin embargo, estas provincias representan únicamente el 23% de la población total del departamento, que cuenta con 2´,441,000 habitantes aproximadamente. El siguiente grupo de provincias, conformadas por Medina, Sumapaz, Tequendama y Ubaté presentan una cobertura del RS que oscila entre el 71 y 79% para el año 2008; concentrando una población cercana al 19% del total del departamento. Finalmente, el 58% de la población del departamento, ubicada en las provincias de Guavio, Almeidas, Sabana Occidente, Soacha y Sabana centro; presenta niveles de cobertura del RS que oscilan entre el 43% y 66% del total de afiliados al SGSSS. Este hecho explica que Cundinamarca presente un nivel de cobertura del RS del 71% para el 2008, inferior al nacional cercano al 85%.

Por último, en el anexo 3 se presenta la cobertura alcanzada en el RS, como % del total de población objetivo (SISBEN I, II y III) para cada municipio del departamento.

## II. Comportamiento de la población vinculada

A nivel nacional, Cundinamarca se ha caracterizado por ser uno de los departamentos con mayor número de población vinculada en términos absolutos; cifra que en el año 2008 llegó a ser de 625 mil personas. Adicionalmente, su evolución ha presentado un comportamiento atípico respecto al resto de departamentos del país, quienes en su mayoría han presentado un decrecimiento constante de los vinculados, al tiempo que avanzan en la afiliación del RS. Estas discrepancias pueden originarse en la forma como esta población es estimada, a partir de la diferencia entre la población SISBEN I-II-II, el registro de afiliados al RS que tiene la Secretaría de Salud del departamento y los afiliados al RC que presenta el MPS. Entre el año 2004 y 2006, el número de personas vinculadas en el departamento aumentó en un 37%, pasando de 658 mil a 904 mil en este periodo; siendo este el pico a partir del cual empezó a descender hasta los niveles actuales (gráfico 15). Este aumento coincide también con el crecimiento de la población desplazada en el departamento durante este periodo de tiempo.

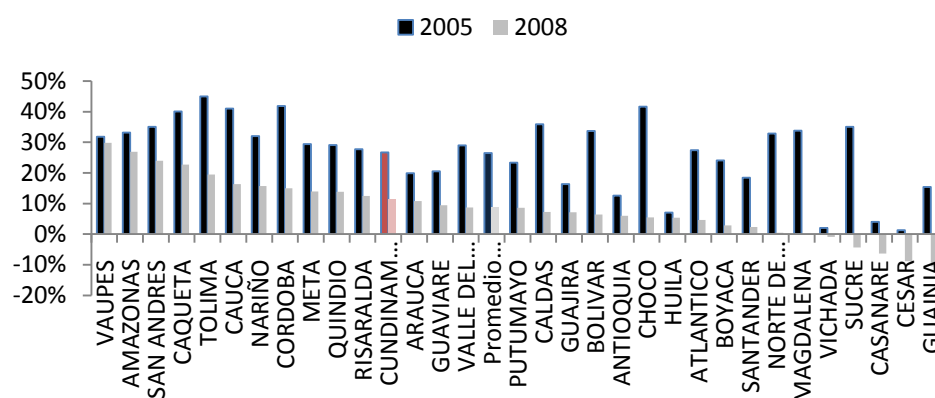
**Gráfico 15. Población Vinculada en Cundinamarca, 2004-2008**



Fuente: Datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

En el contexto nacional, aunque existen departamentos que ya tienen la universalización financiada, como Norte de Santander, Magdalena, Vichada, Sucre, Casanare, Cesar y Guainía; existen departamentos para los que todavía una de cada cinco personas no tiene aseguramiento en salud y su cupo no está financiado en el municipio, al interior del RS o del RC. Estos departamentos son Vaupés, Amazonas, San Andrés, Caquetá y Tolima. Por otro lado, departamentos como Cauca, Nariño, Córdoba, Meta, Quindío, Risaralda, Cundinamarca, Arauca y Guaviare, aunque cuentan con una población vinculada cercana al 13% del total, en los últimos años disminuyeron en más de la mitad esta cifra. Un tercer grupo son los departamentos con una tasa de no afiliados menor al 10%, que además se destacan porque disminuyeron este porcentaje a una cuarta parte en los últimos 3 años. Estos departamentos son Valle del Cauca, Putumayo, La Guajira, Bolívar, Antioquia, Chocó, Huila, Atlántico, Boyacá y Santander (ver gráfico 16).

**Gráfico 16. Porcentaje de la población no afiliada al RS ni al RC, 2005 y 2008**



Fuente: DNP, BDUA y MPS

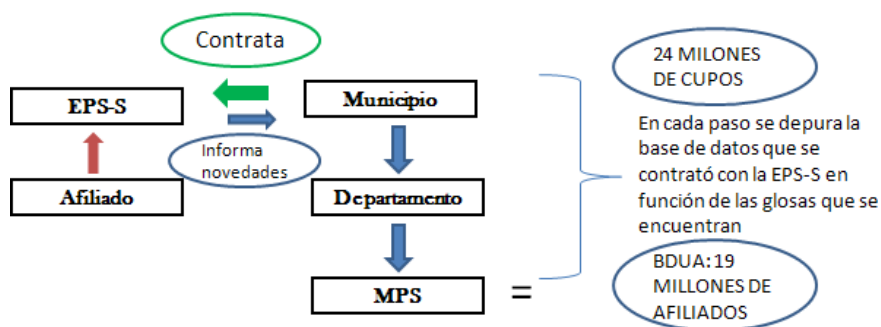
Como se comentó anteriormente, no existe un consenso entre las entidades del gobierno y los entes territoriales, sobre el número de colombianos que aún se encuentra sin afiliar al SGSSS. En todos los departamentos, los cupos contratados superan los cupos para los que se tienen personas afiliadas. En el caso de Cundinamarca, esta diferencia es significativa, pues en el 2009 solo el 75% de los cupos contratados con la nación se tradujeron en afiliados al sistema; situación que se presenta también en San Andrés y Casanare. Esta situación contrasta con la de otros departamentos como Vaupés, en donde el 100% de los cupos financiados se transforma en personas activas en el RS.

De acuerdo con esta gráfica anterior, la caída en el número de vinculados ha sido vertiginosa y para el 2010 es de esperar que no existan personas sin un cupo financiado en el SGSSS. La diferencia entre el número de cupos contratados y las personas afiliadas se origina en las inconsistencias entre las dos principales fuentes de información disponibles: el SISBEN y la BDUA. De acuerdo con el MPS, usando datos del SISBEN, en Colombia hay 24 millones de cupos debidamente financiados por el sistema de salud, en tanto que en la BDUA sólo hay 20.4 millones de afiliados activos, es decir, ciudadanos plenamente identificados que cuentan con un seguro de

salud. Esta discrepancia indica que hay serios problemas para convertir en afiliaciones efectivas a una EPS-S todos los cupos financiados actualmente por el sistema. La discrepancia se acerca al 20% de total de los cupos financiados; es decir, 1 de cada 5 cupos disponibles no tiene aún su afiliado registrado.

Gran parte de los problemas en la recolección de la información de la BDUA se explican por la falta de control que hay al momento de hacer el proceso de afiliación de un ciudadano a una EPS y en la consolidación de la información de afiliados al RS. En primer lugar, los municipios, ente territorial encargado del manejo del RS, contrata con las EPS el aseguramiento de su población SISBEN 1 y 2. En este punto empiezan los problemas, pues en el momento de hacer el contrato con la EPS-S los municipios no cruzan la información para verificar si algunas de las personas que están en SISBEN 1 y 2 ya están afiliadas en el RC (ver diagrama 2). Además, no se suele revisar si la población SISBEN de su municipio se encuentra registrada en otro. Por esta situación, en muchos casos los contratos con las EPS-S se dan por más personas de las que realmente son y de las que verdaderamente necesitan cobertura en el municipio. Una vez se hacen los contratos, el municipio recolecta la información de sus afiliados al RS y la debe pasar al departamento, quien debe hacer una depuración de la información, buscando principalmente los casos de multifiliación entre municipios y errores de registro.

**Diagrama 2: Flujo de información de los afiliados al RS**



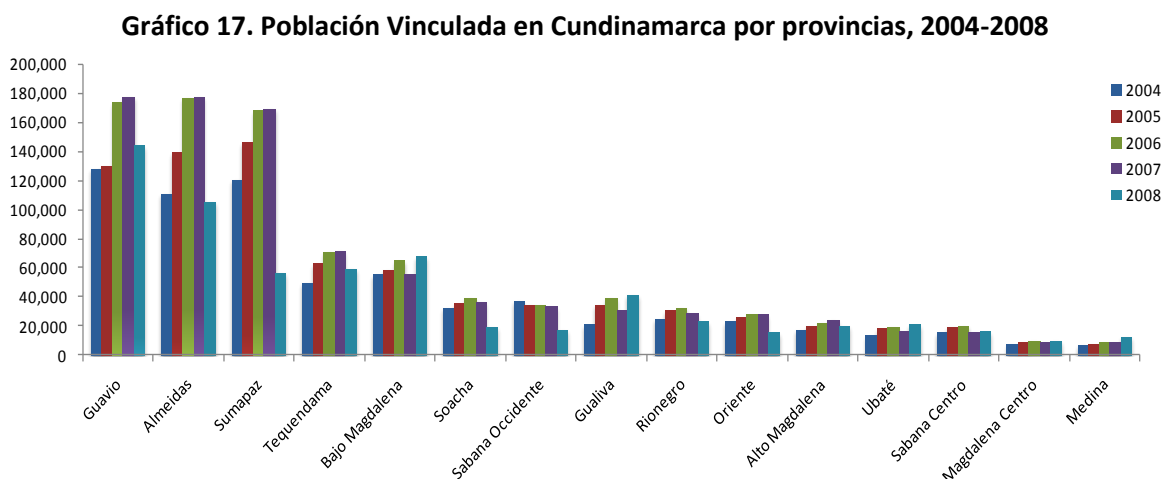
Fuente: Fedesarrollo y FND (2009).

Este proceso se ve afectado por demoras de los municipios en la entrega de la información, y en la baja calidad de la misma. Según la encuesta de Fedesarrollo a las autoridades de salud departamentales en FND (2009), en promedio uno de cada cuatro municipios no cumple de forma adecuada con las funciones de recolección y suministro de la información sobre afiliación al RS<sup>14</sup>. Departamentos como el Huila han tenido que brindar apoyo técnico permanente a sus municipios para hacer más eficiente el manejo de esta información; experiencia que podría ser replicada por Cundinamarca para lograr un mejor desempeño en la identificación de sus beneficiarios.

<sup>14</sup> Esta información proviene de una encuesta realizada por Fedesarrollo a los 32 secretarios de salud departamentales. Las respuestas corresponden a las encuestas de los departamentos de Arauca, Atlántico, Boyacá, Casanare, Risaralda, Cundinamarca, Guajira, Huila, Meta Quindío y San Andrés, únicos departamentos que a la fecha contestaron la encuesta.



A nivel de provincias, las que presentan el mayor número de población vinculada son las de Guavio, Almeidas y Sumapaz, concentrando en total 305 mil personas no afiliadas al RS (ver gráfico 17), correspondientes al 49% del total de vinculados del departamento, aproximadamente. Adicionalmente, estas tres provincias representan el 14% de la población total de Cundinamarca.



Fuente: Secretaría de salud Departamento de Cundinamarca, 2010.

En resumen, hasta el año 2006, el departamento de Cundinamarca presentó un ritmo lento de afiliación al RS; ubicándose históricamente por debajo del nivel de cobertura en salud logrado a nivel nacional. Sin embargo, a partir del 2007 este se dispara y crece 16 puntos porcentuales entre el 2006 y el 2008, registrando una afiliación en estos dos años de más de 8000 personas. Para este año, el total de afiliados al RS fue de 68,800 personas, registrando un incremento del 14% con respecto al número de afiliados en el 2006.

En cuanto a la cobertura total del SGSSS, para el año 2008 el departamento alcanzó niveles de cobertura en salud del 84% mientras que a nivel nacional este fue de 92%. Este nivel inferior al nacional se explica por el número creciente de vinculados que presenta el departamento y que solo empezó a ceder a partir del año 2006, como consecuencia del aumento en la población desplazada y la existencia de características particulares del mercado laboral en el departamento, como por ejemplo una gran cantidad de personas con empleos formales temporales o estacionales que pasan rápidamente a ser vinculados.

### 1.3.3 Fuentes y usos del gasto departamental en salud

El análisis de fuentes y usos del gasto departamental en salud que se presenta a continuación, se elaboró a partir de la información financiera proporcionada por la dirección de aseguramiento del departamento; series que cubren los años 2006-2009. Debe tenerse en cuenta que la distribución de recursos para la financiación de los contratos con la red de hospitales públicos, en la cual se detalla el origen de la misma (SGP, rentas cedidas, regalías, etc) solo se obtuvo para los años 2007 y 2008. Adicionalmente, no se cuenta con información detallada de financiación de la red no adscrita contratada y no contratada, con la que se atienden servicios de urgencias entre otros. Asimismo, es importante aclarar que esta ejecución de recursos solo corresponde a la financiación de las competencias departamentales en salud, es decir, atención de población pobre no afiliada al RS, prestación de servicios no POS y programas de promoción y prevención; otros usos del gasto en salud en el departamento como ampliación y mantenimiento del RS no se analizaron inicialmente, pues la dirección de aseguramiento no cuenta con esta información y además resulta difícil consolidarla para todos los municipios. En posteriores entregas se buscará construir una tabla completa con las fuentes y usos del gasto total en salud del departamento, a partir de información del DNP y el MPS.

#### **Distribución de recursos para la financiación de contratos interadministrativos de prestación de servicios en salud con la red adscrita al departamento**

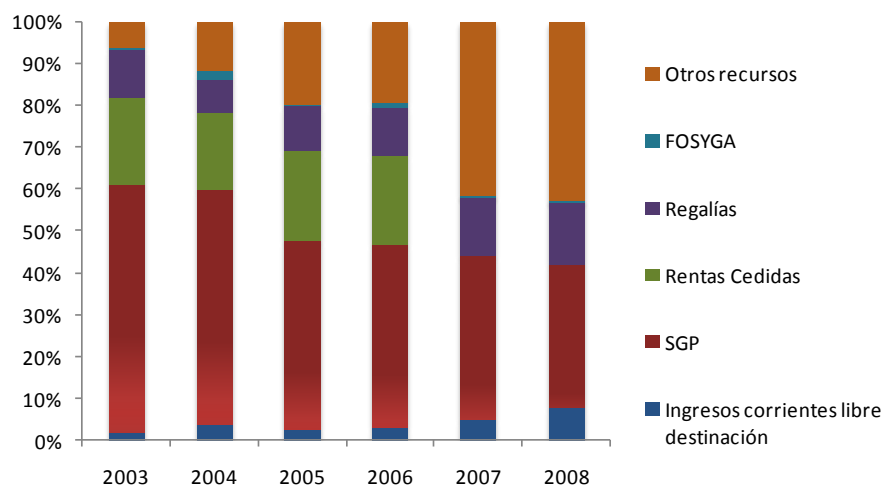
Con la información financiera por IPS de la red adscrita y no adscrita (contratada y no contratada) para el periodo 2006-2009 se tiene una primera aproximación de la distribución del gasto de oferta en el departamento. Asimismo, los datos de ejecución de los contratos con los hospitales públicos dan una idea de cómo se financia y cuáles han sido los montos de recursos invertidos por Cundinamarca en los últimos años, en especial posterior a la Sentencia T-760 que los obliga a asumir los gastos No Pos del RS. Adicionalmente, con la información detallada de facturas presentadas por las IPS de la red adscrita, durante el año 2009, es posible entender cuál es la estructura de gasto de los hospitales públicos en cada uno de los niveles, así como identificar comportamientos comunes y atípicos.

Para financiar las tres competencias departamentales en salud, atención a la población vinculada, cubrimiento de los gastos No Pos y ejecución de los planes de salud pública; los entes territoriales cuentan con cinco fuentes de recursos de acuerdo con la reglamentación vigente: (i) ingresos provenientes del Sistema General de Participaciones -SGP, (ii) rentas cedidas (de licores, cigarrillos, apuestas permanentes y loterías), (iii) recursos propios, (iv) regalías y (v) cofinanciación del Fosyga.

En promedio entre el 2003 y 2008, la ejecución presupuestal en salud de los departamentos ha estado financiada en un 47% por el SGP, 24% por otros recursos del departamento, 20% por las rentas cedidas, 12% por regalías, 4% por ingresos de libre destinación y 1% por el FOSYGA. De acuerdo con el **Error! Reference source not found.**, la ejecución departamental en salud oscila entre 6% y 9% de la ejecución departamental total y a partir de 2007 se frenó la tendencia creciente del presupuesto departamental en salud. De otra parte, se observa que en los últimos

años ha perdido importancia relativa el SGP en la ejecución presupuestal, con un consecuente aumento en la participación de los ingresos corrientes de libre destinación, las regalías y otros recursos del departamento.

**Gráfico 18. Composición del financiamiento del gasto departamental en salud 2003-2008**



Fuente: Cálculos propios con base en los datos del DNP

Específicamente para Cundinamarca, en el cuadro 6, se muestra la distribución de recursos para la financiación de los contratos de prestación de servicios en salud en Cundinamarca para los años 2007 y 2008, detallada por fuente. Estos recursos son destinados a financiar las tres competencias en salud señaladas anteriormente, a través de la celebración de contratos interadministrativos con los hospitales pertenecientes a la red adscrita; equivalente aproximadamente, al 80% del gasto total del departamento. El 20% restante se hace con la red no adscrita contratada y no contratada, así como con el servicio de urgencias.

**Cuadro 6. Distribución de recursos para la financiación de contratos interadministrativos de prestación de servicios en salud con la red adscrita al departamento (millones de pesos de 2008)**

Año	Red adscrita	SGP OFERTA	SGP A PORTE PATRONAL	RENTAS CEDIDAS	REGALIAS	RECURSOS ORDINARIOS	TOTAL
2007	Total nivel I	27,048	3,491	1,104	0	1,756	33,399
	Total nivel II	5,205	7,548	30,661	3,410	4,168	50,993
	Total nivel III	5,010	9,343	30,452	4,080	1,788	50,673
	Total nivel I-II-III	37,263	20,383	62,217	7,490	7,713	135,065
	Participación en el total	27.6%	15.1%	46.1%	5.5%	5.7%	100.0%
2008	Total nivel I	29,346	5,578	481	0	0	35,405
	Total nivel II	0	8,763	41,362	520	1,609	52,253
	Total nivel III	0	6,186	28,730	419	9,863	45,198
	Total nivel I-II-III	29,346	20,526	70,573	938	11,473	132,856
	Participación en el total	22.1%	15.4%	53.1%	0.7%	8.6%	100.0%

Fuente: Cálculos propios - - Información Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Un primer aspecto a resaltar de la información presentada en el cuadro 6, es la disminución que se observa de los recursos girados al departamento a través del SGP para financiar los gastos de

oferta, o atención de la población vinculada mediante de la red de hospitales públicos. Estos han mostrado una disminución en términos reales cercana a los \$8,000 millones, correspondiente con una caída del 21% entre el 2007 y 2008; por lo tanto, su participación en la financiación del gasto total ha pasado de 27.6% a 22.1%. Este recorte en los recursos asignados por el gobierno central para financiar los hospitales públicos es explicado por el aumento en la cobertura del RS en el departamento y la consecuente liberación de recursos de oferta promovida por la Ley 100, con el objetivo de mantener y ampliar la cobertura del RS.

A pesar de esta caída en los recursos del SGP entre el 2007 y 2008, el monto total destinado para financiar este uso solo disminuyó en \$2200 millones; de tal forma que durante este periodo el departamento debió realizar un esfuerzo adicional superior a los \$5 mil millones. Es así como la caída en los recursos girados por el SGP han sido compensado por un aumento en las rentas cedidas y recursos ordinarios o propios, destinados por el departamento para financiar este rubro. Las rentas cedidas y los recursos ordinarios, han presentado un incremento real de 13.4% y 48.8% respectivamente en el mismo periodo de tiempo; de modo que su participación en la financiación total ha aumentado en 7 puntos porcentuales, para las rentas cedidas y 2.9 puntos para los recursos propios.

Además de la disminución observada en los recursos del SGP para este fin, es considerable la caída que presentó para este mismo periodo de tiempo los recursos proveniente de las regalías cercano a los 7,000 millones de pesos, de modo que su participación dentro de la financiación total del gasto de oferta pasó de 5.5% en 2007 a 0.7% en 2008.

A continuación se presenta en el cuadro 7 la ejecución departamental del gasto en salud para el periodo 2007-2008.

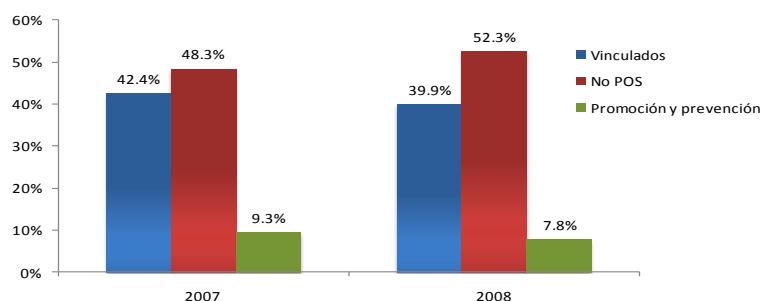
**Cuadro 7. Ejecución departamental en Salud por competencia (millones de pesos de 2008)\***

<b>Servicios</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Vinculados	64,417	53,105
No POS	73,316	69,657
Promoción y prevención	14,200	10,323
<b>Total</b>	<b>151,934</b>	<b>133,085</b>

\*Las cifras no incluyen contratos firmados con la red de hospitales privados y públicos no adscritos  
Fuente: Cálculos propios – Información Secretaría departamental de Salud.

Para el periodo 2007-2008, la dinámica del gasto en salud del departamento muestra una disminución real de los recursos destinados a la atención de la población vinculada y a actividades de promoción y prevención. En cuanto al gasto No POS, aunque en términos reales este uso ha presentado una disminución cercana a \$3,600 millones, su participación dentro del gasto total en salud a aumentado durante este mismo periodo, pasando de 48.3% a 52.3% (ver gráfico 19); hecho consistente con la expansión observada de este tipo de servicios en el país.

**Gráfico 19. Composición del gasto departamental en salud de Cundinamarca (2007-2008)**

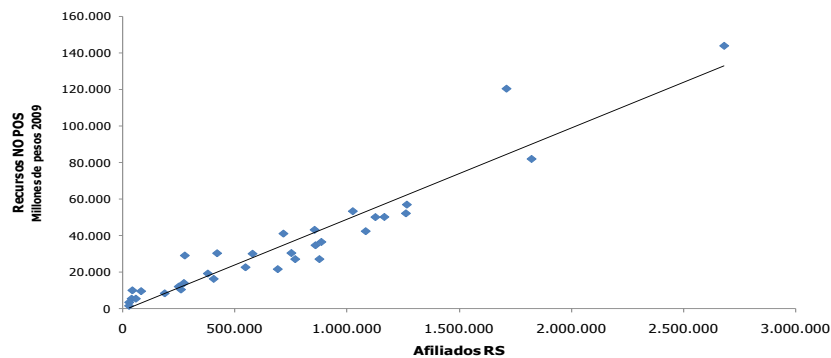


Fuente: Cálculos propios – Información Secretaría de Salud de Cundinamarca.

La información presentada anteriormente nos brinda una aproximación general al comportamiento del gasto en salud presentado por el departamento durante los últimos años. Los recursos girados por el gobierno central a través del SGP para financiar los gastos de oferta han disminuido en términos reales como consecuencia del aumento en la cobertura del RS. Entre el 2007 y 2008 la caída de las transferencias del SGP fue cercana al 21% en términos reales. Dicha disminución ha sido compensada por una mayor destinación de recursos propios y rentas cedidas por parte del departamento, de modo que su participación en la financiación del gasto total en salud ha aumentado de forma significativa durante los últimos dos años. Por el lado de los gastos, si bien la población vinculada ha caído en el departamento desde el año 2007, los recobros por concepto de servicios, medicamentos y procedimientos No POS del RS han venido en ascenso. En el año 2008 estos llegaron a representar más del 50% de la ejecución total en salud.

Por lo tanto, el rápido crecimiento de la cobertura del RS presentado en Cundinamarca durante el periodo 2006-2006 (aumento 16%) tuvo dos efectos perversos sobre las finanzas del departamento; hechos que juntos propiciaron un fuerte deterioro fiscal del mismo. Por un lado, los mayores niveles de cobertura del RS se vieron reflejados en una caída abrupta en los recursos transferidos a través de SGP para financiar el gasto de oferta y al mismo tiempo, este mayor número de afiliados ha significado un incremento notable en el número de recobros por concepto de servicios y medicamentos No POS; que como se ve en el gráfico 20, presenta un crecimiento lineal con el número de personas en el RS.

**Gráfico 20. Recursos para financiar gastos No POS y afiliados al RS**

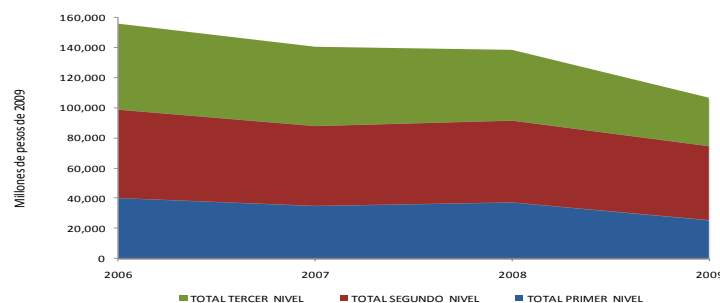


Fuente: FND y Fedesarrollo (2009).

### 1.3.4 Caracterización del gasto de oferta

Desde el año 2006, el gasto destinado por el departamento para financiar los servicios de oferta ha venido disminuyendo de forma sostenida, pasando de \$156,000 millones en el 2006 a \$106,000 en 2008, consolidando una reducción en términos reales del 32%. Este esfuerzo por reducir el gasto de atención de la población vinculada, ante la disminución de los recursos entregados por el Estado, se ha traducido en un menor nivel de contratación con los hospitales públicos pertenecientes a la red adscrita del departamento en los tres niveles de complejidad, tal como se muestra en el gráfico 21. Asimismo, de acuerdo con la Dra. Lilia Calderón, Directora de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental, se han realizado esfuerzos importantes por contratar estos servicios a través de tarifas más reducidas; de modo que el ahorro logrado por el departamento en los últimos dos años ha sido significativo.

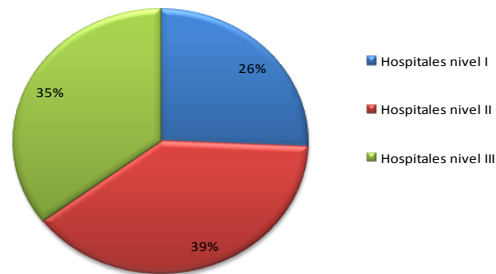
**Gráfico 21. Contratación con la Red adscrita al departamento 2006-2009**



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Es importante resaltar que del total del valor contratado con la Red pública adscrita al departamento, el 39% del total se destinó a los 8 hospitales de nivel II; el 35% a los dos 2 hospitales de nivel 3 y el 26% a los 27 hospitales de nivel 1 (ver gráfico 22).

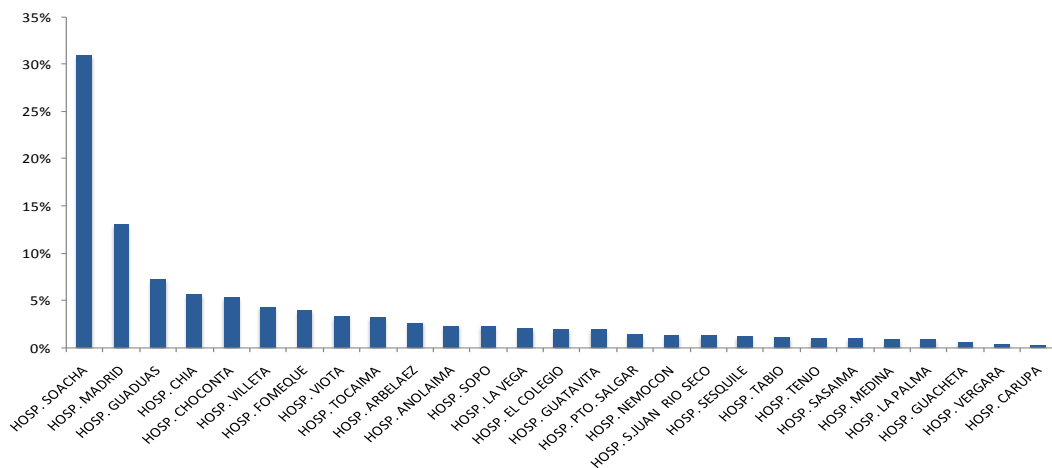
**Gráfico 22. Distribución del gasto en la red adscrita al departamento 2009**



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

En el nivel I de complejidad, el hospital de Soacha concentra el 31% del gasto (8% del total general) y el de Madrid el 13% (3.4% del total general). El resto de hospitales tienen una participación que va del 7% al 0.3% (ver gráfico 23).

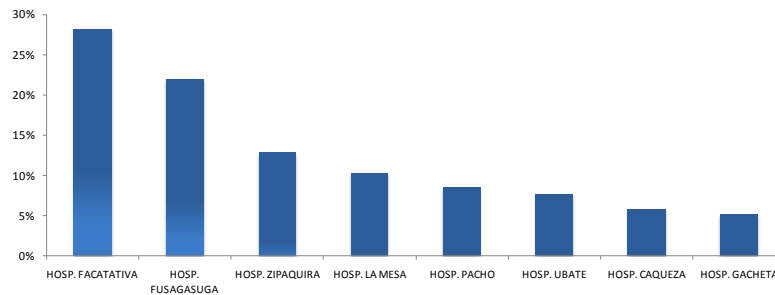
**Gráfico 23. Participación en los Gastos de oferta- Hospitales nivel I Red Adscrita 2009**



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

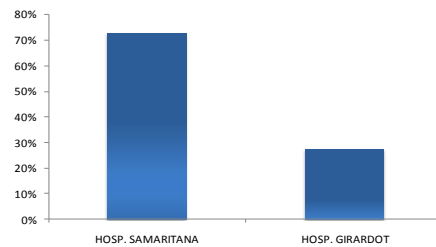
En el nivel II, se destaca el hospital de Facatativá que consolida el 28% de los recursos contratados (11% del total general); le siguen Fusagasugá y Zipaquirá, con el 22% (8.6% del total general) y 13% (5% del total general) respectivamente (ver gráfico 24). Por último, en el nivel III, el hospital la Samaritana representa el 73% del total contratado (25.5% del total general) y el de hospital de Girardot 27% (9.5% del total general) (ver gráfico 25).

**Gráfico 24. Participación en los Gastos de oferta- Hospitales nivel II Red Adscrita 2009**



Fuente: Secretaría de salud del departamento.

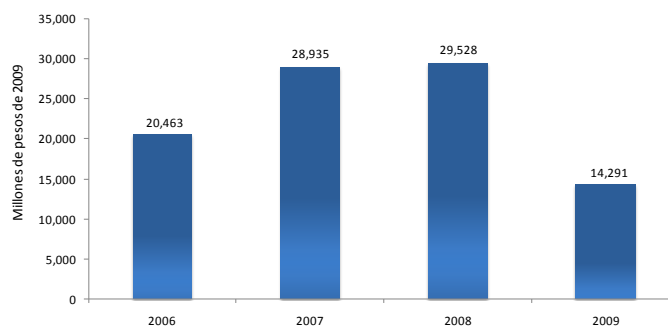
**Gráfico 25. Cundinamarca % Gastos de oferta- Hospitales nivel III Red Adscrita 2009**



Fuente: Secretaría de Salud del departamento.

Finalmente, la disminución en los gastos de oferta emprendida por el departamento a través de la reducción en el valor contratado con la Red Adscrita en los últimos tres años, es consecuente también con una caída en el valor real de los contratos firmados con la Red privada no Adscrita al departamento; los cuales han pasado en de \$28,935 millones en el 2007, a \$14,291 (ver gráfico 26). Estas cifras muestran un esfuerzo por parte de la Secretaría de Salud del departamento por reducir el gasto destinado a atender la población vinculada, consecuente con un aumento del aseguramiento subsidiado y por ende la reducción de recursos girados por el gobierno central para este fin.

**Gráfico 26. Contratos con la Red no Adscrita al departamento**





Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

En resumen, a partir del año 2006 y hasta el 2008 el gasto destinado por el departamento para financiar los servicios de oferta (atención población vinculada) ha disminuido de forma sostenida, en un 32% en términos reales durante este periodo de tiempo. Dicha disminución es explicada por un menor nivel de contratación con los hospitales pertenecientes a la red adscrita y no adscrita al departamento, así como por una reducción en las tarifas pactadas. Estos esfuerzos han sido promovidos por la Secretaría de Salud del departamento, ante la disminución en los recursos entregados por el Estado para la financiación de los gastos de oferta.

### **1.3.5 Conclusiones**

Con base en la información disponible en este primer documento se concluye que Cundinamarca enfrenta serias dificultades fiscales para lograr una financiación adecuada de las competencias departamentales en salud establecidas por la Ley. Tras lograr avances importantes en materia de cobertura del RS, los recursos destinados para financiar la oferta (atención a vinculados y gastos No POS) a través de SGP, se han reducido drásticamente. Sin embargo, esta disminución en la contratación de ESES e IPS para la atención de la población vinculada se ha visto contrarrestada por un crecimiento importante del gasto No POS por concepto de servicios y medicamentos demandados por los afiliados al RS, que son un número cada vez mayor.

Esta dinámica de aumento del gasto y disminución de los recursos se acentúa mucho más a partir del 2007, año en que la cobertura al RS se dispara. Por el lado de los ingresos, entre el 2007 y 2008 los recursos girados por el gobierno central a través del SGP para financiar los gastos de oferta presentaron una caída del 21% en términos reales. Dicha disminución ha sido compensada por una mayor destinación de recursos propios y rentas cedidas por parte del departamento, de modo que su participación en la financiación del gasto total en salud ha aumentado de forma significativa durante los últimos dos años. Asimismo, los recobros por concepto de servicios, medicamentos y procedimientos No POS del RS han venido en ascenso y en el año 2008 estos llegaron a representar más del 50% de la ejecución total en salud.

Ante esta disminución en los recursos recibidos por SGP y el crecimiento del gasto No POS del RS, la secretaría de salud ha hecho esfuerzos importantes para disminuir el gasto destinado a financiar la oferta. Entre el 2006 y el 2008, el valor contratado con la red adscrita y no adscrita al departamento disminuyó en un 32% en términos reales. De acuerdo a la información presentada, los 8 hospitales del nivel II de complejidad pertenecientes a la Red Adscrita del departamento muestran una participación en el gasto total del 39%, seguida por los 2 hospitales del nivel III con el 35% y los 26 hospitales del nivel I con el 26% para el año 2009.

## 1.4. Análisis información ENS para Cundinamarca

### 1.4.1 Introducción

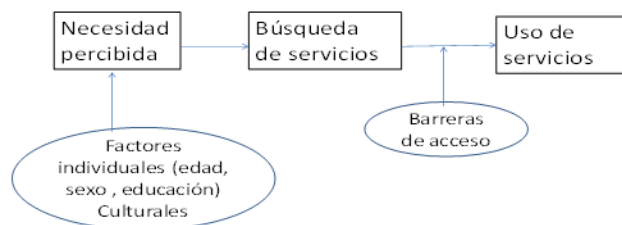
El acceso a los servicios de salud se puede definir como el *grado en que los individuos o grupos pueden obtener servicios requeridos para satisfacer una necesidad en salud*. Las necesidades de salud de la población incluyen cualquier alteración en la salud y el bienestar que requiera de servicios y recursos para su atención. Las necesidades provienen del perfil epidemiológico de la población, el cual está determinando por múltiples factores, tales como la estructura demográfica, estilos de vida, riesgos ambientales, y características socioeconómicas.

El propósito de brindar acceso a los servicios de salud incluye no sólo evitar deterioros en salud y brindar alivio de malestar, sino también promover y mantener una buena salud. Un modelo sencillo de acceso a los servicios de salud comprende tres etapas y se esquematiza en el diagrama 3. El modelo parte de que dada una necesidad en salud las personas tienen que percibirla como tal para emprender una acción para resolverla. En esta primera etapa intervienen múltiples aspectos que moldean el significado que las personas dan a sus síntomas y sus actitudes en torno a la salud y la enfermedad, los cuales incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad. Posteriormente, el reconocimiento de una necesidad, ya sea por parte del paciente o de alguien cuya opinión el paciente valora desemboca o no en la demanda de servicios de salud, dependiendo de la existencia de barreras al uso de servicios, las cuales pueden ser de tres tipos:

- Financieras, las cuales limitan la capacidad de los pacientes de pagar por los servicios de salud.
- Personales y culturales, que inhiben a las personas que necesitan atención médica para buscar atención, o una vez que la obtienen, de cumplir con las recomendaciones.
- Estructurales, las cuales se relacionan directamente al número, tipo, concentración, localización u organización de los proveedores de servicios de salud.

Finalmente, el acceso se hace realidad una vez que las personas obtienen los servicios requeridos.

**Diagrama 3. Etapas del acceso a los servicios de salud**



Fuente: Elaboración de los autores.

Los estudios de acceso brindan información sobre la capacidad de la población de obtener servicios de salud, la frecuencia con que los obtiene y algunas de las condiciones en las que son prestados. Adicionalmente, es posible identificar barreras al acceso y diferenciales en el uso de servicios por subgrupos de la población. En el presente documento se presentan los resultados del análisis de indicadores de acceso a servicios de salud en personas entre 6 y 69 años del departamento de Cundinamarca, recolectados en el módulo de hogares de la Encuesta Nacional de Salud 2007. Estos datos son útiles como parámetros de referencia para cotejar otras fuentes y para construir modelos de demanda para proyectar uso de servicios y gasto en salud. Esta información puede aplicada para la evaluación y planeación de las políticas de salud dirigidas incrementar el acceso, en particular de aquellas dirigidas a promover la afiliación a la seguridad social y el desarrollo de una oferta de servicios adecuada para reducir las barreras financieras y geográficas al uso de servicios.

#### **1.4.2 Indicadores de acceso según la Encuesta Nacional de Salud 2007**

Las encuestas de población tienen la ventaja de construir denominadores totalmente consistentes para los numeradores, a partir de los cuales se estiman los indicadores de estudio. Este se constituye generalmente, en uno de los grandes problemas de la información producida mediante registros institucionales sistemáticos.

##### **Recuadro 1: La Encuesta Nacional de Salud –ENS**

La Encuesta Nacional de Salud -ENS 2007 fue diseñada como un estudio de corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Se encuestó un total de 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país. Se tomó información de todas las personas entre 0 y 17 años de edad y de una submuestra de adultos entre 18 y 69 años que fueron encuestados con módulos especiales de entrevista. En Cundinamarca, se entrevistaron un total de 4,689 personas; una muestra representativa de la población del departamento

A nivel departamental las muestras de hogares y personas permiten la estimación de indicadores de caracterización demográfica y socioeconómica, de estado de salud, de factores de riesgo específicos y de uso de servicios. En algunos casos los resultados se muestran a nivel de Región Oriental o subregión Boyacá, Cundinamarca, Meta, cuando las estimaciones son demasiado imprecisas (error estándar relativo mayor al 50%).

Tomando en cuenta el modelo de acceso presentado, la información recolectada por la ENS2007 permite describir el acceso a los servicios de salud de personas entre 6-69 años en Cundinamarca en cuanto a factores que influyen en la utilización de servicios de salud (necesidades y barreras) y a las características de esa utilización.

Para dimensionar la necesidad de atención se analizan los siguientes indicadores:

- Sexo y edad de la población
- La percepción del estado de salud
- La morbilidad sentida en los últimos 30 días (reportes de problemas de salud agudos)
- Severidad de los problemas de salud reportados: días de discapacidad y días de actividad reducida
- Días de estancia hospitalaria

En relación a barreras de acceso, se analiza la información proporcionada por las personas en relación a los motivos por los cuales no acuden a consulta a pesar de tener una necesidad en salud.

Para el análisis de la utilización de servicios se toman los siguientes indicadores:

- la utilización de servicios de consulta ambulatoria en los 30 días previos al levantamiento de la información –que representa principalmente la morbilidad aguda, así como el uso de servicios posiblemente con fines preventivos o de mantenimiento de la salud
- la utilización de servicios de consulta ambulatoria en los 12 meses previos al levantamiento de la información
- la hospitalización en el último año –que representa la utilización del segundo y tercer nivel de atención–

Adicionalmente es posible describir las condiciones en las que se da el contacto directo con los servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios, para profundizar en el conocimiento de la utilización, partir de las siguientes variables:

- el recurso humano que otorgó la atención
- el tiempo para llegar a los servicios
- el tipo de servicio empleado y el lugar en donde se efectuó el encuentro
- el motivo de consulta

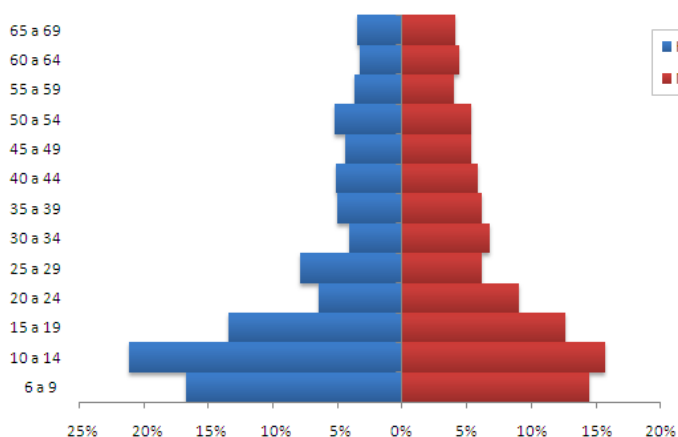
El análisis de estos indicadores se hace en forma agregada para el departamento. También se presentan resultados diferenciados por régimen de afiliación, lo cual permite explorar el grado de equidad en el acceso brindado por la cobertura de seguridad social.

### 1.4.3 Determinantes y necesidades en salud

#### I. Distribución de la población por género y edad

La distribución por género y edad es útil para predecir el tipo de necesidades en salud que se requiere atender. En Cundinamarca 45,5% de las personas son hombres y 54,5% mujeres. Esta distribución presenta ligeras diferencias con los datos reportados por el Censo DANE 2005, que arrojan un 49,6% de hombres y un 50,4% de mujeres. La distribución de la población entre 6-69 años de edad según género está en la pirámide poblacional (ver Gráfico 27). Hay una concentración de personas en el grupo de menores de 24 años (casi 50%), tanto para hombres como para mujeres. Cada uno de los demás grupos etarios contribuye con alrededor de 4% del total.

**Gráfico 27. Estructura de la población encuestada por sexo y edad, 2007**



Fuente: Cálculo de los autores con datos ENS 2007

De acuerdo a los resultados anteriores, se esperaría que la problemática de salud de las personas entre 6 y 69 años se concentre en condiciones de los grupos más jóvenes, las cuales pueden ser identificadas de otros estudios epidemiológicos. Por ejemplo, según el estudio de carga de la enfermedad en Colombia (Cendex 2007) las cinco primeras causas de AVISAS en estos grupos son (Cuadro 8):

**Cuadro 8. Cinco primeras causas de AVISAS en población entre 5 y 29 años, por sexo, año 2005**

	Edad 5 a 14	Edad 15 a 29
Hombres	Caries dental	Depresión mayor unipolar
	Asma	Cardiopatía hipertensiva
	Depresión mayor unipolar	Caries dental
	Epilepsia	Asma
	Enfermedad periodontal	Esquizofrenia
Mujeres	Depresión mayor unipolar	Cardiopatía hipertensiva
	Caries dental	Depresión mayor unipolar
	Trastornos bipolares	Agresiones
	Asma	Caries dental
	Cardiopatía hipertensiva	Asma

Fuente: Estudio Carga de la Enfermedad 2005

## II. Problemas de salud en los últimos 30 días

Aproximadamente una tercera parte (28%) de las personas reportaron haber tenido algún problema de salud en los últimos 30 días. Al indagar por el tipo de problema experimentado, 2,6% reportó accidente o lesión, 0,2% intoxicación, 4,5% un problema relacionado a salud mental y casi una quinta parte (24,7%) de las personas reportó haber tenido un problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los anteriores en los últimos 30 días.

## III. Percepción del estado de salud

Una forma sencilla de medir la salud de la población es pedir a las personas que califiquen su estado de salud. Se ha encontrado que la percepción del estado de salud puede predecir enfermedades subsecuentes, uso de servicios de salud e incluso longevidad. Si la Secretaría de Salud departamental desarrolla modelos para predecir uso de servicios, esta variable debe ser tomada en cuenta.

En general, 75% de las personas en Cundinamarca percibe su estado de salud como muy bueno o bueno (Cuadro 9) valor muy cercano al nacional, que está en 72%. Cómo es de esperarse las personas que reportaron haber tenido algún problema de salud en los últimos 30 días tienen una percepción menos positiva, 47% reportó un estado de salud muy bueno o bueno y 46% lo calificó como regular. Por el contrario, 80% de los que no reportaron un problema de salud calificaron su estado de salud como muy bueno o bueno.

**Cuadro 9. Calificación del estado de salud, Cundinamarca y según presencia o no de problema de salud**

Calificación de estado de salud general	Total	Problema de salud en los últimos 30 días	
		Si	No
muy buena	6,5	3,4	4,9
Buena	68,3	44,1	74,5
Regular	22,9	46,2	18,2
Mala	2,3	6,1	2,2
muy mala	0,1	0,2	0,2
Total	100	100	100

Fuente: Cálculo de los autores con datos ENS 2007

#### **IV. Severidad del problema de salud**

Los días de incapacidad total para realizar o de reducción en las actividades diarias o trabajo son un reflejo de qué tan severos son los problemas en salud que reporta la población. Estos indicadores pueden ser utilizados para calcular las pérdidas en productividad en la población que pueden resultar como consecuencia de la enfermedad. Según el Cuadro 10, en aquellas personas que reportaron algún problema de salud en el último mes el número total de días de incapacidad total de realizar actividades diarias o trabajo fue cero en tres cuartas partes (77%), 1-3 días en 13% y entre una semana y 30 días en 6%. Los días de reducción de actividades diarias o trabajo fueron cero en 65%, entre 1-3 días en 21% y entre una semana y 30 días en 6%.

**Cuadro 10. Número de días de incapacidad o reducción de actividades diarias o trabajo (% de personas con un problema de salud)**

	Totalmente incapaz de realizar actividades diarias o trabajo	Redujo sus actividades diarias o trabajo
0 días	76,6	64,9
1 a 3 días	13,7	20,6
4 a 7 días	3,5	6,2
entre 8 y 30 días	6,4	8,3
	100	100

Fuente: Cálculo de los autores con datos ENS 2007

#### **1.4.4 Acceso a los servicios de salud de consulta externa**

En el Diagrama 3 se presentan los indicadores de acceso a consulta externa para el departamento de Cundinamarca como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia la utilización de servicios médicos. La población se divide en dos grupos, aquellos que reportan tener un problema de salud y los que no. Se muestra la forma como cada grupo accede o no a los servicios de salud y se resumen las características de utilización de los mismos. A partir de este diagrama el lector puede hacer seguimiento de la descripción más detallada que viene a continuación.

##### **Frecuencias de uso de consulta externa**

Estos indicadores sirven para hacer predicciones gruesas del uso de servicios que se puede esperar de la población. Combinando las probabilidades de uso con datos de la población total es posible calcular el número de potenciales usuarios de servicios.

Un poco menos de la mitad (48%) de las personas que reportaron algún problema de salud en los últimos 30 días consultaron o buscaron ayuda médica. Esto equivale a 14% de la población total. De las personas que no reportaron haber tenido un problema de salud, una quinta parte acudieron a lo que se podría considerar una consulta de chequeo o prevención en los últimos 30 días (14 % de la población total). De tal manera que en total, 28% de las personas consultaron en los últimos 30 días. Si se incluyen a las anteriores las personas que no consultaron en los últimos 30 días, pero si lo hicieron en los últimos 12 meses, 57% del total de la población realizó por lo menos una consulta en los últimos 12 meses. De total de la población 43% no hizo ningún uso de los servicios de consulta externa en los últimos 12 meses.

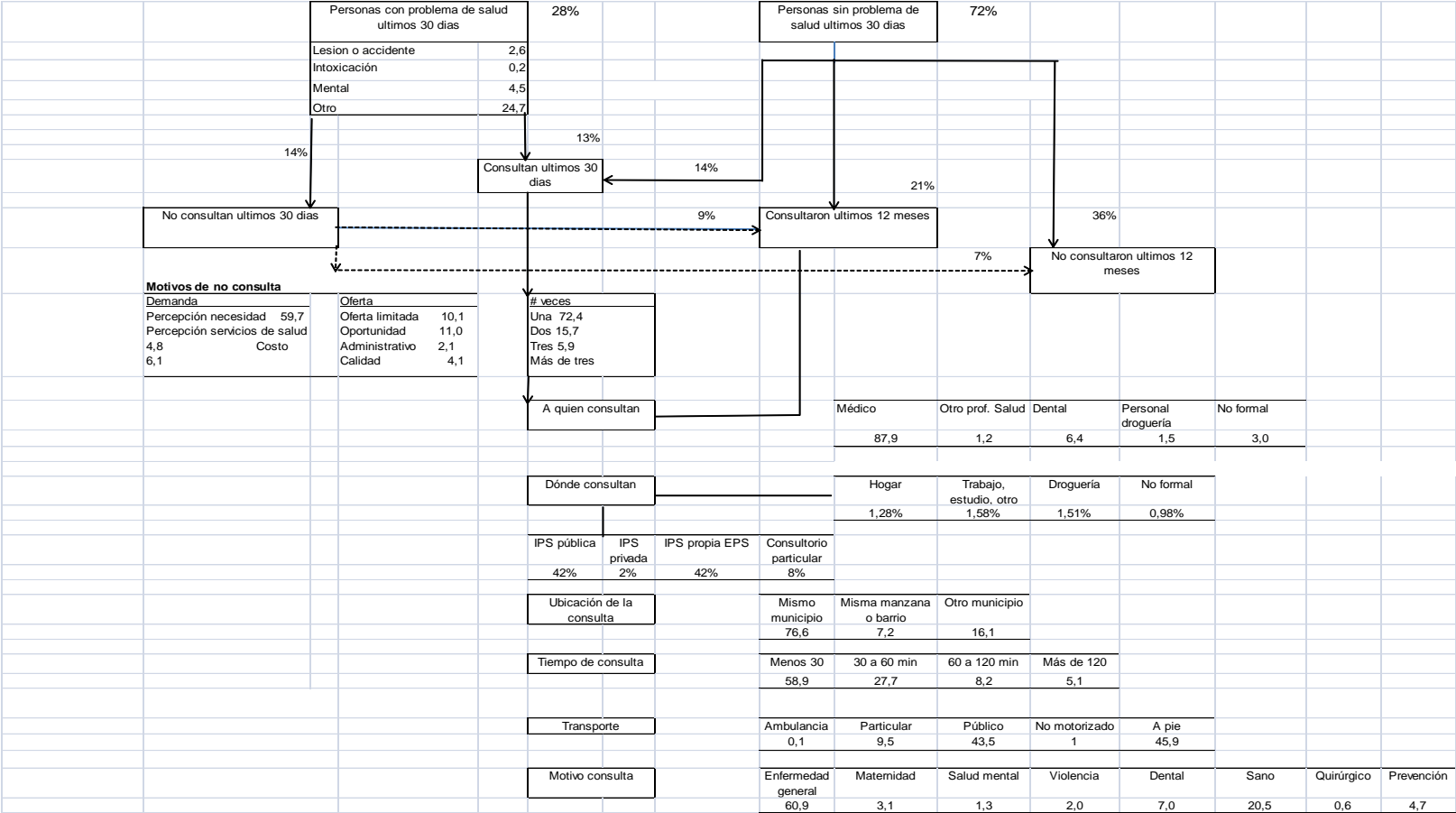
De las personas que consultaron por cualquier motivo en los últimos 30 días, consultaron una vez el 72%, dos veces el 16%, y más de dos veces 12%.

Aunque son bastante gruesas, estas cifras dan una idea sobre el uso global de servicios que se puede esperar de la población, proporcionando un marco de referencia para la planeación de la oferta, y para comparaciones con datos de otras fuentes. Con estos indicadores se puede realizar un cálculo grueso de la demanda de servicios, que puede ser utilizado como parámetro para validar otras fuentes (como los RIPS) o para incorporar en los modelos de demanda que construya la SSC. Por ejemplo, si se toma el dato de las proyecciones del DANE la población total entre 6 y 69 años de Cundinamarca en el año 2007 (2,02 millones de personas) y se multiplica por la frecuencia mínima de consulta en el último año estimada por la ENS2007 (57%), se obtiene que aproximadamente unos 1,15 millones de personas harán uso de consulta externa. Estos análisis se pueden refinar por edad, régimen de aseguramiento, e incluso incorporando la información de características de los servicios descrita más adelante.

Es importante anotar que no existe una regla de oro para juzgar si las frecuencias observadas son adecuadas o no, pues dependen del contexto en que se presentan.



Diagrama 4. Indicadores de acceso a los servicios de salud en Cundinamarca, 2007



Fuente: Elaboración de los autores

#### **1.4.5 Barreras de acceso a los servicios**

Ante una necesidad percibida es deseable que los individuos utilicen servicios de salud. Los motivos por los cuales las personas con un problema de salud no consultan se pueden agrupar de la siguiente forma:

Motivos relacionados a la demanda:

- Percepciones de necesidad (descuido, poca importancia del problema, el problema se resolvió solo)
- Percepciones de los servicios de salud (miedo, desconfianza, no le gusta ir)
- Costo de los servicios

Motivos relacionados a la oferta:

- Problemas de disponibilidad (no tenía donde acudir, horarios inconvenientes, servicios no cubiertos)
- Problemas de accesibilidad y oportunidad (lejanía, demoras en la atención)
- Mala calidad
- Trabas administrativas (mucho trámite)

Entre las personas con un problema de salud que no consultaron, las razones más frecuentes para no hacerlo en casi dos terceras tienen que ver con percepciones de la necesidad, 27% reportan barreras de acceso relacionadas con la oferta, en particular ausencia de un lugar a dónde acudir y problemas de oportunidad, y 6% reportan que los costos son el principal motivo para no haber consultado. Estos resultados son muy similares a los nacionales.

Para efectos de política los patrones de barreras de acceso observados sugieren tres líneas de acción. La primera debe abordar aspectos culturales en relación a la enfermedad y actitudes hacia los cuidados de salud que desmotivan a las personas a consultar ante una necesidad en salud. La segunda es profundizar los esfuerzos para reducir las barreras financieras para el acceso, siendo parte de ellos continuar con la afiliación al RS. La tercera se relaciona a ahondar en evaluaciones de las posibles causas de problemas de accesibilidad, ya sea por políticas institucionales deficientes, o por insuficiente capacidad para atender el volumen de demanda.

#### **1.4.6 Características de los servicios utilizados**

Los siguientes indicadores permiten evaluar si la población está haciendo uso de los servicios con los profesionales y en los sitios puestos que el sistema de salud ha puesto a su disposición. En general es deseable que las personas acudan a recurso humano calificado y a prestadores formales de servicios, a distancias y tiempos “razonables”.

En el caso de Cundinamarca, en cuanto al recurso humano consultado, 88% consultó un médico y 6% asistió a odontología. El porcentaje de personas que consultó a personal “no formal”

(acupunturistas, naturistas, curanderos, brujos, etc) fue 4,5 %. Guardando coherencia con lo anterior, respecto al lugar donde se buscó atención, la mayoría (94%) de las personas acudieron a una “IPS formal” (hospital, clínica consultorio ya sea público o privado). Tres cuartas partes consultaron una IPS ubicada en el municipio de residencia, 7% en la misma manzana o barrio, y 16% en otro municipio. El tiempo gastado hasta el sitio de atención fue menor a 30 minutos para 59% de las personas y entre 30 y 60 minutos para 19%. Llegaron al sitio de atención a pie 46% de las personas y 43% en transporte público. Estas cifras estarían a favor de que la oferta de servicios de salud “formales” en Cundinamarca son accesibles para la mayoría de las personas.

Finalmente, la ENS2007 brinda información sobre las condiciones de salud relacionadas a la última consulta. Nuevamente, estos datos pueden ser utilizados como parámetros de referencia para cotejar con otras fuentes (por ejemplo, se esperaría que los diagnósticos provenientes de datos de consulta institucional sean consistentes con los patrones referidos en la encuesta), o para construir modelos de demanda de servicios. Para Cundinamarca se encuentra que entre las personas que acudieron a un servicio “formal de salud”, la principal razón de la última consulta fue la enfermedad general (61%), seguida de consulta “estando sano” (21%) y consulta de odontología (7%), que en conjunto representan más de 90% de las razones de consulta. Los restantes motivos de consulta fueron prevención (6%), maternidad (3%) y violencia y salud mental (3%).

### **Características de uso de servicios de hospitalización**

Estos indicadores pueden ser utilizados de la misma forma que se usan las variables de acceso a los servicios ambulatorios, cómo parámetros de referencia y para incorporar en modelos de demanda.

Cinco por ciento de las personas entre 6 y 69 años de Cundinamarca entre 6 y 69 años refirieron haber estado hospitalizadas en el último año, 73% de ellas una vez y 16% dos veces. 53% se hospitalizó en una institución pública, 38% en un hospital de EPS o ARS y 9% en una clínica privada. Para 63% de las personas el lugar de hospitalización estaba localizado en el mismo municipio y en otro municipio para 36%. El tiempo gastado hasta el lugar de hospitalización fue menor a 30 minutos para la mitad de las personas (Cuadro 11).

**Cuadro 11. Tiempo gastado hasta el sitio de hospitalización**

<b>Tiempo</b>	<b>% que reporta</b>
Menos de 30 minutos	49%
Entre 30 y 60 minutos	18%
entre 60 y 120 minutos	20%
más de 120 minutos	14%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fuente: cálculos de los autores con base en la ENS (2007)

La principal razón de hospitalización se relacionó a motivos no obstétricos en 62% de las personas, a motivos obstétricos en 31% y el 7% restante a accidente o violencia.

El tiempo de estancia estuvo entre 1 y 19 días, con una mediana de 2 días y promedio de 4 días.

#### **1.4.7 Indicadores de acceso según régimen de afiliación**

Los siguientes resultados permiten explorar si se presentan diferencias en el acceso a los servicios de salud de consulta externa de Cundinamarca según régimen de afiliación. No se realizó un análisis para servicios de hospitalización debido a la poca precisión de los estimativos ya que el tamaño de la muestra es pequeño.

##### **I. Cobertura de aseguramiento**

La cobertura de afiliación a los diferentes regímenes se estimó con base en lo declarado o reportado por las personas en el módulo I -Encuesta de hogares, para la pregunta VIII-001 “¿A cuál entidad de salud está afiliado?”. En la encuesta no se validó la veracidad de las respuestas mediante revisión del carné de afiliación u otro medio. Como se ve observa en el Cuadro 5, 36.9%, de las personas están afiliadas al régimen contributivo-RC, 49.8% al régimen subsidiado-RS, 2% a un régimen especial (RE) y 11.4% se perciben como no aseguradas. Dicha distribución es similar a las cifras de cobertura nacionales reportadas por el MPS, siendo estas 38,8% RC y 50,6% RS.

**Cuadro 12. Distribución de la población encuestada (totales) según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Cundinamarca 2007**

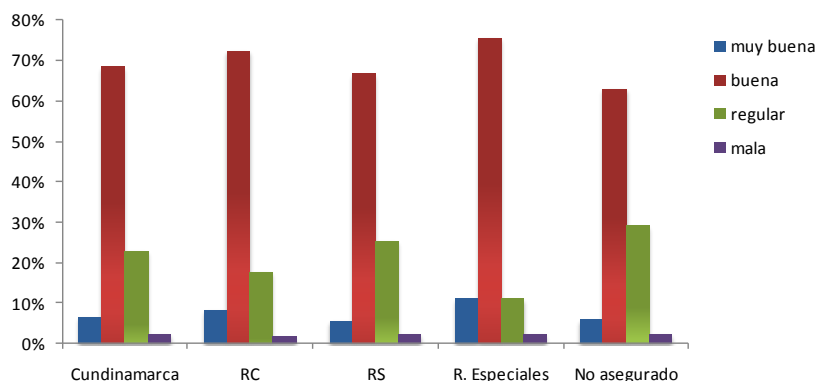
<b>Régimen</b>	<b>%</b>
Régimen Contributivo	36.9%
Régimen Subsidiado	49.8%
Régimen especial	2.0%
No afiliado	11.4%
Total	100%

Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

##### **II. Percepción del estado de salud**

En lo que tiene que ver con la percepción del estado de salud por régimen de afiliación, es más positiva la percepción de la salud de los afiliados al RC y RE. En el primero, 72% manifestaron tener un estado de salud bueno o muy bueno y en el segundo, cerca del 86%. Por otro lado, la percepción menos positiva del estado de salud se presenta en los no asegurados, pues 31% de los encuestados manifiesta que su estado de salud es regular o malo (ver Gráfico 28). Estos resultados indican diferencias en las necesidades de salud de estas poblaciones, que seguramente se verán reflejadas en sus patrones de uso de servicios.

**Gráfico 28. Percepción del estado subjetivo de salud por tipo de afiliación, 2007**

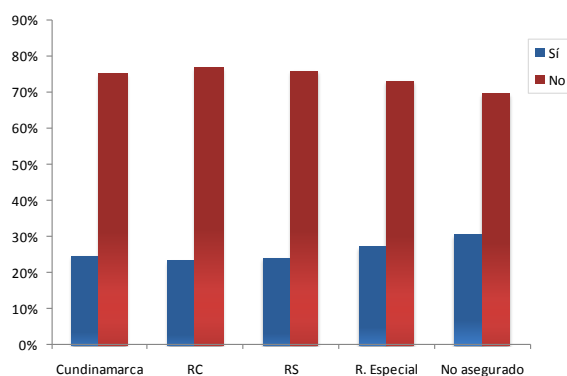


Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

### III. Problema de salud general en los últimos 30 días y severidad del problema

El porcentaje de personas que reportan un problema de salud general es similar entre regímenes de aseguramiento (Gráfico 29).

**Gráfico 29. Problema de salud, dolor físico o malestar en los últimos 30 días, según tipo de afiliación**



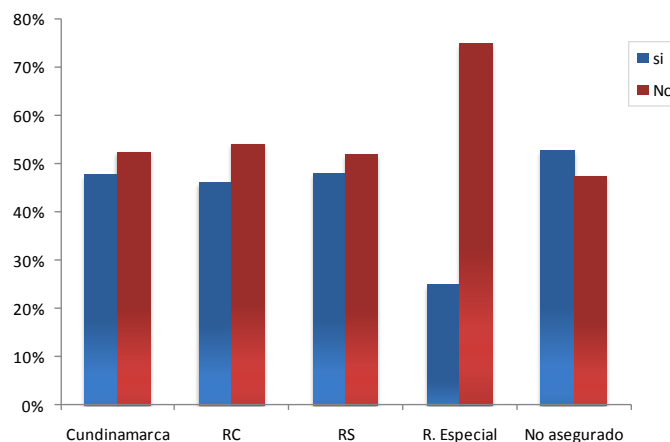
Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

La severidad del problema en días de incapacidad total o reducción de actividades diarias o trabajo según régimen de afiliación no difiere de manera importante del valor hallado para el departamento.

#### IV. Frecuencias de uso de consulta externa

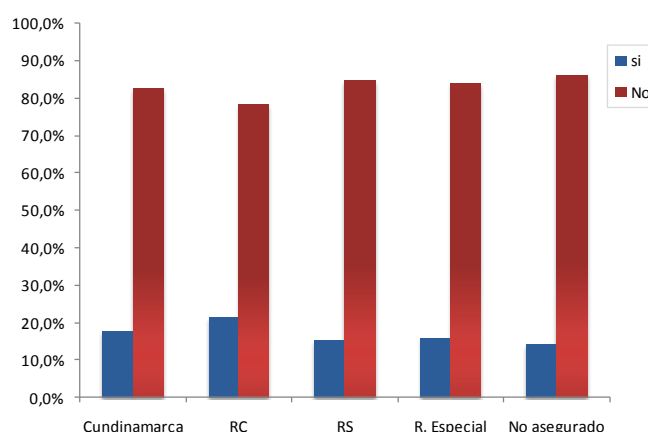
Tanto para Cundinamarca como por regímenes de afiliación (con excepción del RE), un poco menos de la mitad (48%) de las personas que reportaron algún problema de salud consultaron o buscaron ayuda médica (ver gráfico 30). El porcentaje de personas que no han tenido un problema de salud y que acudieron a consulta es mayor en afiliados al RC (22%) y menor en afiliados al RS y no asegurados (15 y 14%) (ver gráfico 30) .

**Gráfico 30. Consultó o buscó ayuda médica estando enfermo, según tipo de afiliación, 2007**



Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

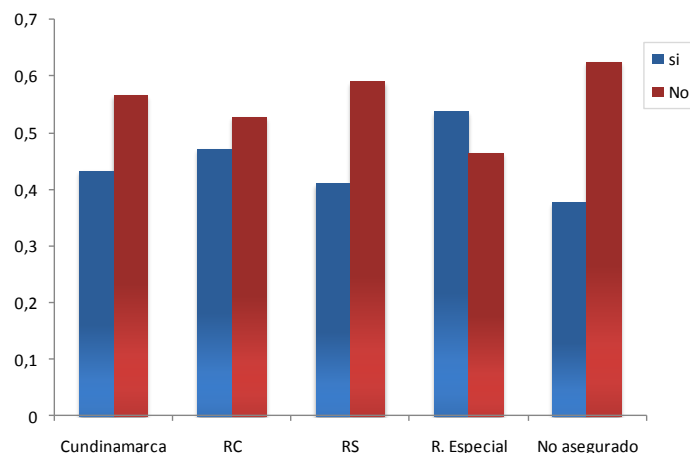
**Gráfico 31. Consultó o buscó ayuda médica sin estar enfermo, según régimen de afiliación**



Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

Respecto a los afiliados al RC y RE, en que prácticamente 50 % de las personas que no acudieron a consulta en los últimos 30 días reportaron haber consultado en el último año, un menor porcentaje de los afiliados al RS (41%) y no asegurados (38%) refirió haber consultado en el último año (Gráfico 32).

**Gráfico 32. Consultó en el último año, según régimen de afiliación**



Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

Estos resultados sugieren diferencias en frecuencias de uso de servicios a favor de los afiliados al RC y RE. Sin embargo las comparaciones entre regímenes son limitadas dadas las diferencias en los planes de beneficios, que generan patrones de utilización disímiles.

## **V. Barreras de acceso**

El Cuadro 13 muestra que aunque en agregado 6% de las personas no consultan porque consideran que la consulta es cara, un alto porcentaje de no asegurados (15%) reporta no consultar por costos. En comparación con afiliados al RC o RE, casi el doble de afiliados al RS y los no asegurados (20%) no consultan por razones relacionadas a barreras de oferta (horarios, distancia, trámites).

**Cuadro 13. Motivos de no consulta (% de personas con un problema de salud), según régimen de afiliación**

Principal razón para no consultar problema de salud	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
Le hacen esperar mucho para atenderlo	4.7	2.5	7.5	4.8	1.2
Descuido	17.7	24.4	14.7	23.8	12.2
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	24.5	25.2	21.6	19	29.3
Fue pero no lo atendieron	2	0.8	2.2	4.8	3.7
La consulta es muy cara o no tenía dinero	6.1	2.9	6.9	0	14.6
Le dio miedo, nervios o pena	0.6	0	0.6	0	3.7
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	4.4	2.5	5.9	0	3.7
Mala atención	4.1	3.8	5.3	0	0
Mucho trámite en eps/ars/ips	1.2	2.1	0.9	0	1.2
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree	3	1.3	5	4.8	1.2
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	6.3	4.2	7.8	4.8	8.5
No le cubrían o no le autorizaron la atención	0.9	1.3	0.9	0	0
No le gusta ir	1.2	0.4	1.6	0	1.2
No tenía donde acudir	2	2.1	0.3	14.3	6.1
Pensó que no era necesario consultar	17.5	24.4	14.7	23.8	9.8
Sitio de atención es muy lejano	3.7	2.1	4.1	0	3.7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

Los resultados sugieren que el abordaje de las barreras de acceso debe ser diferente según régimen de afiliación. Sin duda el incremento de cobertura en aseguramiento será una estrategia para reducir las barreras financieras que parece enfrentar la población no asegurada. Por otro lado, los posibles problemas de oferta reportados por los afiliados al RS llaman a un examen de la suficiencia y organización de las redes existentes.

## **VI. Características de la utilización de servicios de consulta externa**

En todos los regímenes, menos en los no asegurados, el porcentaje de personas que consultó a un médico, u otro personal de salud “formal” es similar (Cuadro 14). En los no asegurados, el porcentaje de personas que consultó a personal “no formal” (farmaceutas, acupunturistas, naturistas, curanderos, brujos, etc) fue 7,6 %, lo cual refleja que posiblemente como resultado de que estas personas no cuentan con una fuente regular de servicios.



**Cuadro 14. Recurso humano consultado, según afiliación**

A quién consultó	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
Médico	87.9	90.7	87.3	84.2	81.8
Enfermera u otro personal de salud	1.2	0.7	0.9	5.3	4.5
Dentista, odontólogo o higienista oral	6.4	5.1	7.3	10.5	5.9
Farmaceuta o personal de droguería	1.5	1.5	1.3	0.0	2.4
No formal	3.0	2.1	3.2	0.0	5.2
Total	100	100	100	100	100

Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

Como es de esperarse el lugar consultado difiere por régimen de afiliación (Cuadro 15). La mayoría de los afiliados al RC acudieron a un centro de atención de una EPS, mientras que los afiliados al RS o no asegurados consultaron una institución pública. La frecuencia de consulta particular es el doble (19%) en los no asegurados respecto a los asegurados lo cual puede relacionarse a que los primeros tienen que recurrir a su propio bolsillo para solventar gastos en salud.

**Cuadro 15. Lugar donde solicitó servicios de salud (% de personas), según afiliación**

Donde consultó	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
Hospital, clínica o puesto de salud público	41.7	14.4	62.4	36.8	49.7
Hospital o clínica privada	2.4	2.9	1.9	17.5	2.4
Centro de atención de una eps/ars (iss, cami, cadis)	42.3	73.1	21.7	35.1	21.3
Consultorio médico particular	8.4	5.3	8.3	8.8	19.2
En el hogar	1.3	0.4	1.7	0.0	1.7
En el trabajo, estudio u otro espacio	1.6	1.9	1.7	1.8	0.0
En una droguería	1.5	1.6	1.3	0.0	2.4
No formal	1.0	0.4	1.0	0.0	3.1
Total	100	100	100	100	100

Fuente: cálculos de los autores con datos ENS (2007)

No se evidencian diferencias notorias en el tiempo para llegar al lugar de consulta.

Los motivos de consulta no son muy disímiles entre regímenes, aunque hay más consulta obstétrica y menos de chequeo o preventiva entre los no asegurados (Cuadro 16).

**Cuadro 16. Principal razón de la última consulta, según afiliación**

¿Cuál fue la principal razón de la última consulta relacionada con la salud ?	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
Físico	60.9	62.4	58.3	71.4	64.5
Materno	3.1	1.8	3.6	-	9.8
Salud mental	1.3	1.1	1.8	-	0.0
Violencia	2.0	1.4	2.1	-	0.0
dental	7.0	6.0	8.1	10.7	4.5
sano	20.5	24.3	19.4	16.1	14.0
cirugía ambulatoria o control quirúrgico	0.6	0.3	0.8	-	1.1
preventiva (vacunas, citología, planificación)	4.7	2.8	6.0	180.0	6.0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: cálculos de los autores con base en la ENS (2007)

#### **1.4.8 Gasto de bolsillo en salud en Cundinamarca 2007**

La ENS indaga sobre el responsable del pago de los servicios y el gasto de bolsillo de la población, según diferentes rubros de gasto, tanto para personas que reportaron haber asistido a la consulta externa como los que reportaron hospitalización. Dado que uno de los objetivos de asegurar a la población es brindar protección financiera, estos indicadores sirven para explorar qué tanto se cumple con este propósito en la medida en que se evidencie que los usuarios no están financiando de su bolsillo lo que la seguridad social debería proveer. Los resultados que a continuación se presentan corresponden a la población entre 6 y 69 años de edad. La unidad de tiempo estimada para el gasto de bolsillo es un mes calendario. Se presentan los resultados totales para Cundinamarca y según régimen de afiliación

#### **I. Gasto de bolsillo en consulta externa**

##### **A. Responsable del pago de la consulta**

Respecto al responsable del pago de la mayor parte de la atención de consulta (Cuadro 17), como era de esperarse entre los asegurados más del 75% refirió contar con un tercer pagador. El pago con recursos propios entre los asegurados está entre 11 y 15%, mientras que para los no asegurados la frecuencia es algo más que el doble (28%). No haber requerido pago también es más frecuente entre los del RS y los no asegurados (6,7 y 6,3% respectivamente).

**Cuadro 17. Pagador de la mayor parte de la atención médica recibida (%)**

Pagador de la mayor parte de la atención recibida	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
La eps, ars u otra entidad de seguridad social	74,4	83,3	75,7	57,9	36,7
Plan de medicina prepagada, o seguro privado	0,6	1,1	0,2	14,0	0,3
Secretaría de salud o alcaldía (vinculados)	4,6	1,0	3,1	5,3	24,5
Usted o alguien de su hogar con recursos propios	14,0	11,1	12,9	14,0	27,6
Otra persona con recursos propios	0,8	0,5	0,4	0,0	3,5
Patrón o empleador	0,6	0,6	0,6	1,8	0,7
No se requirió pago	4,7	2,0	6,7	1,8	6,3
Entidad por fuera del sistema de seguridad social	0,4	0,4	0,5	5,3	0,3
Total	100	100	100	100	100

Fuente: cálculos de los autores con base en la ENS (2007)

Estos resultados indican que en general el pago de la atención en salud de las personas afiliadas al SGSSS en Cundinamarca está siendo asumido por quién debe ser, los aseguradores en este caso. No es tan claro en el caso de las personas no aseguradas debido a que la encuesta no distingue si todas las personas en esta categoría son elegibles para ser atendidas con subsidios a la oferta, en cuyo caso sería deseable ver una proporción mayor de estas personas obteniendo la mayor parte de la atención a expensas de la secretaría de salud o alcaldía. Ahora muy posiblemente esta duda va a perder relevancia en la medida en que el departamento avanza hacia la cobertura universal, y lo que se esperaría es comprobar que se mantenga o mejore la proporción de personas para quienes el pago de la atención lo asume la seguridad social.

## **B. Rubros de gasto de bolsillo**

Del total de personas que reportaron haber asistido a consulta 87% reportó haber incurrido en algún tipo de gasto de bolsillo. En el Cuadro 18 se presenta la frecuencia de gasto de bolsillo en consulta externa (el porcentaje de personas que reportó alguno de los gastos), por tipo de gasto, tanto a nivel del departamento y según régimen de afiliación. En el nivel departamental y tanto en el RC y RE, como en los no asegurados, los gastos más frecuentes se dan en cuota moderadora, medicamentos y transporte. Además de los gastos anteriores, son también frecuentes los gastos en fotocopias en el RE y no asegurados; en el RS los gastos más frecuentes son en fotocopias, transporte y alimentación. Es notorio, comparado con los demás regímenes, la baja frecuencia de gasto de bolsillo en medicamentos y cuotas moderadoras en el RS.

**Cuadro 18. Frecuencia de gasto de bolsillo (% de personas que reportaron gasto), por régimen de afiliación y total departamento.**

Rubro de gasto	Cundin	RC	RS	R. Especial	No asegurado
Cuota moderadora	59.9	78.3	20.1	37.5	32.5
Particular	7.3	4.4	9.6	12.5	17.5
Medicamentos	34.1	56.5	22.9	40.0	41.1
Materiales	0.9	0.9	1.2	0.0	0.4
Laboratorios	7.6	9.8	8.1	10.0	7.7
Férulas	0.5	0.3	0.9	0.0	
Otros	1.9	2.5	1.5	10.0	3.7
Transporte	38.6	44.5	46.0	25.0	37.4
Alimentacion	18.0	17.1	24.8	12.5	15.9
Alojamiento	0.4	0.3	0.6	0.0	0.0
Fotocopias	43.9	26.4	69.6	40.0	62.2

Fuente: cálculos de los autores datos de la ENS (2007)

El Cuadro 19 muestra el gasto promedio mensual de bolsillo en consulta externa y lo que éste representa del total del gasto reportado, por régimen. Del total del gasto de bolsillo en consulta externa, la mayor parte del gasto de bolsillo en todos los regímenes corresponde a medicamentos, sobre todo en los no asegurados que alcanza a ser 87% del gasto total, siendo también importantes los gastos en laboratorios y transporte.

**Cuadro 19. Gasto promedio mensual de bolsillo en consulta externa y porcentaje del gasto total, por régimen**

	Regimen contributivo		Regimen subsidiado		Regimen especial		No asegurado	
Rubro de gasto	Media	Participación en el gasto total	Media	Participación en el gasto total	Media	Participación en el gasto total	Media	Participación en el gasto total
cuota moderadora	2.617	3,9%	4.196	0,7%	2.430	3,5%	2.680	0,6%
md prepagada		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
particular	34.746	2,9%	25.868	2,2%	34.216	16,5%	47.092	6,0%
medicamentos	43.925	47,5%	274.937	55,0%	37.631	58,0%	290.086	87,4%
materiales	42.457	0,7%	88.285	0,9%		0,0%	5.000	0,0%
laboratorios	190.497	35,8%	285.070	20,1%	21.447	8,3%	25.120	1,4%
ferulas	41.058	0,3%	95.795	0,8%		0,0%		0,0%
otros	17.962	0,9%	455.505	6,0%	1.579	0,6%	19.168	0,5%
transporte	6.650	5,7%	28.313	11,4%	11.822	11,4%	8.098	2,2%
alimentacion	6.213	2,0%	10.091	2,2%	2.870	1,4%	3.177	0,4%
alojamiento	6.213	0,0%	74.725	0,4%		0,0%		0,0%
fotocopias	522	0,3%	517	0,3%	275	0,4%	2.967	1,4%
		100%		100%		100%		100%

Fuente: cálculos de los autores con datos de la ENS (2007)

## II. Gasto de bolsillo en hospitalización

Del total de personas que reportaron haber tenido una hospitalización en el último año 81% reportó haber incurrido en algún tipo de gasto de bolsillo. En los Cuadros 20 y 21 se presenta la frecuencia de gasto de bolsillo en hospitalización (el porcentaje de personas que reportó alguno de los gastos), por tipo de gasto, para afiliados al RC y RS. No se presentan datos para RE y no asegurados, dado que el pequeño tamaño de la muestra no permite estimaciones confiables. Al igual que en la consulta externa, tanto en el RC y RS, los gastos más frecuentes se dan en cuota moderadora, medicamentos, transporte, y fotocopias.

**Cuadro 20. Gasto mensual de bolsillo régimen contributivo en hospitalización (RC)**

Gasto	Gasto promedio (\$ de 2007)	Err. St.	Número personas que gastaron	Frecuencia gasto	Participación en el gasto total
Cuota moderadora	110,509	15,192	46	60.5%	62.3%
Medicina prepagada	32,000	-	2	2.6%	0.8%
Particular	283,416	86,487	2	2.6%	7.0%
Medicamentos	30,508	10,049	17	22.4%	6.4%
Materiales	140,652	74,642	3	3.9%	5.2%
Laboratorios	3,914	2,221	6	7.9%	0.3%
Férulas				0.0%	0.0%
Otros	1,700	-	2	2.6%	0.0%
Transporte	18,157	2,701	44	57.9%	9.8%
Alimentación	46,992	15,652	12	15.8%	6.9%
Alojamiento	28,000	-	1	1.3%	0.3%
Fotocopias	1,810	640	45	59.2%	1.0%
Total					100%

Fuente: cálculos de los autores datos de la ENS (2007)

**Cuadro 21. Gasto mensual de bolsillo régimen contributivo en hospitalización (RS)**

Gasto	Gasto promedio (\$ de 2007)	Err. St.	Número personas que gastaron	Frecuencia gasto	Participación en el gasto total
Cuota moderadora	113,215	16,979	39	44.3%	5.1%
Medicina prepagada				0.0%	0.0%
Particular	340,000	-	3	3.4%	1.2%
Medicamentos	893,495	837,873	20	22.7%	20.7%
Materiales	3,719,781	2,852,838	4	4.5%	17.2%
Laboratorios	2,237,342	1,867,331	11	12.5%	28.5%
Férulas				0.0%	0.0%
Otros	4,708,571	2,950,834	4	4.5%	21.8%
Transporte	45,053	7,593	55	62.5%	2.9%
Alimentación	135,990	33,477	15	17.0%	2.4%
Alojamiento	14,926	1,395	3	3.4%	0.1%
Fotocopias	2,093	407	78	88.6%	0.2%
Total					100%

Fuente: cálculos de los autores datos de la ENS (2007)

#### 1.4.9 Conclusiones y recomendaciones

Las estadísticas descriptivas del acceso a los servicios de salud en Cundinamarca en personas entre 6 y 69 años obtenidas de la ENS 2007 que se han presentado en este estudio brindan información sobre las necesidades en salud, la capacidad de la población de obtener servicios de salud, la frecuencia con que los obtiene y algunas de las condiciones en las que son prestados. En general, los indicadores de acceso en los cundinamarqueses son consistentes con estos indicadores en el nivel nacional.

A lo largo del documento se han formulado conclusiones y recomendaciones puntuales en relación a los diferentes componentes del acceso a los servicios de salud analizados, pero a manera de síntesis final se retoman algunos de los aspectos más prácticos.

Se evidencia que en Cundinamarca como necesidad percibida salud predomina la enfermedad general, aunque se ve también un peso de necesidades en salud mental y de tipo preventivo. En el contexto de universalización y unificación, la SSC puede jugar un rol importante en suplir las reconocidas limitaciones del POS en términos de cobertura de salud mental por medio del fortalecimiento de la red establecida para ello. También se debe asegurar que haya una articulación y sinergia con las acciones de salud mental incluidas en el Plan de Salud de Intervenciones Colectivas a nivel territorial. Por otro lado, la SSC debe seguir enfatizando el fomento y vigilancia del cumplimiento de las acciones de promoción y prevención por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios en ambos regímenes.

Las barreras de acceso reportadas se relacionan en gran parte con percepciones y actitudes hacia la enfermedad y uso de los servicios de salud por parte de las personas. Cómo ya se mencionó, dentro de las líneas de acción para abordar estas barreras el énfasis debe estar en abordar aspectos culturales en relación a la enfermedad y actitudes hacia los cuidados de salud que desmotivan a las personas a asistir a la consulta y ahondar en evaluaciones de las posibles causas de problemas de accesibilidad relacionados a calidad de la atención. Podría considerarse dedicar recursos del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas a actividades comunitarias encaminadas a lograr este objetivo. Adicionalmente, el abordaje de las barreras de acceso debe ser diferente según régimen de afiliación, siendo el incremento de cobertura en aseguramiento una de las estrategias en curso para reducir las barreras financieras que parece enfrentar la población no asegurada. Por otro lado, los posibles problemas de oferta reportados por los afiliados al RS llaman a un examen de la suficiencia y organización de las redes existentes.

En cuanto a los indicadores de uso de servicios y características de los servicios accedidos se han proporcionado cifras que la SSC puede comenzar a utilizar como parámetros de referencia para construir modelos que le permitan hacer proyecciones departamentales de demanda de servicios y gasto en salud, y para validar datos obtenidos de otras fuentes. Se recomienda complementar esta información con los datos de la reciente encuesta de calidad de vida realizada por el DANE en el año 2007.

Los resultados en cuanto a gasto de bolsillo podrían sugerir que las personas pueden estar incurriendo en gastos relacionados a la atención en salud que deberían ser asumidos por su

régimen de afiliación (por ejemplo, medicamentos) o si se pueden estar generando gastos adicionales que eventualmente se conviertan en barreras para la atención (trámites, fotocopias). Esta información puede orientar estudios a mayor profundidad, tales como encuestas periódicas de usuarios de servicios de salud, que evalúen el verdadero impacto de estos gastos sobre las finanzas de los hogares y del acceso a los servicios, de manera que se pueda decidir si es necesario adoptar medidas para aliviar estas cargas. Por ejemplo, en el caso del gasto en medicamentos vale la pena explorar si se están presentando problemas de disponibilidad y en el caso de las fotocopias si se puede simplificar los requisitos para acceder a los servicios.

#### **1.4.10 Resumen propuesta unificación del Plan Obligatorio de Salud para el RC y RS**

Para dar cumplimiento al proceso igualación de los planes de beneficios del RC y RS establecidos en la Ley 100 de 1993, el Ministerio de la Protección Social ha establecido en el decreto 131 de enero 2010, la realización de pruebas piloto para la unificación de planes de beneficio, en distintos entes territoriales del país. Adicionalmente, en el mismo decreto ha definido los criterios de selección de las entidades territoriales objeto de dicha prueba; entre los que se encuentra la realización de un estudio de frecuencias de uso y costo de los eventos No POS del Régimen Subsidiado. A partir de esta información, la CRES fijará el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado provisional.

El Departamento de Cundinamarca, interesado en la participación de este proceso de selección ha llevado a cabo el estudio de frecuencias de uso y costo de los eventos No POSS que requirió la población mayor de 18 años afiliada al Régimen Subsidiado en su jurisdicción. A partir de esta se calculó el valor de la UPC de igualación de servicios para el RS. Este análisis se realizó con base en la información contenida en los Registros Individuales de Servicios de Salud -RIPS- reportados por las ESE's e IPS's contratadas y no contratadas que prestaron servicios de salud a dicha población, durante los años 2007, 2008 y 2009. Estos RIPS contienen los datos e información básica sobre los servicios de salud prestados a la población afiliada al RS en el departamento. Los mismos, fueron reglamentados con la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud (Hoy Ministerio de la Protección Social) y tienen por objetivo “regular y estandarizar la generación de datos básicos e información relevante por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los servicios individuales suministrados y facturados a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios”.

En este capítulo se incluye un resumen de la propuesta de financiación presentada por la Gobernación de Cundinamarca a la Comisión de Regulación en Salud –CRES, para la unificación de los planes obligatorios de salud del RC y RS. Dicho documento fue elaborado por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud, con la asesoría de Fedesarrollo.

#### **I. Metodología**

Uno de los requisitos esenciales establecidos por la CRES para la participación en las pruebas piloto, corresponde a la estimación del costo de la igualación de los planes obligatorios de salud en el departamento. Esta estimación debe hacerse teniendo en cuenta la población



objeto de dicho beneficio definida por el ente territorial y que en principio correspondería a toda la población mayor de 18 años afiliada al RS; dado que la menor a 18 años ya goza del mismo paquetes de beneficios del RC, a partir de la sentencia T-760 de 2008.

De este modo, el cálculo de la unificación de los planes de beneficios debe partir de la estimación de una “UPC de igualación”, que equivalga al diferencial actual en pesos, entre lo cubierto por el RC y el RS; para todo afiliado al RS independiente de su edad o estado de salud. Por ejemplo, la CRES ha establecido para la población mayor de 18 años afiliada al RS una UPC anual plena para el año 2010 de \$281,837; mientras para el RC una de \$485,014<sup>15</sup>. Basados en estos datos, la diferencia anual en el costo de los planes de beneficios entre ambos regímenes estaría alrededor de \$200,000. Sin embargo, el Ministerio de la Protección Social ha establecido que no se tomará como base para la igualación, el valor de la UPC del RC; sino un valor intermedio entre esta y la del RS. Por lo tanto, un ejercicio válido para estimar el diferencial en el valor de la UPC de igualación consiste en determinar el costo de los servicios, procedimientos y medicamentos No POS proporcionados a la población afiliada al RS, como una estimación de la demanda efectiva de estos beneficios, incluidos en el POS del RC. Para el caso de Cundinamarca, los RIPS proporcionan esta valiosa información que servirá como insumo para la estimación del costo de la unificación.

La información contenida en los RIPS corresponde a tres tipos de datos: (i) Identificación (del administrador del plan de beneficios, el prestador del servicio y el usuario que lo recibe), (ii) Del servicio prestado y (iii) Del motivo que originó su prestación (diagnóstico y causa). Esta debe ser diligenciada de forma obligatoria por las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), a partir de datos relativos a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos y entregada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en medio magnético; de acuerdo a lo establecido en el artículo sexto de la misma resolución. Asimismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben remitir dicha información al Ministerio de la Protección Social, para su posterior análisis y validación.

De acuerdo a lo establecido en el decreto 3374 de 2000; los RIPS deben contener información individual por usuario atendido, referente a los siguientes aspectos:

1. Identificación de usuario
2. Procedimientos
3. Prestación de servicios de urgencia
4. Consulta Médica
5. Servicios de Hospitalización
6. Otros servicios médicos prestados
7. Atención a recién nacidos
8. Medicamentos incluidos en el POS
9. Medicamentos No POS

En este caso, Cundinamarca al ser el ente responsable de administrar y financiar la prestación de servicios en salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al Régimen Subsidiado (vinculados) y de los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios del mismo régimen en sus 116 municipios; cuenta en la actualidad con información de RIPS suministrados por la

---

<sup>15</sup> Acuerdo 309 de diciembre de 2009.

red adscrita (ESE) y no adscrita (IPS's privadas). A partir de los datos consignados en dichos registros, se analizaron y consolidaron las cifras de número de eventos y facturación por concepto de (i) Procedimientos, (ii) Urgencias, (iii) Consulta médica, (iv) Otros servicios y (v) Medicamentos Hospitalarios. Aunque los medicamentos ambulatorios no se reportan en los RIPS, lo que corresponde a ellos se incluye en el análisis a partir del valor facturado, con el fin de darle mayor precisión al estudio. De otra parte se tienen en cuenta los grupos de edad establecidos para la UPC del régimen contributivo.

## II. Estimación de la UPC para unificación

A partir de la información consolidada de RIPS, se estimó para la población mayor de 18 años, el valor total facturado por las actividades, intervenciones y procedimientos correspondientes a: (i) consulta médica, (ii) medicamentos hospitalarios, (iii) otros servicios como son estancia, transporte, y otros, (iv) procedimientos y (v) urgencias. Los resultados muestran un crecimiento real en el valor facturado, pasando de \$22 mil millones en el 2007 a \$29 mil millones en el 2009; consolidando un aumento del 32% durante este periodo de tiempo (ver cuadro 22).

**Cuadro 22. Costo total de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos hospitalarios No Pos, prestados a población mayor de 18 años (millones de pesos de 2009)**

AÑOS ANALIZADOS	CONSULTA	MEDICAMENTOS	OTROS	PROCEDIMIENTOS	URGENCIAS	SUMA TOTAL DE VALOR
	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	
2007	1,004	2,213	15,206	4,115	259, 21	22,798
2008	1,837	2,503	11,186	8,514	681,52	24,722
2009	2,217	2,750	11,173	12,097	1,435	29,673

Fuente: Cálculos propios - Información Dirección de Aseguramiento

Adicionalmente, realizando un filtro a la información contenida en los RIPS, se obtuvo la distribución del gasto total No POS por grupo etario. A partir de esta información, se calculó el aporte porcentual de cada grupo de edad al gasto total No POS; variable definida por la Secretaría de Salud como "Carga a la enfermedad" y que se presenta en el cuadro 23.

**Cuadro 23. Valor total facturado por eventos no pos del RS (pesos de 2009) y carga de enfermedad por grupo etario (%)**

GRUPO ETARIO	2007			2008			2009		
	# TOTAL AFILIADOS AL RS MAYORES DE 18 AÑOS	VALOR FACTURADO POR GRUPO DE EDAD	DISTRIBUCIÓN DE CARGA DE ENFERMEDAD POR GRUPO DE EDAD	# TOTAL AFILIADOS AL RS MAYORES DE 18 AÑOS	VALOR FACTURADO POR GRUPO DE EDAD	DISTRIBUCIÓN DE CARGA DE ENFERMEDAD POR GRUPO DE EDAD	# TOTAL AFILIADOS AL RS MAYORES DE 18 AÑOS	VALOR FACTURADO POR GRUPO DE EDAD	DISTRIBUCIÓN DE CARGA DE ENFERMEDAD POR GRUPO DE EDAD
18 AÑOS	20,863	90,325,473	0.91%	21,268	248,508,080	2.32%	23,368	345,707,613	2.65%
19 A 44 AÑOS	280,257	5,646,084,407	4.13%	288,872	6,721,142,035	4.62%	321,836	8,607,741,207	4.79%
45 A 49	47,109	1,535,032,467	6.76%	50,590	1,826,937,480	7.16%	55,655	2,210,301,190	7.11%
50 A 54 AÑOS	42,283	1,490,076,208	7.26%	44,654	1,843,919,635	8.19%	49,143	2,427,958,581	8.85%
55 A 59 AÑOS	35,437	1,767,076,131	10.52%	37,386	1,714,746,367	9.10%	40,511	2,280,212,183	10.08%
60 A 64 AÑOS	29,723	1,571,812,742	11.22%	30,960	1,840,007,789	11.79%	33,298	2,300,850,562	12.37%
65 A 69 AÑOS	25,775	1,755,653,959	14.50%	26,431	1,851,182,739	13.89%	28,594	2,139,626,857	13.40%
70 A 74 AÑOS	24,670	2,188,574,165	18.83%	24,671	2,210,994,791	17.78%	26,276	2,688,053,185	18.32%
75 Y MÁS AÑOS	55,540	6,752,971,365	25.91%	50,980	6,464,698,975	25.15%	53,244	6,672,665,097	22.44%
TOTAL	561,657	22,797,606,916	100%	575,812	24,722,137,890	100%	631,925	29,673,116,474	100%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

Esta participación en el gasto No POS por grupo etario, es utilizado posteriormente para el cálculo de la UPC ponderada por grupo de edad a partir de la facturación de la red adscrita y no adscrita al departamento.

De otra parte se obtuvo el dato de la calidad de los RIPS entregados por la red adscrita y no adscrita al departamento, calculado como el cociente entre los RIPS subidos al sistema y los totales entregados. De este modo, el porcentaje de aceptación de dichos registros oscila en promedio entre el 55 y el 66% para el periodo 2007-2009 (ver cuadro 24).

**Cuadro 24. Calidad de los RIPS de la Red Adscrita y no Adscrita a Cundinamarca**

Porcentaje de RIPS aceptados del total presentados		
2007	2008	2009
55%	56%	66%

Fuente: Cálculos propios – información Dirección de Aseguramiento

Así, tomando la distribución del gasto por grupo etario y dividiéndolo entre el número de personas afiliadas al RS por grupo de edad, se obtuvo el ajuste al valor de la UPC para este régimen; valores correspondientes a los gastos No POS demandados durante los años 2007, 2008 y 2009 (ver cuadro 25).

**Cuadro 25. UPC por Grupo Etario - Gastos No POS (pesos de 2009)**

	2007	2008	2009
UPC-S para mayores de 18 años			
GRUPO ETÁREO	2,007	2,008	2,009
18 AÑOS	4,329	11,685	14,794
19 A 44 AÑOS	20,146	23,267	26,746
45 A 49	32,585	36,113	39,714
50 A 54 AÑOS	35,241	41,293	49,406
55 A 59 AÑOS	49,865	45,866	56,286
60 A 64 AÑOS	52,882	59,432	69,099
65 A 69 AÑOS	68,115	70,038	74,828
70 A 74 AÑOS	88,714	89,619	102,301
75 Y MÁS AÑOS	121,588	126,809	125,322
AJUSTE UPC PROMEDIO PONDERADA POR GRUPO ETARIO A PARTIR DE RIPS	74,567	76,054	79,975

Fuente: Cálculos propios – Información Dirección de Aseguramiento

A estos valores se le sumaron los gastos correspondiente a medicamentos ambulatorios que no están incluidos en el los RIPS y adicionalmente se ajustó por el porcentaje de RIPS que no subió al sistema. Los resultados se presentan en el cuadro 26.

**Cuadro 26. UPC por Grupo Etario - Gastos No POS ajustados (pesos de 2009)**

	AÑO		
	GASTOS NO POS MÁS MEDICAMENTOS (AJUSTADO)		
GRUPO ETÁREO	2,007	2,008	2,009
18 AÑOS	6,389	17,176	20,849
19 A 44 AÑOS	29,728	34,202	37,692
45 A 49	48,082	53,085	55,969
50 A 54 AÑOS	52,001	60,701	69,627
55 A 59 AÑOS	73,582	67,423	79,323
60 A 64 AÑOS	78,033	87,365	97,380
65 A 69 AÑOS	100,510	102,956	105,454
70 A 74 AÑOS	130,907	131,740	144,171
75 Y MÁS AÑOS	179,416	186,408	176,615
AJUSTE UPC PROMEDIO PONDERADA POR GRUPO ETARIO A PARTIR DE RIPS	109,716	111,497	112,420

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

De este modo, tomando el valor de ajuste a la UPC promedio ponderada por grupo etario, que corresponde únicamente al gasto No POS y sumando el valor de la UPC del RS para cada año, se obtiene la UPC de unificación para el RS (ver cuadro 27).

**Cuadro 27. UPC-s Promedio Ponderada - Información de RIPS (pesos de 2009)**

	2007	2008	2009
UPC PROMEDIO PONDERADA POR GRUPO ETARIO A PARTIR DE RIPS	363,452	348,638	391,200

Fuente: Cálculos propios – Información Dirección de Aseguramiento

Por lo tanto, la propuesta de unificación del Plan de Beneficios del RS en el departamento de Cundinamarca corresponde al valor de la UPC promedio ponderada estimada para el año 2009 (gasto POS + gasto No POS) en \$391,200. Ajustada por la meta de inflación fijada por el Banco de la República de 3% para el año 2010, se obtiene una propuesta para el valor de la UPC de \$402,936.

Aunque la información obtenida a partir de RIPS podría presentar problemas como el registro incorrecto y/o subregistro, esta constituye una muestra representativa para determinar la participación de la población por grupo etario en el gasto total no pos; para la población mayor de 18 años, afiliada al régimen subsidiado en el departamento.

Este valor que corresponde a la igualación del POS calculado, puede multiplicarse por el número de personas ubicadas en el rango de edad estudiado, lo que permite obtener el costo anual aproximado, de la unificación de los POS; cifra que se espera sea ajustadas año a año, de modo que reflejen el crecimiento constante que ha experimentado la demanda de servicios No POS en los últimos años (de 49% en promedio para los años 2007, 2008 y 2009).

Por último, en el marco de esta propuesta se realizó adicionalmente el cálculo de la UPC a partir de la facturación presentada por la Red Adscrita y no Adscrita contratada por el departamento para los años de estudio. De esta se conoce por experiencia de la Dirección de Aseguramiento, que aproximadamente el 60% del gasto total ejecutado corresponde a los servicios No POS (ver cuadro 28).

**Cuadro 28. Gasto No POS - Facturación de la Red Adscrita y no Adscrita (millones de pesos de 2009)**

2007	2008	2009
39,997.65	40,361.65	35,631.07

Para obtener la UPC, estos valores se distribuyeron a partir de la carga a la enfermedad calculada en el análisis de RIPS y se dividieron luego por la población afiliada al RS en cada grupo etario. Los resultados se presentan en el cuadro 29.

**Cuadro 29. UPC-s Promedio Ponderada - Información de facturación (pesos de 2009)**

GRUPO DE EDAD MAYOR DE 18 AÑOS	UPCS DIFERENCIAL POR GRUPO ETARIO		
	2007	2008	2009
18 AÑOS	7,595.8898	19,076	17,765
19 A 44 AÑOS	35,346	37,986	32,116
45 A 49 AÑOS	57,169	58,958	47,688
50 A 54 AÑOS	61,828	67,416	59,326
55 A 59 AÑOS	87,487	74,881	67,588
60 A 64 AÑOS	92,780	97,029	82,973
65 A 69 AÑOS	119,505	114,345	89,852
70 A 74 AÑOS	155,646	146,313	122,841
MAYORES DE 75 AÑOS	213,321	207,029	150,485
AJUSTE UPC PROMEDIO PONDERADA POR GRUPO ETARIO	130,825	124,166	96,032

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

Sumando valor de la UPC establecido para cada año se obtiene el valor de la UPC del RS, correspondiente al proceso de unificación de los planes de beneficio (ver cuadro 30).

**Cuadro 30. UPC-s Promedio Ponderada - Información de facturación (pesos de 2009)**

	2007	2008	2009
UPC PROMEDIO PONDERADA POR GRUPO ETARIO	384,560	376,722	370,993

Fuente: Cálculos propios – Información Dirección de Aseguramiento

Por lo tanto, si se toma el valor de la UPC-S estimada para el año 2009 y se ajusta por la meta de inflación del Banco de la República para el 2010 se obtiene un valor de UPC promedio ponderada del RS de \$388,641.38. Valor que resulta inferior al calculado a través de RIPS. Tomando entonces el valor estimado de ajuste a la UPC del RS a través de los RIPS (\$112,240) y considerando que el número oficial de afiliados al RS en el departamento, mayores de 18 años es de 631,925 personas. El costo anual, adicional que representará la unificación es aproximadamente de \$70,927 millones.

El análisis realizado en esta propuesta, le permite al Departamento de Cundinamarca postularse para participar de la prueba piloto de unificación de los planes de beneficios y determinar de este modo el costo anual de este proceso. Adicionalmente, facilita el diseño, fortalecimiento e implementación de estrategias que hagan efectiva el mejoramiento en la calidad de los servicios en salud presentados a la población afiliada al régimen subsidiado, de modo que se favorezca la calidad de vida de esta población vulnerable.

## **2. CARACTERIZACIÓN DE LOS GASTOS DE OFERTA (NO-POS, EXTRA POS Y VINCULADOS)**

### **2.1 Introducción**

El presente trabajo concentra su análisis en el estudio del gasto en servicios no POS subsidiado, y también en el conocido como “extra POS”, o servicios demandados por los afiliados al RS que no están incluidos en el plan de beneficios del RC. Para tal fin, se utilizó la mejor información disponible como es los contratos con la red adscrita al departamento, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– y del Sistema de información Hospitalaria –SIHO-. Se buscó a través de diversas fuentes caracterizar la dinámica del gasto en salud en el departamento. Estas fuentes de información se consideran complementarias, en la medida que reflejan los compromisos financieros asumidos por la Secretaría de Salud con las diferentes entidades del sector, así como la población beneficiada con dichos recursos. A continuación se describen los tres análisis adelantados por Fedesarrollo y se deja en claro cuáles fueron las fuentes de información utilizadas<sup>16</sup>.

La información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- de los años 2007 -2009 se utilizó con dos fines específicos. En primer lugar, Fedesarrollo colaboró con su equipo técnico a la Secretaría de Salud para la elaboración de la propuesta de unificación de los planes de beneficio presentada a la Comisión de Regulación de Salud –CRES- para lo cual se analizó en detalle los RIPS de los años mencionados. La metodología utilizada fue una construcción conjunta de la dirección de aseguramiento, de los ingenieros de la oficina de planeación de la Secretaría de Salud y de los investigadores de Fedesarrollo. Se estimó el gasto en servicios no POSs pagados por el departamento por grupo etario para los mayores de 18 años<sup>17</sup>. A partir de esta información también se analizó el gasto por tipo de procedimiento y por medicamentos entregados. Segundo, se analizó en detalle la calidad de la información que entregan los RIPS y que reportan las IPS al departamento para los años 2008 y 2009. El sistema de información de los RIPS es eficiente para recabar información puesto que la mayoría de las IPS cumple con su diligenciamiento; sin embargo, es necesario ajustar algunas sus formularios y procedimientos. Fedesarrollo encontró que una gran parte de la información o no llega o no pasa los requerimientos de la malla validadora del sistema. Finalmente se hacen recomendaciones al respecto.

Para analizar el gasto extra POS, se utilizó la información de recobros presentados por las EPS's del departamento a la Secretaría de Salud de Cundinamarca entre el 2007 y el 2010. Asimismo, se analizaron los certificados de las auditorías hechas a la facturación presentada en el periodo 2009 – 2010. Por último, se examinó la contratación hecha con la red de hospitales públicos del departamento en el 2009 para caracterizar el gasto en atención a la población vinculada.

Finalmente, la información del sistema de información hospitalaria –SIHO-, creado por el decreto 2193 de 2004 del ministerio de la Protección Social, nos permite responder a varias de las inquietudes de la presente consultoría respecto a las fuentes de financiación de los hospitales del departamento. Asimismo, se hace una breve descripción del gasto per cápita por

---

<sup>16</sup> El presente trabajo no analiza el gasto conocido como extra POS. Es decir el que esta encima del plan de beneficios del régimen contributivo.

<sup>17</sup> Se anexará en el documento final una copia de dicho estudio.

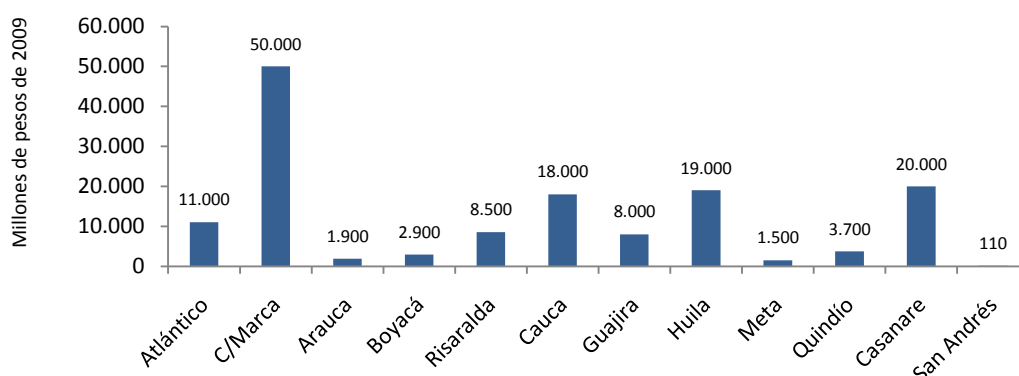
hospital para el 2009. Como veremos más adelante, la clasificación de la información financiera (2002 – 2009) de la red adscrita de hospitales del departamento deja en claro que el gasto en servicios no POSs y atención a vinculados es aún la principal fuente de ingresos de dichas IPS. Se encuentra además que los ingresos por servicios no POSs aumentaron sensiblemente en los últimos años. Igualmente se encontró que el gasto en vinculados disminuyó pero a un ritmo menor que los ingresos por régimen subsidiado. Esto significa que no necesariamente el aumento de la cobertura significa una caída automática del gasto en oferta. Como es conocido este último gasto es responsabilidad de los gobiernos departamentales.

## **2.2 Análisis del gastos No POSS**

De acuerdo con Fedesarrollo – FND (2010), las sentencias C-463 y T-760 de 2008 han generado problemas a las finanzas departamentales vía una mayor presión del gasto en salud. Así, el desarrollo jurisprudencial del derecho a la salud ha consolidado la posición según la cual el derecho a esta alcanza la calidad de derecho fundamental, lo que implica la posibilidad de hacer exigible por la vía de tutela eventos que estén directamente relacionados con el goce efectivo de este derecho. Asimismo, con relación a las órdenes recientes de la Corte Constitucional, se advierte que la unificación de los planes de beneficios tiene consecuencias económicas directas, tanto por las mayores obligaciones financieras que deberá cubrir el sector y en especial los departamentos, como por los desincentivos que se generan para la afiliación al régimen contributivo, que agravan los problemas de sostenibilidad financiera. El estudio mencionado concluye que la única forma de financiar la igualación de los POS es ofrecer un plan que sea sólo ligeramente superior al POS del régimen subsidiado actual. De esta forma, los numerosos problemas financieros ocasionados por el incremento de los eventos no cubiertos por el POS-S a cargo del departamento requieren que esta información sea conocida de forma transparente y oportuna. El estudio de Fedesarrollo (2010) propone que se le ordene a estas entidades territoriales la entrega regular de las cuentas por eventos NO POS al MPS, para que este compile la información a nivel nacional.

La recolección y procesamiento de la información por servicios No POS cobra relevancia en el departamento dado el contexto actual. En los últimos años, Cundinamarca ha presentado uno de los gastos más elevados del país por concepto de servicios y medicamentos no incluidos en el Plan obligatorio de salud del RS. De acuerdo con la encuesta realizada por Fedesarrollo a 12 secretarías de salud departamental y presentada en el documento de la FND (2009); para el año 2009, Cundinamarca reportaba un gasto en recobros cercano a los \$50,000 millones; la cifra más alta del total de departamentos encuestados, seguido por Casanare, con \$20,000 millones y Huila con \$19,000 millones (ver gráfico 33).

**Gráfico 33. ¿Cuánto es el gasto por concepto de tutelas y CTC por eventos NO POS en su departamento de 2008 y lo que va corrido de 2009? Si no tiene el dato favor dar una cifra aproximada.**



Fuente: FND (2009).

En esta sección se realiza un análisis descriptivo del gasto del departamento las actividades, procedimientos e intervenciones no cubiertas por subsidio a la demanda (No POSS). La fuente de información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– disponibles en la entidad departamental; así como de la facturación de dichos eventos, por la prestación de servicios de salud a la población sujeto del estudio, por parte de las ESE e IPS contratadas o no por la entidad, durante los años 2007, 2008 y 2009. Por solicitud de la SSC la descripción se limita a los servicios prestados a la población mayor de 18 años, del régimen subsidiado, ya que se requería esta información para elaborar una propuesta para participar en el piloto de unificación del POS convocado por la Comisión de Regulación en Salud.

Se obtuvieron estadísticas descriptivas para los siguientes indicadores de gasto:

- Diagnósticos relacionados al uso de procedimientos no POSS y su respectivo valor facturado según ámbito de atención
- Valor total facturado por usuario según grupo de edad
- Valor total facturado no POSS según tipo de procedimientos
- Valor total facturado no POSS en medicamentos hospitalarios

No se consideró pertinente realizar un análisis municipal dado que la información RIPS indica el municipio de residencia del usuario, lo cual no necesariamente corresponde al lugar de consulta. Es importante anotar que dada la evaluación de calidad de los RIPS descrita en el capítulo 3 del presente documento, que concluye que esta fuente de información tiene serias limitaciones debido a datos incompletos, los resultados presentados a continuación tienen un carácter principalmente ilustrativo acerca del potencial de los RIPS para generar datos de utilidad para el análisis del gasto en salud.



### **2.2.1 Diagnósticos relacionados al uso de servicios no POSS**

La información de diagnósticos disponible en los RIPS tan solo permite describir el perfil epidemiológico de los usuarios de las instituciones de la red adscrita, aunque con ciertas limitaciones debido a un gran número de datos faltantes. Por ejemplo, para el año 2009, se contó con información sobre diagnósticos para 318,739 de 631,925 usuarios (50%). Adicionalmente más de 90% de los archivos tiene un diagnóstico no especificado, de manera que realmente se cuenta con información diagnóstica de tan sólo 23 mil usuarios. Reconociendo que estos datos no son representativos de todos los usuarios, se muestra un ordenamiento de los primeros veinte diagnósticos por frecuencia para cada año en el cuadro 31, tomando en cuenta sólo los usuarios para los cuales había alguna información diagnóstica. Estos veinte diagnósticos contribuyen con más de una tercera parte de todos los diagnósticos. Para los tres años se observa que los cinco diagnósticos más frecuentes incluyen la enfermedad general, hipertensión arterial, infecciones de vías urinarias, caries y dolor abdominal.

**CUADRO 31. PRIMEROS 20 DIAGNÓSTICOS EN CONSULTA DE LA RED CONTRATADA Y NO CONTRATADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA PARA SERVICIOS NO POSS, 2007-2009**

ORDEN	2007		2008		2009	
	DESCRIPCION	% del total	DESCRIPCION	% del total	DESCRIPCION	% del total
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	7,4%	EXAMEN MEDICO GENERAL	13,3%	EXAMEN MEDICO GENERAL	10,7%
2	EXAMEN MEDICO GENERAL	5,4%	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	7,6%	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	4,7%
3	DOLOR AGUDO	2,2%	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	5,2%	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	4,1%
4	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	2,0%	CARIES DE LA DENTINA	1,7%	CARIES DE LA DENTINA	2,0%
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1,9%	DOLOR AGUDO	1,7%	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1,7%
6	CARIES DE LA DENTINA	1,5%	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1,2%	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1,2%
7	HERIDA DE LA CABEZA	1,3%	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACION	1,2%	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	1,2%
8	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1,3%	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1,2%	PRESBICIA	1,1%
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1,2%	PRESBICIA	1,1%	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1,1%
10	SUPERVISION OTROS EMBARAZOS NORMALES	1,1%	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1,1%	HIPOTIROIDISMO	1,0%
11	CONSEJO Y ASESORAMIENTO ANTICONCEPCION	1,1%	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	1,0%	PTERIGION	1,0%
12	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1,0%	EMBARAZO CONFIRMADO	0,9%	DISPLASIA CERVICAL LEVE	0,9%
13	GASTRITIS	1,0%	CEFALEA	0,9%	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS	0,9%
14	VENAS VARICOSAS MIEMBROS INF SIN ULCERA NI INFLAMACION	0,9%	DISPLASIA CERVICAL LEVE	0,9%	VENAS VARICOSAS MIEMBROS INF SIN ULCERA NI INFLAMACION	0,9%
15	CEFALEA	0,9%	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO PARTE SUPERIOR	0,9%	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACION	0,9%
16	VAGINITIS AGUDA	0,9%	ASTIGMATISMO	0,9%	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL	0,8%
17	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACION	0,9%	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA	0,9%	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0,8%
18	PTERIGION	0,9%	PTERIGION	0,8%	CEFALEA	0,7%
19	EMBARAZO CONFIRMADO	0,8%	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0,8%	ASTIGMATISMO	0,7%
20	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	0,7%	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	0,7%	EMBARAZO CONFIRMADO	0,7%
	acumulado	34,7%	acumulado	43,8%	acumulado	37,2%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

Para el ámbito hospitalario, los valores facturados por procedimientos según diagnóstico que en conjunto suman el 75% del total facturado en el año 2009 se presentan en el cuadro 32. Casi dos terceras partes del valor total facturado por procedimientos (1,958 millones de pesos) se encuentra en usuarios a quienes no se les registró un diagnóstico CIE-10. Los procedimientos relacionados al diagnóstico de hiperplasia de la próstata representan casi 4% del total del valor facturado, ascendiendo a 122 millones de pesos. En general los diagnósticos que generan el grueso del valor facturado en procedimientos se relacionan a trauma, gineco-obstetricia o a condiciones médicas que requieren algún tipo de intervención quirúrgica.

**CUADRO 32. VALOR FACTURADO POR PROCEDIMIENTOS ÁMBITO HOSPITALARIO, SEGÚN DIAGNÓSTICOS AÑO 2009**

# usuarios	Valor facturado	Diagnostico	% del valo	% acumul
68341	\$ 1.958.027.634,97	(Sin Diagnostico)	59,0%	59,0%
123	\$ 122.748.290,00	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	3,7%	62,7%
25	\$ 30.255.500,00	PANCREATITIS AGUDA	0,9%	63,7%
44	\$ 27.475.000,00	ANGINA INESTABLE	0,8%	64,5%
59	\$ 22.991.567,00	PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION VERTICE	0,7%	65,2%
75	\$ 19.511.856,00	PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION	0,6%	65,8%
46	\$ 19.240.548,00	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	0,6%	66,3%
37	\$ 19.232.700,00	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	0,6%	66,9%
31	\$ 17.289.337,00	INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION	0,5%	67,4%
15	\$ 16.932.884,00	RADICULOPATIA	0,5%	68,0%
38	\$ 16.847.856,00	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	0,5%	68,5%
42	\$ 16.613.451,00	LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	0,5%	69,0%
22	\$ 15.921.600,00	FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	0,5%	69,4%
29	\$ 15.331.044,00	APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	0,5%	69,9%
30	\$ 15.119.028,00	CISTOCELE	0,5%	70,4%
21	\$ 14.010.610,00	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0,4%	70,8%
40	\$ 13.901.626,00	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO SIN DAÑO UNAS	0,4%	71,2%
10	\$ 13.739.300,00	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	0,4%	71,6%
30	\$ 13.293.600,00	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE OTRAS PARTES Y DE	0,4%	72,0%
28	\$ 12.789.900,00	HERIDAS MULTIPLES MUÑECA Y DE LA MANO	0,4%	72,4%
17	\$ 12.522.900,00	ADHERENCIAS [BRIDAS] INTESTINALES CON OBSTRUCCION	0,4%	72,8%
30	\$ 12.395.100,00	FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	0,4%	73,2%
23	\$ 12.214.000,00	HERIDA MUÑECA Y MANO PARTE NO ESPECIFICADA	0,4%	73,5%
37	\$ 10.623.361,00	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	0,3%	73,8%
24	\$ 10.576.420,00	ULCERA DE DECUBITO	0,3%	74,2%
42	\$ 10.372.150,00	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA NO ESPECIFICADA	0,3%	74,5%
25	\$ 10.047.800,00	HERIDA DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA	0,3%	74,8%
10	\$ 9.682.630,00	PTERIGION	0,3%	75,1%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

Para el ámbito ambulatorio, los valores facturados por procedimientos según diagnóstico que en conjunto suman el 85% del total facturado en el año 2009 se presentan en el cuadro 33. Setenta y siete por ciento del valor total facturado por procedimientos ambulatorios (6,248 millones de pesos) se encuentra en usuarios a quienes no se les registró un diagnóstico CIE-10. Le siguen en orden de importancia según valor total facturado los procedimientos relacionados al diagnóstico de examen médico general y pterigion.

**CUADRO 33. VALOR FACTURADO POR PROCEDIMIENTOS AMBITO AMBULATORIO, SEGÚN DIAGNÓSTICOS AÑO 2009**

# usuarios	Valor facturado	Diagnostico	% del valor factu	% acumul
177440	\$ 6.248.494.419,00	(Sin Diagnostico)	77,3%	77,3%
484	\$ 185.885.663,00	PTERIGION	2,3%	79,6%
3316	\$ 88.160.891,00	EXAMEN MEDICO GENERAL	1,1%	80,7%
86	\$ 64.695.038,00	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCE	0,8%	81,5%
504	\$ 58.962.938,00	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	0,7%	82,3%
257	\$ 52.486.589,00	GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0,6%	82,9%
51	\$ 49.497.825,00	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA	0,6%	83,5%
184	\$ 46.508.135,00	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0,6%	84,1%
178	\$ 41.477.005,00	DIENTES INCLUIDOS	0,5%	84,6%
117	\$ 34.728.113,00	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	0,4%	85,0%
60	\$ 29.280.699,00	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	0,4%	85,4%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

En el ámbito de urgencias, los valores facturados por procedimientos según diagnóstico que en conjunto suman el 75% del total facturado en el año 2009 se presentan en el cuadro 34. Sesenta siete por ciento del valor total facturado por procedimientos ambulatorios (1,442 millones de pesos) se encuentra en usuarios a quienes no se les registró un diagnóstico CIE-10. Le siguen en orden de importancia según valor total facturado los procedimientos relacionados al diagnóstico de pterigion y desprendimiento de retina.

**CUADRO 34. VALOR FACTURADO PROCEDIMIENTOS URGENCIAS, DIAGNÓSTICOS - 2009**

# usuario	Valor facturado	Diagnostico	% del val	% acumu
49834	\$ 1.442.352.326,95	(Sin Diagnostico)	67,0%	67,0%
92	\$ 63.268.400,00	PTERIGION	2,9%	69,9%
26	\$ 28.984.300,00	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA	1,3%	71,3%
38	\$ 19.973.800,00	DOLOR AGUDO	0,9%	72,2%
32	\$ 19.278.600,00	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0,9%	73,1%
43	\$ 17.867.166,00	PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION VERTIC	0,8%	73,9%
14	\$ 13.039.700,00	CATARATA NO ESPECIFICADA	0,6%	74,5%
13	\$ 10.764.700,00	VENAS VARICOSAS MIEMBROS INF SIN ULCERA NI INF	0,5%	75,0%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

## 2.2.2 Valor facturado por grupos de edad

La información sobre la distribución de la población por grupos de edad se obtuvo de los archivos de usuario y para cada individuo se sumó el valor total facturado por eventos No-POSS (ver cuadro 35). El valor total facturado estaba en 29.673 millones de pesos en el año 2009. Durante los tres años analizados el peso porcentual del valor facturado sobre el valor total es similar. Como es de esperarse, gran parte del valor facturado se concentra en los grupos mayores a 65 años (38% en el año 2009).

**CUADRO 35. VALOR TOTAL FACTURADO POR EVENTOS NO POSS, POR GRUPOS DE EDAD (PESOS DE 2009)**

Grupo etáreo	Valor total facturado por grupo	% del valor facturado sobre el valor total	Valor total facturado por grupo	% del valor facturado sobre el valor total	Valor total facturado por grupo	% del valor facturado sobre el valor total
18 AÑOS	90.325.473	0,40%	248.508.080	1,01%	345.707.613	1,17%
19 A 44 AÑOS	5.646.084.407	24,77%	6.721.142.035	27,19%	8.607.741.207	29,01%
45 A 49	1.535.032.467	6,73%	1.826.937.480	7,39%	2.210.301.190	7,45%
50 A 54 AÑOS	1.490.076.208	6,54%	1.843.919.635	7,46%	2.427.958.581	8,18%
55 A 59 AÑOS	1.767.076.131	7,75%	1.714.746.367	6,94%	2.280.212.183	7,68%
60 A 64 AÑOS	1.571.812.742	6,89%	1.840.007.789	7,44%	2.300.850.562	7,75%
65 A 69 AÑOS	1.755.653.959	7,70%	1.851.182.739	7,49%	2.139.626.857	7,21%
70 A 74 AÑOS	2.188.574.165	9,60%	2.210.994.791	8,94%	2.688.053.185	9,06%
75 Y MÁS AÑOS	6.752.971.365	29,62%	6.464.698.975	26,15%	6.672.665.097	22,49%
TOTAL	22.797.606.916	100%	24.722.137.890	100%	29.673.116.474	100%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

### 2.2.3 Gasto no POSS según tipo de procedimientos

La información sobre el valor facturado y el número de servicios prestados (frecuencia) por procedimientos se presenta a continuación. Se hace una diferenciación por tipo de servicio: (i) Imagenología, (ii) Laboratorio Clínico, (iii) procedimientos quirúrgicos propiamente dichos, (iv) Otros procedimientos (de apoyo diagnóstico y terapéutico).

#### I. Gasto no POSS en Imagenología

Según el monto del valor facturado, los 10 primeros procedimientos de imagenología se muestran en la cuadro 36, y se encuentra que la esófago-gastro-duodenoscopia ocupa el primer lugar, correspondiendo al 3,8, 4,7 y el 5 % del valor total pagado por concepto de procedimientos en los tres años analizados; siguiéndole el Duplex Scanning de arterias principales, con un 2 % en los años 2007 y 2008, mientras que en el 2009 fue el tercero, siendo desplazado por el cráneo simple (TAC). La Colonoscopia Total y la ecografía de Abdomen Total ocupan el cuarto y quinto lugar del valor total cancelado por procedimientos, correspondiendo al 2,29, 2,3 y 2,8% en cada año estudiado.

### CUADRO 36. VALOR Y FRECUENCIA EXAMENES DE IMAGENOLOGIA 2007- 2009 (PESOS 2009)

AÑO	2007					2008					2009				
	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados
1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	142.845.410	679	3,87%	0,58%	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	387.460.664	1.917	4,74%	0,86%	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	609.013.796	3.106	5,03%	0,99%
2	DUPLEX SCANNING, de arterias carótidas, arterias vertebrales, arterias axilares y humerales, aorta abdominal,	94.625.970	407	2,56%	0,35%	DUPLEX SCANNING, de arterias carótidas, arterias vertebrales, arterias axilares y humerales, aorta abdominal,	211.234.637	883	2,59%	0,40%	CRÁNEO SIMPLE (TAC)	388.073.143	1.656	3,21%	0,53%
3	CRÁNEO SIMPLE (TAC)	84.874.850	363	2,30%	0,31%	CRÁNEO SIMPLE (TAC)	194.391.175	832	2,38%	0,37%	DUPLEX SCANNING, de arterias carótidas, arterias vertebrales, arterias axilares y humerales, aorta abdominal,	350.666.947	1.512	2,90%	0,48%
4	Abdomen total, incluye: hígado,páncreas, vesícula vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos)	54.728.880	489	1,48%	0,42%	Abdomen total, incluye: hígado,páncreas, vesícula vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos)	170.702.100	1.444	2,09%	0,65%	Abdomen total, incluye: hígado,páncreas, vesícula vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos)	265.535.030	2.236	2,20%	0,72%
5	Colonoscopia total	34.767.666	84	0,94%	0,07%	Abdomen total	117.538.625	347	1,44%	0,16%	Abdomen total	199.720.588	607	1,65%	0,19%
6	Abdomen total	27.514.500	83	0,75%	0,07%	Colonoscopia total	110.128.975	305	1,35%	0,14%	Colonoscopia total	159.516.305	494	1,32%	0,16%
7	Cistoscopia y calibración uretral	27.004.923	76	0,73%	0,06%	Cistoscopia y calibración uretral	104.530.480	232	1,28%	0,10%	Tórax	132.221.808	527	1,09%	0,17%
8	Sonamografía o ultrasonido de seno, con transductor de alta frecuencia	26.649.870	412	0,72%	0,35%	Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico	86.197.406	1.369	1,05%	0,62%	Cistoscopia y calibración uretral	129.306.677	330	1,07%	0,11%
9	Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico	26.157.510	441	0,71%	0,38%	Vías urinarias (riñones, vejiga y próstata transabdominal)	80.639.200	565	0,99%	0,25%	Sonamografía o ultrasonido de seno, con transductor de alta frecuencia	108.513.856	1.606	0,90%	0,51%
10	Hígado, vías biliares, páncreas y vesícula	17.433.390	311	0,47%	0,26%	Sonamografía o ultrasonido de seno, con transductor de alta frecuencia	74.322.200	1.083	0,91%	0,49%	Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico	108.409.152	1.712	0,90%	0,55%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

### II. Gasto no POSS en laboratorio clínico

En cuanto a procedimientos del laboratorio clínico se presentan los 10 primeros en orden de importancia, según el valor en pesos (cuadro 37). Ocupan los diez primeros lugares en la lista de valor facturado: Cuadro hemático o hemograma, hematocrito y leucograma, glucosa (en suero, LCR, otros fluidos), hormona tiroidea estimulante (en neonato), antígeno específico para cáncer de próstata, protrombina, tiempo PT, triglicéridos, potasio y secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u; con un porcentaje de participación del 1 al 2 % del total de los procedimientos realizados; alternando entre ellos de un año a otro.

### III. Gasto no POSS en procedimientos quirúrgicos

El cuadro 38 presenta los diez primeros procedimientos quirúrgicos ordenados según monto del total facturado. La mayoría son procedimientos oftalmológicos, de neurología, vasculares o de piel.

### IV. Gasto no POSS en otros procedimientos

En el caso de los otros procedimientos, los cuales incluyen procedimientos diagnósticos y terapéuticos complementarios, dentro de los diez primeros por monto del valor facturado se encuentran el Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color, el Electrocardiograma, la Oximetría de pulso, Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión, Eco cardiograma de ejercicio (modo M, bidimensional y doppler, mas prueba ergométrica), Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter) y Estudiopolisomno gráfico (ver cuadro 39).

**CUADRO 37. VALOR Y FRECUENCIA EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO 2007-2009 ( PESOS CONSTANTES 2009)**

AÑO	2007					2008					2009				
No. DE ORDEN	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados
1	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	76.108.535	6.338	2,06%	5,40%	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	157.440.889	12.263	1,93%	5,51%	Tiroidea estimulante (en neonato)	215.135.069	5.526	0,018	0,018
2	Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	65.688.622	9.268	1,78%	7,89%	Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	139.839.143	17.999	1,71%	8,09%	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	213.927.342	16.871	0,018	0,054
3	Tiroidea estimulante (en neonato)	45.438.300	1.198	1,23%	1,02%	Tiroidea estimulante (en neonato)	128.452.868	3.236	1,57%	1,45%	Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	198.978.769	25.511	0,016	0,082
4	Antígeno específico para cáncer de próstata	40.864.850	549	1,11%	0,47%	Antígeno específico para cáncer de próstata	100.820.489	1.291	1,23%	0,58%	Protrombina, tiempo PT	150.062.308	8.119	0,012	0,026
5	Protrombina, tiempo PT	34.644.645	1.984	0,94%	1,69%	Protrombina, tiempo PT	93.897.418	5.049	1,15%	2,27%	Antígeno específico para cáncer de próstata	150.017.124	1.938	0,012	0,006
6	Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u	33.274.562	1.322	0,90%	1,13%	Potasio	78.517.901	4.412	0,96%	1,98%	Triglicéridos	131.769.446	15.149	0,011	0,048
7	Triglicéridos	32.792.077	4.122	0,89%	3,51%	Triglicéridos	78.259.893	9.224	0,96%	4,14%	Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u	116.505.338	4.163	0,010	0,013
8	Parcial de orina, incluido sedimento	31.625.249	4.184	0,86%	3,56%	Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u	72.538.319	2.666	0,89%	1,20%	Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)	115.389.613	6.317	0,010	0,020
9	Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)	29.128.670	1.704	0,79%	1,45%	Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)	70.730.607	3.812	0,87%	1,71%	Potasio	114.842.707	6.585	0,009	0,021
10	Colesterol total	28.045.054	2.106	0,76%	1,79%	Sodio	59.753.445	4.061	0,73%	1,82%	Sodio	85.448.448	5.946	0,007	0,019

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

**CUADRO 38. VALOR Y FRECUENCIA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS 2007-2009 ( PESOS CONSTANTES 2009)**

AÑO	2007					2008					2009				
No. DE ORDEN	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados
1	Resección pterigión con injerto de conjuntiva	75.891.120	139	2,06%	0,12%	Resección pterigión con injerto de conjuntiva	166.779.850	363	2,04%	0,16%	Resección pterigión con injerto de conjuntiva	289.998.934	626	2,40%	0,20%
2	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	63.802.822	1.911	1,73%	1,63%	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA	160.741.000	1.558	1,97%	0,70%	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	219.742.202	6.242	1,82%	2,00%
3	Fleboextracción y/o ligadura múltiples	47.178.835	68	1,28%	0,06%	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	158.004.118	4.508	1,93%	2,03%	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA	177.344.264	1.874	1,47%	0,60%
4	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	43.186.300	118	1,17%	0,10%	Fleboextracción y/o ligadura múltiples	97.633.275	142	1,19%	0,06%	Fleboextracción y/o ligadura múltiples	120.323.599	195	0,99%	0,06%
5	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA	42.875.200	422	1,16%	0,36%	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL (UNA O VARIAS RAICES)	94.639.600	1.920	1,16%	0,86%	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL (UNA O VARIAS RAICES)	118.686.377	2.382	0,98%	0,76%
6	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL (UNA O VARIAS RAICES)	38.378.600	831	1,04%	0,71%	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	75.346.900	201	0,92%	0,09%	Colgajo muscular, miocutáneo y fasciocutáneo	116.972.700	117	0,97%	0,04%
7	Cesárea	36.218.800	55	0,98%	0,05%	Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara.	63.426.425	272	0,78%	0,12%	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% área corporal	114.030.306	279	0,94%	0,09%
8	Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y endolaser	31.857.400	14	0,86%	0,01%	Fibronasolaringoscopia	62.871.220	202	0,77%	0,09%	Prostatectomía transuretral	96.536.256	77	0,80%	0,02%
9	Prostatectomía transuretral	30.253.600	24	0,82%	0,02%	Cesárea	59.139.900	92	0,72%	0,04%	Enucleación quiste odontogénico	88.358.123	326	0,73%	0,10%
10	Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara.	28.638.180	119	0,78%	0,10%	Enucleación quiste odontogénico	55.853.428	209	0,68%	0,09%	Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y endolaser	87.906.700	44	0,73%	0,01%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.



**CUADRO 39. VALOR Y FRECUENCIA OTROS PROCEDIMIENTOS 2007-2009 (Pesos de 2009)**

AÑO	2007					2008					2009				
	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados
1	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color	103.095.190	346	2,79%	0,29%	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color	323.144.670	1.052	3,95%	0,47%	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color	521.809.917	1.754	4,31%	0,56%
2	Electrocardiograma	71.318.280	3.010	1,93%	2,56%	Electrocardiograma	182.139.825	7.163	2,23%	3,22%	Electrocardiograma	240.466.416	9.416	1,99%	3,01%
3	Oximetría de pulso	28.764.394	1.273	0,78%	1,08%	Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión	70.373.390	3.900	0,86%	1,75%	Oximetría de pulso	121.064.180	1.703	1,00%	0,54%
4	Ecocardiograma de ejercicio (2 modo M, bidimensional y doppler, mas prueba ergométrica)	22.887.400	38	0,62%	0,03%	Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)	67.173.200	286	0,82%	0,13%	Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión	120.218.155	6.152	0,99%	1,97%
5	Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión	17.746.759	1.380	0,48%	1,17%	Oximetria de pulso	50.145.754	1.595	0,61%	0,72%	Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)	99.693.968	438	0,82%	0,14%
6	Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)	16.051.000	70	0,43%	0,06%	Ecocardiograma de ejercicio (2 modo M, bidimensional y doppler, mas prueba ergométrica)	47.810.900	77	0,59%	0,03%	Estudio polisomnográfico	81.785.400	114	0,68%	0,04%
7	Terapia física, sesión 1 hora	14.446.686	938	0,39%	0,80%	Estudio polisomnográfico	40.961.000	55	0,50%	0,02%	Ecocardiograma de ejercicio (2 modo M, bidimensional y doppler, mas prueba ergométrica)	66.081.300	112	0,55%	0,04%
8	Examen optométrico	12.908.410	632	0,35%	0,54%	Curva de flujo de volumen pre y post Broncodilatadores	39.906.050	561	0,49%	0,25%	Nebulizaciones c/u	55.120.782	2.704	0,46%	0,86%
9	Nebulizaciones c/u	12.511.098	944	0,34%	0,80%	Nebulizaciones c/u	39.089.060	2.021	0,48%	0,91%	CONSUMO DE OXIGENO Y PRODUCCION DE CO2 EN REPOSO	53.491.004	462	0,44%	0,15%
10	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	12.151.227	104	0,33%	0,09%	Ecocardiografía de stress farmacológico	35.822.700	51	0,44%	0,02%	Terapia física, sesión 1 hora	48.798.242	2.936	0,40%	0,94%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

## V. Gasto no POSS en odontología

### Participación porcentual de los diferentes tipos de procedimientos en el valor total facturado por procedimientos

El cuadro 40 resume el porcentaje de participación de los diferentes tipos de procedimientos en el total del valor facturado por procedimientos. Se evidencia que los procedimientos quirúrgicos representa el mayor peso del valor total, correspondiendo el 35,19%, 33,51% y 34,29% en cada año analizado. Siguen en orden descendente los exámenes de laboratorio clínico 25,36%, 23,70% y 23,61% e imagenología con porcentajes del 19,92%, 24,34% y 24,99%.

**CUADRO 40. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN EL VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN EL ÍTEM DE PROCEDIMIENTOS**

TIPO DE SERVICIO	2007	2008	2009
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	35,19%	33,51%	34,29%
LABORATORIO CLÍNICO	25,36%	23,70%	23,61%
IMAGENOLOGÍA	19,92%	24,34%	24,99%
OTROS PROCEDIMIENTOS (NO QX)	14,07%	14,95%	14,94%
ODONTOLOGÍA	5,39%	3,39%	2,09%
NO IDENTIFICADOS EN RIPS	0,07%	0,12%	0,08%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

Según el cuadro 41, los diez primeros procedimientos odontológicos según valor total facturado incluyen: el detartraje (por cuadrante), obturación de una superficie en resina de fotocurado, obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado, obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado, colocación o inserción de prótesis removible (superior o inferior) mucosoportada y tratamiento de conductos en dientes multirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX (cada conducto).

**CUADRO 41. VALOR Y FRECUENCIA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGIA 2007-2009 ( PESOS CONSTANTES 2009)**

AÑO	2007					2008					2009				
No. DE ORDEN	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados	NOMBRE CUPS PROCEDIMIENTO	VALOR	FRECUENCIA	% sobre valor total facturado por procedimientos	% sobre el total de procedimientos realizados
1	Detartraje (por cuadrante)	56.693.930	831	1,54%	0,71%	Detartraje (por cuadrante)	85.550.165	1.162	2,32%	0,52%	Detartraje (por cuadrante)	93.079.772	1.225	0,77%	0,39%
2	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO +	17.448.050	934	0,47%	0,80%	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO +	29.178.274	1.643	0,79%	0,74%	Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	25.290.898	1.697	0,21%	0,54%
3	Obturación de una superficie en resina de fotocurado	16.333.635	735	0,44%	0,63%	Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	21.837.797	1.492	0,59%	0,67%	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO +	19.770.653	1.352	0,16%	0,43%
4	Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	14.109.270	1.077	0,38%	0,92%	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	18.986.700	127	0,51%	0,06%	Obturación de una superficie en resina de fotocurado	15.913.471	645	0,13%	0,21%
5	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	6.850.630	128	0,19%	0,11%	Obturación de una superficie en resina de fotocurado	17.651.850	706	0,48%	0,32%	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX (cada conducto)	13.988.090	84	0,12%	0,03%
6	Control de placa, clasificación de riesgo e instrucción de higiene oral	5.330.086	662	0,14%	0,56%	Exodoncia multirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	11.991.600	221	0,32%	0,10%	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO +	8.544.000	283	0,07%	0,09%
7	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	4.899.400	86	0,13%	0,07%	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX (cada conducto)	7.695.816	63	0,21%	0,03%	Exodoncia multirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	7.999.894	148	0,07%	0,05%
8	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD +	4.819.500	90	0,13%	0,08%	Control de placa, clasificación de riesgo e instrucción de higiene oral	6.630.120	759	0,18%	0,34%	Control de placa y de cepillado	6.537.916	733	0,05%	0,23%
9	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR +	4.756.720	243	0,13%	0,21%	Exodoncia simple y quirúrgica.	6.458.900	174	0,18%	0,08%	Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado	6.021.535	354	0,05%	0,11%
10	Exodoncia simple de multirradiculares	4.550.383	321	0,12%	0,27%	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR +	5.418.800	140	0,15%	0,06%	Control de placa, clasificación de riesgo e instrucción de higiene oral	5.903.711	660	0,05%	0,21%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

## 2.2.4 Gasto no POSS en medicamentos hospitalarios

El valor total facturado en medicamentos hospitalarios estuvo entre 2.2 y 2.7 mil millones de pesos entre 2007 y 2009. Con excepción del año 2007, en el que aparece un valor extremo en el grupo de hombres de 19 a 44 años, el valor facturado en medicamentos se concentra en los grupos de edad mayores a 70 años, siendo casi el 50%, lo cual es de esperarse (ver cuadro 42).

**CUADRO 42 GASTO NO POSS EN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS POR GRUPOS ETARIOS  
(2007-2009, PESOS 2009)**

Grupo etario	2007		2008		2009	
	Valor facturado	% del total facturado	Valor facturado	% del total facturado	Valor facturado	% del total facturado
18	921.051	0,0%	10.852.997	0,4%	8.843.196	0,3%
19 A 44F	82.957.283	3,8%	299.224.438	12,0%	246.764.966	9,0%
19 A 44M	1.377.441.772	62,9%	259.825.089	10,4%	300.137.308	11,0%
45 A 49	64.932.805	3,0%	121.293.132	4,9%	141.459.980	5,2%
50 A 54	51.187.660	2,3%	172.564.438	6,9%	178.064.998	6,5%
55 A 59	84.361.062	3,9%	136.462.616	5,5%	166.319.285	6,1%
60 A 64	53.623.702	2,5%	154.543.103	6,2%	214.936.708	7,9%
65 A 69	70.448.982	3,2%	182.546.941	7,3%	208.137.006	7,6%
70 A 74	92.860.381	4,2%	289.798.421	11,6%	318.255.994	11,7%
75>	309.689.057	14,2%	871.425.615	34,9%	946.501.226	34,7%
<b>TOTAL</b>	<b>2.188.423.754</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.498.536.790</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.729.420.667</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud Cundinamarca, 2009.

## 2.2.5 Valores totales facturados

Al consolidar toda la información anterior, se obtiene un valor total facturado, el cual se presenta en el cuadro 43. Dicho valor con seguridad está subestimado, dados los datos incompletos, de tal manera que estos valores sólo se pueden interpretar como un mínimo de gasto para cada año, el cual se encuentra en 22, 24 y 27 mil millones de pesos de 2009 para el año 2007, 2008 y 2009 respectivamente. Si se contrastan los valores totales con la información de facturación de servicios no POSS de la red de prestadores contratados y no contratados por el departamento (83, 78 y 76 mil millones de pesos del 2009), se evidencia que el valor obtenido de la información RIPS puede ser casi que una cuarta parte del valor reportado por las IPS.

En el cuadro 44 se presenta la participación porcentual de los diferentes rubros de gasto en el gasto total para cada año analizado. Para todos los años predomina el gasto en otros servicios (estancia, transporte) y en procedimientos.

**CUADRO 43. VALOR TOTAL DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS NO POSS, POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS, SEGÚN RIPS VALIDOS (Mills de \$ 2009)**

AÑOS ANALIZADOS	VALOR CONSULTA	VALOR MEDICAMENTOS	VALOR OTROS SERVICIOS	VALOR PROCEDIMIENTOS	VALOR URGENCIAS	TOTAL VALOR
2007	1.004	2.213	15.206	4.115	259,21	22.797
2008	1.837	2.503	11.186	8.514	681,52	24.722
2009	2.217	2.750	11.173	12.097	1.435	29.672

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

**CUADRO 44. PARTICIPACIÓN EN EL GASTO DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS NO POSS, POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS, SEGÚN RIPS VALIDOS**

AÑOS ANALIZADOS	PARTICIPACIÓN GASTO TOTAL (%)					%
	CONSULTA	MEDICAMENTOS	OTROS	PROCEDIMIENTOS	URGENCIAS	
2007	4,4%	9,7%	66,7%	18,1%	1,1%	100%
2008	7,4%	10,1%	45,2%	34,4%	2,8%	100%
2009	7,5%	9,3%	37,7%	40,8%	4,8%	100%

Fuente: Cálculos propios, datos de la Dirección de Aseguramiento SSC, 2009.

## 2.2.6 Conclusiones

El ejercicio ilustra el potencial de los datos RIPS para generar información útil para el análisis del gasto en salud del departamento, pero cuya validez, representatividad y confiabilidad debe ser mejorada. En particular, la información diagnóstica es una de las variables críticas en las cuales se debe hacer énfasis en los esfuerzos de mejoramiento.

Los valores de facturación obtenidos deben interpretarse como mínimos de gasto, pero como se explica en la sección de evaluación de RIPS, no es posible saber el grado de subestimación de la información. Adicionalmente, dadas diferencias en el número de usuarios que aportan a los datos, no se pueden interpretar tendencias en estas cifras. Se debe buscar complementar esta información con otras fuentes, tales como los datos de facturación de las IPS de la red adscrita.

## **2.3 Evaluación de la calidad de la información de los registros individuales de prestación de servicios-RIPS disponibles en Cundinamarca, años 2008-2009**

### **2.3.1 Introducción**

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– son archivos empleados por los prestadores de servicios para registrar la información de prestaciones por usuario atendido<sup>18</sup>. En este caso, Cundinamarca al ser el ente responsable de administrar y financiar la prestación de servicios en salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al Régimen Subsidiado (vinculados) y de los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios del mismo régimen (No POSS) en sus 116 municipios; cuenta en la actualidad con información de RIPS suministrados por la red contratada y no contratada.

La información contenida en los RIPS corresponde a tres tipos de datos: (i) Identificación (del administrador del plan de beneficios, el prestador del servicio y el usuario que lo recibe), (ii) Del servicio prestado y (iii) Del motivo que originó su prestación (diagnóstico y causa). Esta debe ser diligenciada de forma obligatoria por las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), a partir de datos relativos a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos y entregada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en medio magnético; de acuerdo a lo establecido en el artículo sexto de la misma resolución. Asimismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben remitir dicha información al Ministerio de la Protección Social, para su posterior análisis y validación.

Los RIPS contienen información sobre los siguientes aspectos:

- a. Identificación de usuario
- b. Procedimientos
- c. Prestación de servicios de urgencia
- d. Consulta Médica
- e. Servicios de Hospitalización
- f. Otros servicios médicos prestados
- g. Atención a recién nacidos
- h. Medicamentos incluidos en el POS
- i. Medicamentos No POS

Se espera que los RIPS generen información útil para la toma de decisiones, tales como motivos de consulta, procedimientos realizados, consumos por usuario y valores facturados por pagador como mínimo. Sin embargo, para poder proceder al análisis de estos datos es importante hacer una evaluación de qué tan completa y de qué calidad es la información contenida en los RIPS con los que cuenta el departamento. Con ello se puede establecer no sólo qué tan confiable es la información sino también identificar falencias que puedan ser corregidas.

---

<sup>18</sup> De acuerdo a lo establecido en el decreto 3374 de 2000.

En este documento se realiza una evaluación preliminar de la calidad de los RIPS del departamento, cuyos objetivos son:

- a. Conocer el volumen total de la información (número total de remisiones, número de archivos de usuario), por IPS y por municipio, y si la información abarca un año completo
- b. Determinar la representatividad de la información en cuanto al número y tipo de IPS y el número de municipios que aportan datos en relación al total que debería aportar
- c. Determinar la calidad de la información en relación al número de archivos que pasan la malla validadora

### **2.3.2 Metodología**

Las fuentes de información para este análisis son:

- Archivos de remisiones de RIPS para los años 2008 y 2009 proporcionados por la Secretaria de Salud de Cundinamarca-SSC en formato EXCEL (base de datos RIPS).
- Listado de IPS que remiten RIPS con datos del código y nombre de la institución, ubicación geográfica (municipio) y nivel de atención proporcionados por SSC en formato EXCEL (base de datos prestadores).
- Base de datos DIVIPOLA del DANE con códigos y nombres municipales
- Base de datos con información para Cundinamarca sobre población total, población SISBEN y aseguramiento (fuentes DANE, DNP) para los años 2008 y 2009.

Para poder procesar la información de estos archivos se crearon bases de datos en el programa estadístico STATA 6 para cada año, a las cuales se les realizó los siguientes procedimientos:

- i. Usando como llave el código de identificación de cada IPS, se fusionó la base de datos RIPS con la base de prestadores.
- ii. Durante este proceso se encontró que hay instituciones en la base de datos RIPS con un código que no coincide con el listado de prestadores de la SSC, de tal manera que no es posible saber el municipio o nivel de atención al que corresponden. A algunas de estas, por inspección manual se les asignó el correspondiente municipio (por ejemplo, CAMI CHAPINERO se le asignó Bogotá). Para poder hacer un análisis completo, es necesario actualizar la base de prestadores proporcionada.
- iii. Usando como llave los códigos de municipio se fusionó la base de RIPS y prestadores a la base DIVIPOLA y de población para el correspondiente año.  
Se anota que por la no coincidencia de códigos institucionales el análisis por municipio se restringe a IPS con datos completos.
- iv. Con la base de datos RIPS, para cada IPS, usando el código de identificación, se totalizó el número de remisiones con sus correspondientes tipos de archivos recibidos, aceptados (válidos), y rechazados. De estos totales se obtuvo para cada tipo de archivo el porcentaje de archivos válidos sobre el total de archivos recibidos.

También se determinó el trimestre en que se realizaron las remisiones y se totalizó el número de remisiones por año.

### 2.3.3 Resultados

#### I. Información año 2009

##### A. Volumen de información

El cuadro 45 muestra que para el año 2009 hay 3781 remisiones de RIPS de 434 IPS. El número de remisiones varía entre 1 y 51 por IPS. Casi 45% del total de IPS envió menos de 4.

**Cuadro 45. Total de remisiones por IPS, año 2009**

#Remisiones	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
1	77	17.74	17.74
2	55	12.67	30.41
3	37	8.53	38.94
4	26	5.99	44.93
5	24	5.53	50.46
6	35	8.06	58.53
7	22	5.07	63.59
8	28	6.45	70.05
9	31	7.14	77.19
10	23	5.30	82.49
11	46	10.60	93.09
12	10	2.30	95.39
13	7	1.61	97.00
14	5	1.15	98.16
15	1	0.23	98.39
16	1	0.23	98.62
18	1	0.23	98.85
20	1	0.23	99.08
22	1	0.23	99.31
25	1	0.23	99.54
28	1	0.23	99.77
51	1	0.23	100.00
Total	434	100.00	

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

En cuanto a remisiones durante el año completo, 188 IPS, o 43% del total reportaron datos para el año completo (ver cuadro 46).

**Cuadro 46. Porcentaje de IPS con remisiones para el año completo**

Trimestres completos	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
1	104	24.02	24.02
2	74	17.09	41.11
3	67	15.47	56.58
4	188	43.42	100.00
Total	433	100.00	

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS



## B. Representatividad de la información

Del total de 434 IPS en la base de datos RIPS del 2009, 134 presentaron inconsistencias con el código correspondiente en la base de datos de prestadores suministrada por la SSC, de tal manera que no se pudo determinar su ubicación geográfica. Actualmente la SSC se encuentra verificando los códigos de las IPS que no cruzaron. De las IPS que se pudo ubicar geográficamente, 21 están por fuera de Cundinamarca, 43 en Bogotá y el resto (246 IPS) se distribuye en 77 municipios de Cundinamarca (de un total de 116). La ubicación por departamento se relaciona en el cuadro 47.

**Cuadro 47. Número de IPS que remitieron RIPS 2009, por departamento**

Departamento	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
ANTIOQUIA	2	0.65	0.65
BOGOTA	43	13.87	14.52
BOYACA	1	0.32	14.84
CAQUETA	1	0.32	15.16
CASANARE	2	0.65	15.81
CAUCA	1	0.32	16.13
CESAR	1	0.32	16.45
CUNDINAMARCA	246	79.35	95.81
GUAJIRA	1	0.32	96.13
HUILA	2	0.65	96.77
META	3	0.97	97.74
RISARALDA	1	0.32	98.06
SANTANDER	1	0.32	98.39
TOLIMA	5	1.61	100.00
Total	310	100.00	

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

Casi la mitad de los municipios cuenta con información de una sola IPS (ver cuadro 48).

**Cuadro 48. Número total de IPS que reportan RIPS por municipio**

Total IPS	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
1	36	46.75	46.75
2	12	15.58	62.34
3	5	6.49	68.83
4	4	5.19	74.03
5	1	1.30	75.32
6	3	3.90	79.22
7	2	2.60	81.82
9	4	5.19	87.01
10	2	2.60	89.61
17	1	1.30	90.91
19	1	1.30	92.21
22	1	1.30	93.51
25	1	1.30	94.81
28	1	1.30	96.10
41	1	1.30	97.40
43	1	1.30	98.70
50	1	1.30	100.00
Total	77	100.00	

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

62% del total de IPS están ubicadas en 10 municipios (Cota, Madrid, Girardot, Ubaté, Funza, Faca, Zipaquirá, Soacha, Chía y Fusa), los cuales en conjunto tienen casi que 50% de la población de Cundinamarca.

### **C. Calidad de la información**

El Cuadro 49 relaciona el total de archivos enviados por las IPS, los que fueron leídos, y de éstos cuantos pasaron o no la malla validadora, y el % final válido (válidos/leídos), por tipo de archivo. Con la excepción de los archivos de usuario en que 91% pasó la malla validadora, el porcentaje de archivos válidos está entre 72 (urgencias) y 49% (otros, medicamentos).

**Cuadro 49. Resultados validación RIPS 2009 Cundinamarca**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VÁLIDOS	RECHAZADOS	% VÁLIDO
AC-consulta	803111	814907	502489	258941	0.6166213
AD-agrupado	1.20E+06	1.20E+06	799088	370416	0.6606468
AF-transacción	1.30E+06	1.30E+06	874511	387186	0.6792719
AH-hospitalización	43920	44210	23183	17492	0.5243836
AM-medicamentos	1.10E+06	1.10E+06	570379	489554	0.4990917
AN-recién nacidos	3652	3658	2087	1451	0.5705304
AP-procedimientos	2.10E+06	2.10E+06	1.20E+06	735399	0.5855056
AT-otros	1.00E+06	997913	493830	438629	0.4948628
AU-urgencias	16769	16561	11941	4047	0.7210314
CT-control	4895	3969	0	0	0
US-usuario	949865	954937	871295	73181	0.912411

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

#### **D. Análisis de la información de IPS que remitieron datos para el año completo del 2009**

Considerando que los datos más confiables son aquellos que abarcan el año completo, se realizó un análisis de las remisiones de IPS con remisiones completas (ver cuadro 50). Un total de 188 IPS reportaron información anual, totalizando 2525 remisiones (67% del total de remisiones). En 31 IPS (o 15% de las remisiones completas) está pendiente determinar el municipio en que están ubicadas, 4 IPS se ubican por fuera de Cundinamarca, 17 están en Bogotá y el resto en 41 municipios de Cundinamarca (una tercera parte de todos los municipios del departamento).

**Cuadro 50. Número total de remisiones de IPS que reportaron información para los 4 trimestres del 2009**

Ubicación geográfica	# total de remisiones	% del total
Municipio sin identificar	372	15%
Bogotá	290	11%
Resto (41 municipios)	1863	74%
Total	2525	

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

42% de las IPS con información anual se concentran en 7 municipios (Soacha, Facatativá, Funza, Ubaté, Zipaquirá, Chía, y Fusa), los cuales generaron aproximadamente 40% del total de remisiones del año completo. En conjunto estos municipios tiene 40% de la población del departamento.

De acuerdo al cuadro 51, la calidad de la información, con excepción de los archivos de usuario en que 95% pasó la malla validadora, el porcentaje de archivos válidos está entre 75 (urgencias) y 42% (recién nacidos).

**Cuadro 51. Resultados validación RIPS 2009 Cundinamarca, IPS remisiones año completo**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VALIDOS	RECHAZADOS	% VALIDO
AC-consulta	462867	468758	275888	182507	0.588551
AD-agrupado	754888	759905	468558	298735	0.6166008
AF-transacción	774593	781308	500780	268486	0.6409508
AH-hospitalización	30318	28891	15305	12982	0.5297498
AM-medicamentos	862440	860676	461591	375344	0.5363122
AN-recién nacidos	2035	2033	870	1045	0.427939
AP-procedimientos	1478544	1.40E+06	822931	585232	0.5684399
AT-otros	814742	809281	393827	391182	0.4866381
AU-urgencias	14608	13067	9787	2595	0.748986
CT-control	1363	1362	0	0	0
US-usuario	596286	596755	567710	30054	0.9513285

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

La información de las 188 IPS con remisión completa corresponde a 62% del total de archivos de usuarios leídos, o a 65% de los válidos (Cuadro 52).

**Cuadro 52. Porcentaje del total de archivos en remisiones de 188 IPS 2009**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VALIDOS	RECHAZADOS
AC-consulta	0.58	0.58	0.55	0.70
AD-agrupado	0.63	0.63	0.59	0.81
AF-transacción	0.60	0.60	0.57	0.69
AH-hospitalización	0.69	0.65	0.66	0.74
AM-medicamentos	0.78	0.78	0.81	0.77
AN-recién nacidos	0.56	0.56	0.42	0.72
AP-procedimientos	0.70	0.67	0.69	0.80
AT-otros	0.81	0.81	0.80	0.89
AU-urgencias	0.87	0.79	0.82	0.64
CT-control				
US-usuario	0.63	0.62	0.65	0.41

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

## II. Información año 2008

### A. Volumen y representatividad de la información

Para el año 2008 hay 3461 remisiones de RIPS de 402 IPS. El análisis completo de volumen y representatividad de la información se debe realizar una vez se haya solucionado el problema de inconsistencias en los códigos de IPS encontrado en los datos del 2009, ya que se presenta el mismo problema con los datos del 2008.

### B. Calidad de la información

Los resultados son similares a los obtenidos con los datos del 2009 (ver cuadro 53), con la excepción de los archivos de usuario en los 91% pasó la malla validadora, la tasa de aceptación está entre 72 (urgencias) y 49% (otros, medicamentos).

**Cuadro 53. Resultados validación RIPS 2008 Cundinamarca**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VALIDOS	RECHAZADOS	% VALIDO
AC-consulta	803111	814907	502489	258941	0.62
AD-agrupado	1200000	1200000	799088	370416	0.66
AF-transacción	1300000	1300000	874511	387186	0.68
AH-hospitalización	43920	44210	23183	17492	0.52
AM-medicamentos	1100000	1100000	570379	489554	0.50
AN-recién nacidos	3652	3658	2087	1451	0.57
AP-procedimientos	2100000	2100000	1200000	735399	0.59
AT-otros	1000000	997913	493830	438629	0.49
AU-urgencias	16769	16561	11941	4047	0.72
CT-control	4895	3969	0	0	0.00
US-usuario	949865	954937	871295	73181	0.91

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

En cuanto a la calidad de la información de las IPS que enviaron información para los 4 trimestres (ver cuadro 54), se repite el patrón observado en la totalidad de la información del 2008, 94% de los archivos de usuario pasó la malla validadora, y el porcentaje de archivos válidos está entre 75% (urgencias) y 54% (otros, medicamentos).

**Cuadro 54. Resultados validación RIPS 2009 Cundinamarca, IPS con remisiones año completo**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VALIDOS	RECHAZADOS	% VALIDO
AC-consulta	693850	702504	473651	187950	0.67
AD-agrupado	1100000	1100000	752354	348008	0.66
AF-transacción	1100000	1100000	817196	268516	0.74
AH-hospitalización	36636	36951	22317	13627	0.60
AM-medicamentos	989112	997644	561311	372768	0.56
AN-recién nacidos	3406	3408	2070	1225	0.61
AP-procedimientos	1800000	1800000	1200000	524313	0.65
AT-otros	900835	893402	483259	357133	0.54
AU-urgencias	14943	14888	11230	3186	0.75
CT-control	2608	2453	0	0	0.00
US-usuario	796018	800125	748376	47230	0.94

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

Los datos correspondientes a estas IPS representan más del 84% de todos los registros leídos y del 86% de los registros buenos.

**Cuadro 55. Porcentaje del total de archivos en remisiones de 140 IPS 2009**

TIPO DE ARCHIVO	ENVIADOS	LEIDOS	VALIDOS	RECHAZADOS
AC-consulta	0.86	0.86	0.94	0.73
AD-agrupado	0.92	0.92	0.94	0.94
AF-transacción	0.85	0.85	0.93	0.69
AH-hospitalización	0.83	0.84	0.96	0.78
AM-medicamentos	0.90	0.91	0.98	0.76
AN-recién nacidos	0.93	0.93	0.99	0.84
AP-procedimientos	0.86	0.86	1.00	0.71
AT-otros	0.90	0.90	0.98	0.81

AU-urgencias	0.89	0.90	0.94	0.79
US-usuario	0.84	0.84	0.86	0.65

Fuente: cálculo de los autores con datos RIPS

### 2.3.4 Conclusiones

La primera pregunta que esta evaluación pretende responder es qué tan completa es la información RIPS. Los anteriores resultados indican lo siguiente. Primero, respecto a la cobertura según IPS de la red contratada, aunque todas presentan información, parece haber gran variación en la cantidad y periodicidad de las remisiones. Segundo, respecto a la cobertura geográfica de los RIPS también parece haber faltantes importantes. Tercero, de la información ya incompleta que llega al proceso de validación, un alto porcentaje no se puede utilizar por problemas de calidad. En otras palabras, si se toma en cuenta que se recibe información completa (todo el año) de la mitad de las IPS, y que a pesar de que éstas en conjunto quizás generan más de la mitad de los datos, al perderse otro buen porcentaje en la malla, es posible que no se llegue ni a la mitad de la información que debería estar disponible

Esto puede generar varias distorsiones o sesgos de la información, tanto subestimaciones como sobre-estimaciones. Un problema que surge remisiones incompletas por parte de algunas IPS es que predominarán los datos de las atenciones según el tipo de IPS que remite el mayor volumen de datos. Por ejemplo, si los datos se concentran en IPS de tercer nivel, erróneamente se pensaría que hay una gran demanda de atenciones de mayor complejidad y se afectarán las estimaciones de gasto. O si por alguna razón entre los pacientes atendidos por estas IPS predominan ciertas patologías los datos estarían sesgados a favor de éstas. Otro problema es que los patrones de uso varían a lo largo del año y se pueden ver influenciados por fenómenos estacionales, lo cual sólo se puede captar contando con observaciones a lo largo del año completo, lo cual es particularmente crítico para estimaciones epidemiológicas.

La segunda pregunta abordada por esta evaluación es respecto a la calidad de los datos con base al proceso de validación establecido por norma. Los resultados indican que hay gran variación en la calidad según el tipo de archivos, siendo los más confiables los archivos de usuario y los menos confiables los de medicamentos y otros. No obstante, en promedio las pérdidas de información por calidad podrían ser de prácticamente el 40%, lo cual empeora los posibles sesgos mencionados anteriormente.

Realizar cálculos a partir de sólo los archivos que pasan la malla validadora puede arrojar conclusiones erróneas, sobre todo si los datos faltantes en realidad son diferentes a los disponibles. Esto se ilustra con un ejemplo numérico (Cuadro 56). Supongamos que existen datos de facturación de procedimientos de 10 IPS, identificadas con las letras A-J. El valor real de facturación de cada IPS para todo el año se relaciona en la segunda columna y la suma total es de 24,150. Para ilustrar los posibles sesgos que surgen de analizar la información con faltantes se plantean cuatro escenarios:

- i. Faltan datos de la mitad de IPS con mayores valores totales de facturación (columna 3)
- ii. Faltan datos de la mitad de IPS con menores valores totales de facturación (columna 4)
- iii. – iv. Faltan datos de la mitad de IPS, suprimidas al azar (columnas 5-6)

En el primer escenario el valor total calculado sería 17,500, o 72% del gasto total real. Dado que falta 50% de la información se sabe que esto es una subestimación y se podría intentar corregirla asumiendo que el 50% de los datos restantes se comporta igual que los observados, es decir, el valor no observado sería también 17,500 de tal manera que se calcula que el gasto total es 35,000, lo cual sobre-estima el gasto en 145%. Realizando el mismo ejercicio en los otros escenarios se obtienen estimaciones que están 55-86% por debajo del gasto total real o 104% por encima. La dirección del sesgo es impredecible a menos que se contara con información adicional sobre las IPS que permitiera predecir su patrón de gasto.

**Cuadro 56. Escenarios hipotéticos de datos faltantes y su impacto en estimaciones de gasto**

Proveedores	Gasto total real	Escenario 1 Faltan gastos menores	Escenario 2 Faltan gastos mayores	Escenario 3 Azar	Escenario 4 Azar
A	2050				
B	1050		1050		1050
C	2150	2150			
D	1050		1050		
E	5350	5350			5350
F	1950		1950	1950	1950
G	2450	2450		2450	
H	5500	5500		5500	
I	550		550	550	
J	2050	2050	2050	2050	2050
Total	24150	17500	6650	12500	10400
% Estimado del total real		72%	28%	52%	43%
Total estimado X 2		35000	13300	25000	20800
% Estimado sobre el total real		145%	55%	104%	86%

Fuente: elaboración de los autores

### 2.3.5 Recomendaciones

A partir de los resultados de esta evaluación surgen las siguientes recomendaciones para mejorar la cantidad y calidad de la información RIPS, algunas de ellas quizás ya están siendo aplicadas en las estrategias que ha adoptado la Secretaría de Salud para mejorar su sistema de información, y en cuyo caso deben ser reforzadas.

i) La primera medida es obviamente propender por reducir la cantidad de información faltante. Es necesario aclarar cuántas de todas las IPS en la red contratada debían estar remitiendo archivos en forma mensual. Por ejemplo, aquellas por fuera del departamento probablemente prestan servicios en forma más esporádica de tal manera que no se puede esperar un gran volumen de remisiones. Una vez se precise esta información es necesario indagar en las posibles razones por las cuales las remisiones son incompletas y aplicar los correctivos necesarios.

ii) Amerita un análisis detallado del tipo de errores que invalidan los archivos RIPS, identificar estrategias para corregirlos, y brindar retroalimentación oportuna y apoyo técnico a las IPS para mejorar la calidad de la información remitida. Se puede pensar en estrategias escalonadas que se centren en garantizar buena información de las variables más prioritarias. Por ejemplo, se puede comenzar por buscar garantizar el registro de la información diagnóstica, y una vez se logre esto se sigue con otra variable de interés.

Con el ánimo de aprovechar la información existente, a pesar de sus limitaciones, se recomiendan las siguientes estrategias:

i) Realizar los análisis a partir de la información más completa, comenzando por aquella que comprende los doce meses del año, y la que tenga el menor número de datos faltantes.

ii) Evaluar la posible aplicación de métodos estadísticos para realizar ajustes por datos faltantes. Dentro de estos se encuentran estrategias para imputación de datos o el desarrollo de modelos de predicción.

iii) Validar y complementar la información RIPS con otras fuentes de información, tales como la Encuesta Nacional de Salud y el SIVIGILA.

iv) Realizar un esfuerzo especial por obtener denominadores poblacionales que puedan servir de referencia para el análisis de la información RIPS. Para ello se puede construir un modelo a partir de datos censales y de afiliación que se acople al diseño actual del sistema de referencia y contrareferencia departamental.

v) Elaborar un boletín periódico con los resultados de los análisis prioritarios de la información RIPS con el fin de sistematizar el uso de estos datos, identificar necesidades de mejoramiento y proveer retroalimentación a los municipios y prestadores.

Finalmente se recomienda identificar experiencias exitosas en manejo de RIPS por parte de otras entidades tanto públicas como privadas que puedan compartir con la SSC su

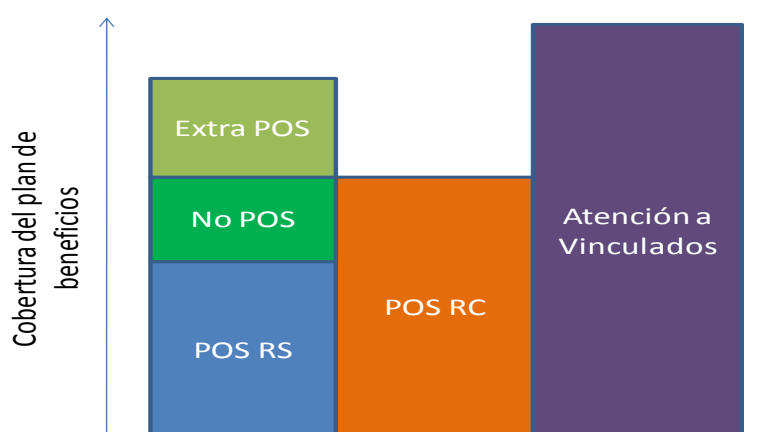


conocimiento y estrategias para superar las dificultades para el registro y uso de esta información.

## 2.4 Análisis gasto No POS extra POS y atención a vinculados

La Sentencia T-760 de la Corte Constitucional señaló que los recobros por servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios del Régimen Subsidiado (RS) deben ser dirigidos a los departamentos. En Cundinamarca, el crecimiento desbordado de estos gastos en los últimos años ha puesto en aprietos las finanzas del departamento. Sin embargo, el aumento del gasto en salud tiene otro detonante, el gasto extra POS. Como gasto extra POS, se conoce al gasto por medicamentos, procedimientos y servicios prestados a la población afiliada al RS que no se encuentran incluidos en el plan de beneficios del RC y que también debe ser asumido por la Secretaría de Salud del departamento. En la ilustración 1 se presenta un esquema con la cobertura de los planes de beneficios. En esta se muestra el incentivo que existe en la población para permanecer como vinculada o no asegurada al sistema pues la cobertura de servicios que recibe es prácticamente ilimitada.

Ilustración 1. Esquema cobertura planes obligatorios de salud



Fuente: Elaboración de los autores.

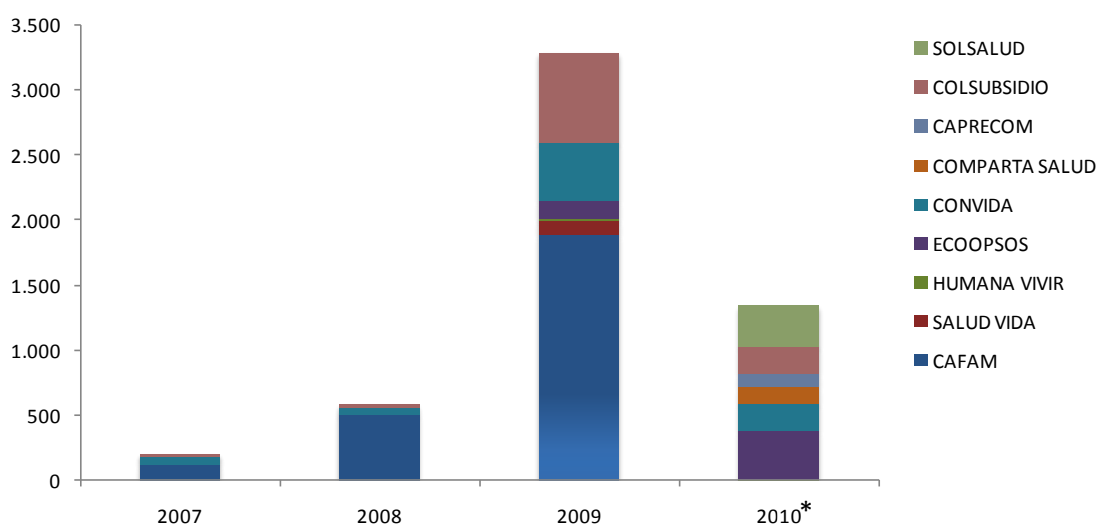
A diferencia del gasto No Pos, la dinámica del extra POS ha sido poco estudiada y la contabilidad sobre los recursos destinados a este rubro por el departamento es incipiente. Adicionalmente, las Sentencias de la Corte Constitucional, especialmente la Sentencia T-760, incentivó la demanda de este tipo de servicios entre las personas afiliadas al RS sin que sea posible controlar el crecimiento de este gasto. A través de esta sentencia, se decretó ampliar las funciones de los comités técnico científicos de las EPS, de modo que las decisiones de proveer servicios y medicamentos a los afiliados al RS por fuera del POSS queda en sus manos principalmente. Con esta medida, la Corte Constitucional esperaba disminuir la demanda de servicios de salud vía acción de tutela. El resultado, el crecimiento sostenido del gasto extra POS, pues mientras los medicamentos y procedimientos aprobados por el CTC y prestados por las EPS pueden ser recobrados 100% a la Secretaría de Salud, los que se den por acción de

tutela solo pueden hacerse en un 50%. Esto dio vía libre a la prestación de este tipo de servicios a la población afiliada al RS.

#### 2.4.1 Dinámica gasto extra POS en Cundinamarca

En 2007, el valor total de recobros por concepto de gastos extra POS al departamento fueron \$201 millones aproximadamente, en el 2008 estos se elevaron a \$587 millones y en el 2009 la cifra alcanzada fue de \$3.285 millones aproximadamente. Desde el 2007, gasto extra POS se ha incrementado en más de 16 veces y en lo que lleva corrido del 2010 la cuenta de recobros está en \$1340 millones. En el gráfico 34 se presenta la evolución de este gasto, detallando el aporte de cada EPS's al mismo. En esta se destaca CAFAM, Convida, Ecoopsos y Colsubsidio, que son las EPS's que más afiliados presentan en el departamento.

**Gráfico 34. Recobros EPSS a la Secretaría de Salud del Departamento 2007-2010**  
(millones de pesos corrientes)



\*Dato a mayo de 2010.

Fuente: Secretaría de Salud del departamento.

Como una medida para hacer seguimiento a este gasto, la dirección de aseguramiento realiza constantemente auditorías a la facturación presentada por las IPS; por concepto de servicios de salud prestados a la población afiliada al RS producto de tutelas o aprobación de los comités técnico científicos. En estas auditorías se detalla el valor facturado, el glosado y el que se reconoce o certifica para pagar. Las glosas se presentan cuando existen inconsistencias en la información presentada por la IPS, especialmente en lo relacionado con el estado de afiliación de las personas atendidas; lo cuales pueden presentar multiafiliación, es decir al RC y RS simultáneamente, entre otros problemas.

En el cuadro 57 se presenta un resumen con el porcentaje de glosa generado en las auditorías hechas a la facturación presentada por cada EPS. En este se destaca la IPS Salud Vida, que presenta en el 2009 y 2010 un porcentaje de glosa superior al 8% del valor recobrado.

**Cuadro 57. Porcentaje de glosa por IPS producto de auditorías**

<b>EPS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
CAFAM	0.0%	0.2%
COLSUBSIDIO	1.9%	5.4%
CONVIDA	7.9%	0.0%
ECOOPSOS	0.0%	5.9%
HUMANA VIVIR	-	0.0%
SALUD VIDA	9.7%	8.7%
SOLSALUD	0.5%	8.5%

Fuente: Cálculos de los autores con base en datos de la Secretaría de Salud del departamento.

#### **2.4.2 Caracterización del gasto en Atención a la población Vinculada en el departamento**

Si bien la población vinculada existe desde el mismo momento en que entra en vigencia la Ley 100 de 1993, no existe hoy un estimativo exacto de la cantidad de población que aún se encuentra sin afiliar al sistema. Asimismo, se desconoce el monto total de recursos destinado a atender sus necesidades, pues como se presentó en la ilustración 1, su plan de beneficios es ilimitado. En Cundinamarca, se estima que existe una población vinculada cercana a las 258 mil personas las cuales no han podido ser ubicadas todavía. Asimismo, su estimación se hace a partir de la diferencia entre la población total del departamento entregada por el DANE, la afiliada a los niveles Sisben I-II-III que posee el departamento y los afiliados al RC que posee el MPS. Esta multiplicidad en las fuentes de información hace imposible determinar con exactitud cuántas personas faltan por incluirse al RS en Cundinamarca. Pese a esta debilidad en la información, la Secretaría de Salud realiza contratos anuales con los hospitales pertenecientes a la Red adscrita, para la prestación de servicios como hospitalización no quirúrgica, atención en el servicio de urgencia, hospitalización quirúrgica, procedimiento de apoyo diagnóstico, procedimientos de apoyo terapéutico, consulta médica general, consulta de odontología y consulta médica especializada.

En el cuadro 58 se presenta para el conjunto de hospitales en los tres niveles de complejidad, los servicios prestados a la población vinculada, junto con su participación en el gasto total para el año 2009. En primer lugar se encuentra la hospitalización no quirúrgica con una participación del 35.2%, le sigue la atención en el servicio de urgencias con el 20.7%, hospitalización quirúrgica con el 13.6%, y procedimientos de apoyo terapéutico 7.2%. La facturación por concepto de estos cuatro servicios consolida aproximadamente, el 80% del gasto total en atención a la población vinculada. Los datos utilizados corresponden a la facturación detallada por hospital en el año 2009, proporcionados por la Secretaría de Salud del departamento - Dirección de Aseguramiento. En este archivo, se muestra para todos y cada uno de los hospitales públicos en los tres niveles de complejidad, el número total de facturas y costo por servicio. Un ejercicio interesante habría sido descontar los gastos administrativos de cada hospital para comparar de forma más exacta el margen de utilidad obtenido en cada factura, sin embargo, en las fuentes de información financiera como el SIHO no se discrimina este gasto en las ejecuciones presentadas.

En los cuadros siguientes, se analiza en detalle el costo de la factura promedio para los hospitales en cada uno de los tres niveles de complejidad del departamento, en los cuatro primeros servicios que mayor peso tienen dentro del gasto en atención a la población vinculada. En esto se destaca la hospitalización quirúrgica y no quirúrgica, atención en el servicio de urgencias y procedimientos de apoyo diagnóstico, que en conjunto consolidan el 80% del gasto en Vinculados. Es notable la baja participación que tienen las consultas de medicina general y especializada, así como las de odontología, lo que implica que la población no afiliada está requiriendo los servicios de salud, principalmente cuanto tienen un agravamiento de su situación y requiere por tanto hospitalización, cirugía y atención por urgencias.

**Cuadro 58. Servicios atención población Vinculada 2009**

Descripción	Número promedio de facturas en un año	Valor de factura promedio (\$)	Aporte al gasto total	Acumulada
Hospitalización No Quirúrgica	288	808,993.77	35.2%	35.2%
Atención en el servicio de urgencias	1,554	88,380.98	20.7%	55.9%
Hospitalización Quirúrgica	111	814,372.17	13.6%	69.6%
Procedimientos Apoyo Diagnóstico	1,547	44,395.71	10.4%	79.9%
Procedimientos Apoyo Terapéutico	726	65,519.25	7.2%	87.1%
Consulta Medica General	2,177	17,141.23	5.6%	92.8%
Consulta de Odontología	1,176	24,490.10	4.3%	97.1%
Consulta Medica Especializada	970	19,761.55	2.9%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

## I. Hospitalización no quirúrgica 2009

### Hospitales Nivel I

En el cuadro 59, se presenta para los hospitales de Nivel I el costo promedio de la factura por hospitalización no quirúrgica. En esta, los hospitales se encuentran organizados de mayor a menor costo de factura y se detalla el valor promedio y promedio +/- una desviación estándar ( $\sigma$ ); que es el nivel normal de dispersión de los datos con respecto a la media. En este caso, el valor promedio de la factura es de \$679.764. Por encima del rango promedio más una desviación se encuentran los hospitales de Sopó, Fómeque y Chocontá, IPSs que presentan un valor de factura superior a los \$900,000. Por debajo del rango promedio menos una desviación se encuentran los hospitales de Vergara, La Vega, La Palma y Carmen de Carupa quienes tienen una facturación por debajo de los \$450.000.

**Cuadro 59. Factura promedio hospitalización no quirúrgica hospitales nivel I**

Hospital	Factura promedio Hospitalización no quirúrgica (\$)
Sopó	1.267.759
Fómeque	972.866
Chocontá	914.407
<b>Promedio +σ</b>	<b>886.247</b>
Tenjo	873.378
Villeta	868.062
Guatavita	839.128
Viotá	826.165
Tocaima	797.543
Arbeláez	787.124
Tabio	739.977
Madrid	699.863
<b>Promedio</b>	<b>679.764</b>
Sasaima	655.742
Nemocón	637.781
Soacha	633.334
Chia	620.041
Sanjuanrioseco	607.178
Guaduas	590.174
Puertosalgar	570.515
Anolaima	559.001
Sesquilé	556.484
Medina	543.578
El Colegio	518.865
<b>Promedio -σ</b>	<b>473.282</b>
Vergara	445.473
La Vega	431.701
La Palma	365.408
Carmencarupa	352.327

Fuente: Cálculo de los autores con base en información de la SSC.

Para el conjunto de hospitales de nivel II el valor promedio de la factura por hospitalización no quirúrgica aumenta a \$859.667. Por encima de este valor más una desviación estándar se encuentran los hospitales de Fusagasugá y Pacho. El primero presenta una factura promedio de \$1.401.605 y \$1.183.455 respectivamente. En el rango inferior se encuentra el hospital de Guachetá con \$368.294, aproximadamente 3.9 veces por debajo de la factura promedio del hospital de Fusagasugá.

**Cuadro 60. Factura promedio hospitalización no quirúrgica hospitales nivel II**

Hospital	Factura promedio Hospitalización no quirúrgica (\$)
Fusagasugá	1.401.605
Pacho	1.183.455
<b>Promedio +σ</b>	<b>1.163.347</b>
Ubaté	912.048
Cáqueza	911.140
<b>Promedio</b>	<b>859.667</b>
La Mesa	850.516
Facatativá	815.355
Gacheta	655.790
Zipaquirá	638.797
<b>Promedio -σ</b>	<b>555.986</b>
Guachetá	368.294

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

Finalmente, para los hospitales de nivel III la factura promedio por hospitalización no quirúrgica es de \$2.260.949. Sin embargo, la diferencia entre el hospital de Girardot, entregado en el 2008 en Concesión a Caprecon, es seis veces menor a la estimada en el hospital de La Samaritana (ver cuadro 61).

**Cuadro 61. Factura promedio hospitalización no quirúrgica hospitales nivel III**

Hospital	Factura promedio Hospitalización no quirúrgica (\$)
Girardot	586.765
Samaritana	3.935.133
<b>Promedio</b>	<b>2.260.949</b>

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

#### **A. Hospitalización quirúrgica**

En el cuadro 62, se presenta para los hospitales de Nivel I el costo promedio de la factura por hospitalización quirúrgica. En este caso, el valor promedio de la factura es de \$894.120. Por encima del rango promedio más una desviación se encuentran los hospitales de Tocaima y Villeta, IPSs que presentan un valor de factura superior a \$1.500.000. Por debajo del rango promedio menos una desviación se encuentra el hospital de Sasaima que tiene tienen una facturación por debajo de los \$450.000.

**Cuadro 62. Factura promedio hospitalización quirúrgica hospitales nivel I**

Hospital	Factura promedio Hospitalización quirúrgica (\$)
Tocaima	2.479.412
Villeta	1.528.436
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>1.454.115</b>
Fomeque	1.149.152
Madrid	943.856
Soacha	926.013
Guaduas	897.256
<b>Promedio</b>	<b>894.120</b>
Guatavita	827.201
Chocontá	697.126
Arbelaez	682.432
Chía	623.131
Anolaima	606.385
Viotá	530.252
Tenjo	458.002
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>334.125</b>
Sasaima	169.029

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

En cuanto a los hospitales de nivel II, la factura promedio por concepto de hospitalización quirúrgica es de \$984.163 y por encima de este más una desviación se encuentra el hospital de Fusagasugá con una factura promedio de \$1.446.267. Por debajo se encuentra el hospital de Guachetá con una factura promedio de \$17.000. Esta amplia diferencia muestra las diferencias en el nivel de complejidad de procedimientos que atienden los hospitales de nivel II en el departamento (ver cuadro 63).

**Cuadro 63. Factura promedio hospitalización quirúrgica hospitales nivel II**

Hospital	Factura promedio Hospitalización quirúrgica (\$)
Fusagasugá	1.446.267
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>1.408.685</b>
Facatativá	1.300.934
Gachetá	1.279.287
Pacho	1.165.843
Ubaté	1.015.135
<b>Promedio</b>	<b>984.163</b>
Zipaquirá	979.891
La Mesa	930.744
Cáqueza	722.353
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>559.641</b>
Guachetá	17.010

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

Finalmente, en el cuadro 64 se presenta el costo promedio de la factura por hospitalización quirúrgica para los hospitales de nivel III. En esta se observa que La Samaritana triplica el valor de la factura promedio por el hospital de Girardot durante el año 2009.

**Cuadro 64. Factura promedio hospitalización quirúrgica hospitales nivel III**

Hospital	Factura promedio Hospitalización quirúrgica (\$)
Girardot	2.437.050
Samaritana	6.319.574
<b>Promedio</b>	<b>4.378.312</b>

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

## **B. Atención en el servicio de urgencias**

En cuanto a la atención en el servicio de urgencias, el costo promedio de factura oscila entre los \$61.000 y los \$180.000. El valor promedio del costo por atención de urgencias fue en el 2009 de \$90.872 en los hospitales de nivel I (ver cuadro 65). Se destaca el hospital de Soacha que presenta un bajo costo promedio de factura de atención en urgencias de \$61.179, valor que se encuentra por debajo del promedio del grupo menos una desviación estándar. Las facturas más costosas se presentan en los hospitales de Arbeláez, Medina y Chocontá, con valores que superan los \$128.000. Estas diferencias pueden ser explicadas por las facilidades o dificultades que pueden presentarse prestarse en cada zona geográfica para prestar estos servicios y desplazar personal, equipos y ambulancias.

**Cuadro 65. Factura promedio atención en el servicio de urgencias hospitales nivel III**

Hospital	Factura promedio Servicio de Urgencias (\$)
Arbeláez	175.697
Medina	168.617
Chocontá	128.522
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>120.354</b>
Tenjo	105.922
Fómeque	105.856
Guaduas	100.842
Puertosalgar	96.399
Sopó	96.276
Elcolegio	95.661
Villeta	93.891
Madrid	92.774
<b>Promedio</b>	<b>90.872</b>
Sasaima	85.143
Anolaima	81.409
Vergara	80.697
La Palma	77.750
Sesquilé	75.162
Tabio	73.696
Chía	72.618
Viotá	71.054
Sanjuanrioseco	70.457
La Vega	69.050
Tocaima	67.076
Nemocón	63.445
Guatavita	62.611
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>61.390</b>
Soacha	61.177

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

Para los hospitales del nivel II de complejidad, la factura promedio \$90.712 pesos. Por encima de este valor más una desviación se encuentran los hospitales de Ubaté, Cáqueza y la Mesa, con una factura promedio superior a los \$113.000. Y por debajo del valor promedio del grupo menos una desviación, se encuentran los hospitales de Facatativá y Zipaquirá con facturas por debajo de los \$65.000 (ver cuadro 66).

**Cuadro 66. Factura promedio atención en el servicio de urgencias hospitales nivel II**

Hospital	Factura promedio Servicio de Urgencias (\$)
Ubaté	120.792
Cáqueza	114.651
La Mesa	113.461
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>112.213</b>
<b>Promedio</b>	<b>90.712</b>
Guachetá	89.933
Fusagasugá	87.991
Pacho	86.043
Gachetá	76.164
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>69.210</b>
Facatativá	64.301
Zipaquirá	63.069

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.



Finalmente, en el cuadro 67 se observan diferencias entre la factura promedio por prestación de servicio de urgencias entre los hospitales de Girardot y La Samaritana. Mientras que el valor promedio del primer hospital es de \$61.350, el del segundo es de \$120.540.

**Cuadro 67. Factura promedio atención en el servicio de urgencias hospitales nivel III**

Hospital	Factura promedio Servicio de Urgencias (\$)
Girardot	61.350
Samaritana	120.540
<b>Promedio</b>	<b>61.350</b>

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

### C. Procedimientos de apoyo diagnóstico

Los procedimientos de apoyo diagnóstico se constituyeron en el 2009 como la cuarta fuente en aporte al gasto, en los contratos firmados con la red adscrita de hospitales para atender la población vinculada. Para los hospitales de nivel I, la factura promedio fue de \$37.525. Por encima de este valor más una desviación estándar, se encontraron los hospitales de Villeta y Viotá con \$50.623 y \$47.940 respectivamente. Por el contrario, las facturas más baratas por procedimientos de apoyo diagnóstico fueron las de los hospitales de Sesquilé, San Juan de Rioseco y Vergara (ver cuadro 68).

**Cuadro 68. Factura promedio por procedimientos de apoyo diagnóstico hospitales nivel I**

Hospital	Factura promedio Procedimientos apoyo diagnóstico (\$)
Villeta	50.623
Viotá	47.940
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>45.614</b>
Chocontá	45.542
Nemocón	45.432
Chía	45.430
Fómeque	44.262
Madrid	42.736
Arbeláez	41.791
Sopó	41.440
Tabio	40.995
Guaduas	40.690
Lavega	40.672
Soacha	40.455
<b>Promedio</b>	<b>37.525</b>
Anolaima	37.344
Sasaima	36.800
Tocaima	35.916
Guatavita	35.386
Puertosalgar	34.412
Tenjo	31.923
Medina	30.795
El Colegio	30.557
La Palma	30.138
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>29.436</b>
Sesquilé	27.569
Sanjuanrioseco	22.633
Vergara	16.639

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

Para los hospitales de nivel II, la factura promedio por procedimientos de apoyo diagnóstico fue de \$58.003. Por encima de este valor más una desviación estándar se ubicó el hospital de Zipaquirá con un costo promedio de \$93.422. Por otro lado, las facturas más baratas en este nivel fue la del hospital de Guachetá (ver cuadro 69).

**Cuadro 69. Factura promedio por procedimientos de apoyo diagnóstico hospitales nivel II**

Hospital	Factura promedio Procedimientos apoyo diagnóstico (\$)
Zipaquirá	93.422
<b>Promedio +<math>\sigma</math></b>	<b>74.601</b>
Facatativá	68.243
Fusagasugá	64.590
Gachetá	59.710
<b>Promedio</b>	<b>58.003</b>
Ubaté	57.149
Pacho	49.238
Cáqueza	47.633
La Mesa	45.285
<b>Promedio -<math>\sigma</math></b>	<b>41.405</b>
Guachetá	36.756

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

Finalmente, en el cuadro 70 se presenta el costo promedio de factura para los hospitales de nivel III, por procedimientos de apoyo diagnóstico, en el que se observan de nuevo las diferencias en la facturación entre el hospital de La Samaritana y Girardot. El costo promedio de factura para el nivel III fue de \$91.248, superior en \$33.000 a la del nivel II y en \$54.000 a la reportada por los hospitales de nivel I.

**Cuadro 70. Factura promedio por procedimientos de apoyo diagnóstico hospitales nivel III**

Hospital	Factura promedio Procedimientos apoyo diagnóstico (\$)
Girardot	52.403
Samaritana	130.093
<b>Promedio</b>	<b>91.248</b>

Fuente: Cálculo de los autores - Información SSC.

### 2.4.3 Conclusiones

Primero, del análisis de los recobros por servicios de salud extra POS se observa que existe una tendencia al alza en los últimos años. Las EPS's del departamento, pasaron de recobrar a la Secretaría de Salud, \$201 millones en el 2001 a \$1340 en el 2009. Esta tendencia ha sido favorecida por las Sentencias de la Corte Constitucional, especialmente la T-760 que da vía libre para que las EPS presten estos servicios, una vez son aprobados por sus CTC, sean

recobrados hasta por el 100% de su valor a la Secretaría de Salud; transfiriendo el riesgo del aseguramiento al departamento. Por otro lado, el valor de glosa encontrado en las auditorías es alto y en algunos casos como Salud Vida, esta lleva a estar por encima del 10% del valor recobrado. Este fenómeno indica problemas serios en la información de la población afiliada al SGSSS en el departamento.

Segundo, es evidente la problemática que existe en el departamento en torno a la cuantificación de la población vinculada, hecho que hace más difícil su ubicación y afiliación al RS. Adicionalmente, el sistema actual brinda incentivos para que estas personas prefieran no ser incorporadas al sistema de salud, especialmente aquellas que sufren de patologías graves y costosas, pues los vinculados tienen garantizado servicios ilimitados.

Tercero, del análisis de la facturación presentada por los hospitales públicos del departamento a la Secretaría de salud muestran que los servicios prestados a la población vinculada, que más aporte tienen al gasto total son precisamente aquellos que están asociados a un fuerte deterioro del estado de salud de las personas. Los cuatro tipo de servicios que más aportaron al gasto en el 2009 fueron en su orden la hospitalización no quirúrgica, atención en el servicio de urgencia, hospitalización quirúrgica y los procedimientos de apoyo diagnóstico, que en conjunto consolidaron el 80% del gasto total en Vinculados. Es notable la baja participación que tienen los servicios de consultas de medicina general y especializada, así como las de odontología. Este hecho revela que la población no afiliada hace poco uso de los servicios de prevención y acude a los servicios de salud principalmente cuando tienen un agravamiento de su situación y requiere por tanto hospitalización, cirugía y atención por urgencias. Asimismo, los valores facturados por este tipo de servicios difieren notablemente entre hospitales y entre niveles. La información analizada muestra que a mayor nivel de complejidad, mayor el costo de los servicios prestados a la población vinculada.

### 3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS HOSPITALES DE CUNDINAMARCA 2002 -2009

#### 3.1 Contexto

Hace 17 años, Colombia emprendió una reforma profunda a su sistema de salud, caracterizado en ese momento por la ineficiencia en el uso de los recursos públicos. Así, se buscó que uno de los principios que rigiera el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fuera la eficiencia, entendida como la mejor utilización social y económica de los recursos del sector. La reforma separó las funciones del sector en aseguramiento, prestación de servicios y salud pública, entre muchas medidas más. Esta transformación en el sector, a través de la Ley 100 de 1993, tuvo profundos efectos en las finanzas de los hospitales públicos. Ahora estos son Instituciones Prestadoras de Servicios y juegan un nuevo rol al interior del SGSSS.

Mientras que bajo el antiguo modelo de salud los hospitales recibían recursos directos del presupuesto público, con el nuevo modelo se buscaba que las IPSs se autofinanciaran con la venta de servicios y además fueran sostenibles en sus finanzas en el largo plazo. Esto significa que dichas entidades ya debían recibir recursos de oferta, subsidios y aportes directos del presupuesto de la Nación o del departamento, y que por el contrario deben financiar su operación mediante la venta de servicios como la firma de contratos con EPSs o Secretarías de Salud departamental, y/o venta de servicios en un marco de competencia con las demás IPSs. De acuerdo con el documento Conpes 3204 de 2002: "La operación de los hospitales públicos en el mercado, será tal que éstos financien sus gastos a través de los ingresos generados por la venta de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Obligadas a compensar, entidades territoriales y demás pagadores del sistema. En el caso de las **entidades territoriales**, éstas deberán soportar su gasto en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y será consistente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados."

Por supuesto esta transición ha sido mucho más compleja y difícil pues este cambio representó una modificación completa de la gestión hospitalaria. Para unos hospitales esta fue una muy buena posibilidad de modernizarse y mejorar sus servicios mientras que para otros, enfrentarse con el mercado de la salud fue un imposible a realizar. Muchos hospitales, tenían unas cargas laborales y pensionales que les imposibilitaba tener un nivel de costos competitivos en la prestación de los servicios. Otros, por el contrario, habían negociado con sus sindicatos y empleados beneficios extralegales que ya no podían asumir en un escenario de mercado. Tanto desde el gobierno nacional como de las mismas secretarías de salud departamental se pusieron en marcha programas de todo tipo para mejorar la gestión de los hospitales. Cundinamarca se sumó a este tipo de iniciativas. Algunos hospitales se liquidaron, otros se fusionaron o entregaron en concesión y la mayoría fue objeto de reforma en su gestión<sup>19</sup>. Los resultados de este proceso de mejora han sido notables en los últimos años; sin embargo aún falta mucho camino por recorrer y aún se está lejos de tener una red hospitalaria estable en

---

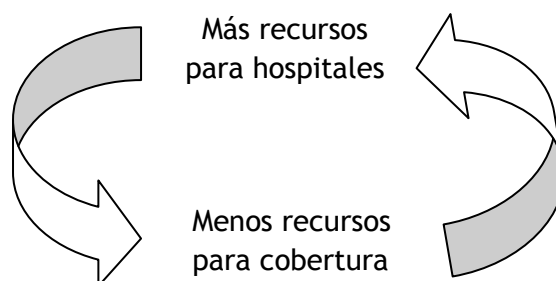
<sup>19</sup> El gobierno nacional inició en 2003 un proceso de reestructuración de hospitales con el objetivo de volverlos más eficientes. Se han invertido alrededor de \$800 mil millones de pesos en este programa.

sus finanzas. Esta situación es más patente en los hospitales de primer nivel que dependen en gran medida de los contratos con las secretarías de salud departamentales.

La dificultad para terminar con el proceso de transición de los hospitales a un escenario hace que sea difícil cumplir con los objetivos de la ley 100. Un principio fundamental de esta ley es que los recursos destinados a financiar los hospitales públicos conocidos como recursos de oferta, disminuyeran a medida que aumentara el aseguramiento, esto ha ocurrido parcialmente. Por el contrario, vemos como los recursos destinados a atender la población vinculada crecieron a pesar de que el tamaño de esta población disminuyó significativamente entre 2002 y 2008 por el consecuente aumento del aseguramiento. Para atender a los vinculados se adelantan contratos con los hospitales y esta fuente de recursos continua siendo muy importante las IPSs.

Así mismo, con la ley 715 de 2001 esta situación se agravó pues la responsabilidad de administración de los hospitales se cedió a los departamentos. Así las cosas, reducir el presupuesto para estas instituciones prestadoras de servicio podría debilitar la situación fiscal de estos entes territoriales. De acuerdo con Santa María et. al. (2009) está dinámica llevo a puesta en marcha de círculo vicioso: a medida que se le asigna más dinero a los hospitales, hay menos plata para ampliar y sostener coberturas de aseguramiento. Con menos recursos para ampliar cobertura es necesario enviar más para financiar los hospitales públicos. Esto lleva no solo a que llegar a la universalización de cobertura en Colombia se alargue en el tiempo, sino también al desperdicio de recursos (duplicación de gasto en usos similares), ver ilustración 2.

**Ilustración 2: Círculo vicioso entre la cobertura universal y los recursos destinados a los hospitales**



Fuente: Santa María et. Al (2009).

En Cundinamarca, la transformación de recursos públicos para financiar la oferta a la demanda ha seguido un proceso mucho más lento y complicado que lo que se esperaba. Además de la existencia de problemas estructurales en el sistema, como que aún no se llega a la universalización en la salud y por ende gran parte de la población pobre no afiliada debe ser atendida con un sistema de oferta de servicios en salud; para un departamento cualquiera el aumento de la cobertura del régimen subsidiado significa en el largo plazo un aumento del gasto en servicios no cubierto por el plan de beneficios; conocido como gasto No POS. En los últimos 4 años, estos crecieron de forma sostenida y se espera que continúen con esta tendencia en el corto plazo. En el 2007, \$1,4 billones fueron destinados por el Estado a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social

aproximadamente el 40% de los ingresos de las IPS públicas entre el 2002 y 2007 provino de servicios prestados a la población no afiliada a planes de salud.

Estas transformaciones institucionales han generado traumatismos y obligado a los hospitales a adaptarse para funcionar en el mercado, mercadear, contratar, facturar y controlar los costos. Todo esto implica cambios gerenciales, administrativos y financieros, para asumir funciones que no existían antes de la reforma (MPS-PARS 2008, pag. 114)<sup>20</sup>. Cundinamarca no es ajeno a esta situación y actualmente se encuentra en un proceso de reestructuración de su red hospitalaria, compuesta por 37 IPS públicas, de las cuales 36 son operados por el departamento. Algunos hechos estilizados que ilustran la situación de la salud del departamento a tener en cuenta por los hospitales son:

1. Aún queda pendiente por afiliar al sistema de salud en Cundinamarca cerca del 16% del total de la población, 350 mil personas aproximadamente.
2. En el año 2008 los recursos destinados a la atención a la población pobre no afiliada al RS (vinculados) fue cercano a los \$53 mil millones, mientras que el destinado a financiar los gastos No POS del RS fue de \$70 mil millones de pesos. Este total de \$123 mil millones representa más del 70% del total del gasto en salud del departamento. Este no POS del RS, a cargo del departamento, representó el 45% del 50% del gasto total en salud.
3. De los 36 hospitales un alto número recibieron recursos directos del departamento para financiar sus gastos de operación, adicionales a los contratados para atención a la población vinculada y prestación de servicios No POS del RS. Esto queda registrado en el SIHO.

La situación financiera de los hospitales es importante en la medida que alrededor de alrededor su balance financiero se puede saber si efectivamente el modelo de financiamiento con la venta de servicios funciona o no. O, si por el contrario, finalmente se mantiene un modelo de financiamiento de oferta que se hace a través de los mecanismos de contratación indirecta a través de las EPSs o directa de las secretarías de salud departamentales. La ley 100 mostraría buenos resultados en materia hospitalaria si se encuentran dos procesos desarrollados en forma paralela; de una parte, que el hospital mejoró su nivel de ingresos y controló los gastos de tal forma que tiene un balance positivo, pues genera ahorro corriente y gran parte de los recursos adicionales se destinan a mejorar su infraestructura y a brindar más y mejores servicios. De otra, que el hospital tiene una mayor autonomía financiera y depende cada vez menos de los recursos provenientes de los contratos con las EPss del subsidiado y con la secretarías departamentales para atender vinculados. Por supuesto, se esperan que resultados por hospital de acuerdo el nivel de cada uno de ellos; así los hospitales de nivel III deberían ser mas autónomos que los de nivel 1 y 2.

Se parte de la hipótesis que los hospitales que presenten mejores indicadores y una menor dependencia a los recursos públicos, son los que se encuentran mejor preparados para competir de acuerdo con lo propuesto por la Ley 100. Este análisis de estas instituciones prestadoras de servicios de salud en el departamento permitirá responder preguntas claves tanto sobre los hospitales como la reforma del sector.

---

<sup>20</sup> Parte de estos se dedicaron al pago de aportes patronales de empleados del sector salud (Documento Conpes 111 de 2007)

Estas preguntas son:

- i) ¿Qué tan alta es la dependencia de las IPS's públicas del departamento de los recursos de oferta?
- ii) ¿Qué peso tienen los ingresos por atención a vinculada dentro del total recibido por los hospitales del departamento?
- iii) ¿En los últimos años, fue notorio el aumento de los gastos No POS en el departamento, reflejan los hospitales estas cifras?
- iv) ¿Tendrán las anteriores preguntas diferente o igual respuesta cuando se lleva a cabo el análisis por tamaño de hospital?
- v) ¿De ser positiva la respuesta a la pregunta anterior: ¿Existen grandes diferencias entre estos?

Por último, para conocer más de cerca la realidad financiera y operativa de los hospitales del departamento, se adelantó un trabajo de campo en los hospitales de Tocaima (Nivel I), Facatativa (Nivel II) y La Samaritana (Nivel III) durante el mes de junio del presente año. Si bien, se disponía de buena información obtenida del SIHO y de los funcionarios de la Dirección de Aseguramiento del departamento sobre la gestión de estos hospitales, se consideró pertinente adelantar estas visitas con el fin de conocer en detalle algunos de los problemas de la gestión hospitalaria en una coyuntura de crisis en las finanzas de la salud como sucede actualmente.

### 3.2 Análisis información SIHO

El sistema de información hospitalaria –SIHO–, creado por el decreto 2193 de 2004 del ministerio de la Protección Social, consolida la información financiera de los hospitales de Colombia. Este sistema de información creado en el año 2004 por el MPS, busca hacer un seguimiento de la evolución de los ingresos, gastos y de la productividad de las IPSs en Colombia. Dada la necesidad de reestructurar y mejorar la gestión una gran parte de estas ESES, se considero necesario hacer un seguimiento trimestral de la situación financiera de los hospitales colombianos. Se esperaba que, con los resultados del análisis de esta información, las autoridades nacionales estuvieran en la capacidad de tomar decisiones de política.

El sistema recopila información desde el año 2002 y como sistema de información es totalmente vigente pues los hospitales en su gran mayoría alimentan el sistema. De nuestro interés, esta información de los hospitales de Cundinamarca es valiosa pues nos permite responder a varias de las inquietudes de la presente consultoría sobre las fuentes de financiamiento de los hospitales y su evolución. Asimismo, de los gastos que en que incurrir los hospitales; por ejemplo, esta información permite identificar la evolución de los ingresos por la prestación de servicios no POSs y atención a vinculados y confirmar que aún es la principal fuente de ingresos de los hospitales de segundo y tercer nivel.

Es importante resaltar que esta es la primera investigación que utiliza el SIHO para analiza la información financiera de los hospitales en el departamento. Se han desarrollado diferentes investigaciones que analizan principalmente la eficiencia del gasto de los hospitales públicos, sin embargo la mayoría de estos trabajos son nacionales y no han trabajado a Cundinamarca. Maldonado y Tamayo (2007), utilizan la base del SIHO y la metodología de análisis envolvente de datos (DEA, por su sigla en inglés), para comparar la eficiencia de los hospitales públicos en Colombia. Su estudio pretende establecer si las IPS han mejorado su eficiencia tras los cambios introducidos al sistema de salud. Otros trabajos que estudian la eficiencia de los hospitales públicos son los de Sarmiento et al. (2006), quienes usando los datos del SIHO, calculan la eficiencia de los hospitales públicos mediante el uso de fronteras de producción estocásticas. Dividen su análisis de acuerdo a la complejidad de los hospitales, y encuentran que en los hospitales de tercer nivel hay una combinación inadecuada de recursos, lo cual genera ineficiencia técnica, mientras que los hospitales de primer y segundo nivel son eficientes técnicamente. Otros trabajos son los de Peñaloza (2004), Pinzón (2003) y Nupia y Sánchez (2001). Este último utiliza esta misma base de datos para analizar la eficiencia de 31 hospitales públicos de Bogotá, encontrando que la mitad de estos presentan ineficiencias técnicas y casi todos eficiencias en la asignación de recursos. Posteriormente, mediante el análisis de componentes principales determinan que la estructura sindical, de contratación y de subsidios puede estar ligada a la eficiencia observada en estas instituciones.

A continuación se explica la metodología utilizada para procesar la información y seguidamente se presentan los principales resultados.



### Nota metodológica

Para la realización del análisis financiero se consolidaron las ejecuciones presupuestales (ingresos y gastos) de cada uno de los hospitales públicos del departamento para el periodo 2002-2009 a partir de la información consultada en la plataforma del SIHO. Esta información se descargó para cada año y de forma independiente por ingresos y gastos. La recopilación y procesamiento de la información fue dispendiosa puesto que para su manipulación se tuvo que homogenizar los cuadros de salida de cada hospital, en cada año. Los cuadros de la salida que se exportaron a Excel no eran iguales, es decir, no siempre aparecían las mismas cuentas o rubros para todos los hospitales; por lo tanto, fue necesario revisar y ajustar uno a uno los rubros de las ejecuciones para que estos pudieran ser comparables (ver recuadro 2). Adicionalmente, una vez organizada la información para cada hospital, se consolidó y resumió las ejecuciones por niveles de complejidad de acuerdo a los intereses de este trabajo. Asimismo, en la ejecución de gastos, se calcularon los gastos corrientes y se suprimieron las partidas de cuentas por pagar, mientras en la ejecución de ingresos se hicieron esfuerzos importantes para resumir la información y dejar solo aquella relevante para responder las preguntas presentadas anteriormente.

#### **Recuadro 2. Sistema de Información Hospitalaria –SIHO–**

La Ley 715 de 2001 exige a la Nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de la gestión financiera y administrativa de las instituciones que participan en el SGSSS. Asimismo, determina que los departamentos deben organizar, dirigir y coordinar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicos en su jurisdicción, así como administrar y reportar la información requerida por el SGSSS. Por otro lado, el artículo 52 de la Ley 812 de 2003 establece a los agentes que participan en el SGSSS, la obligatoriedad de suministrar al MPS la información necesaria y suficiente para garantizar el seguimiento de la gestión pública.

Con las anteriores consideraciones, el MPS promulgó en julio de 2004 el decreto 2193 el cual obliga a las IPS públicas a reportar información financiera y operativa referente a la gestión anual realizada (con retroactividad desde 2002). El objetivo de esta medida, consiste en que las entidades de control del sistema puedan disponer de información contable de forma periódica y sistemática para realizar el seguimiento y la evaluación de la gestión realizada por las IPS públicas. En este mismo decreto se establece que las IPS deben presentar la información solicitada por el MPS a la direcciones municipales y departamental de salud; quienes a su vez están encargadas de consolidar, validar y presentar dicha información a la Dirección General de Calidad de Servicios del MPS y la Dirección de Desarrollo Social del DNP.

La información, es diligenciada por las IPS y validada por las secretarías de salud a través de la plataforma virtual Gestión de la Información de Hospitales Públicos versión 2.0, en la dirección electrónica <http://www.minproteccionsocial.gov.co/SIHO>. La interface de inicio de la aplicación ofrece un área para la identificación y validación del usuario y otra el diligenciamiento y consulta de la información. Los formularios de captura en los cuales se manipulan la información, poseen mecanismos de alertas para indicar la inconsistencia entre datos solicitados y los diligenciados por el usuario. Las entidades encargadas de reportar su información contable y financiera, no pueden subir los datos al sistema y enviarlos a las direcciones municipales y departamentales hasta que no se presenten fallas e inconsistencias contables en la misma. Esta malla validadora, garantiza la calidad y veracidad de la información presentada.

De acuerdo al artículo 4 del mismo decreto, las IPS deben reportar anualmente la siguiente información contable y financiera: ingresos, gastos, facturación, cartera por deudor, pasivos, mecanismos de pago, balance general, estado de resultados, producción, calidad, capacidad instalada, recursos humanos, clasificación de empleos vacantes, servicios indirectos, pasivo prestacional, ejecución presupuestal, contratación externa e Infraestructura. Adicionalmente, se presenta indicadores de Producción de servicios, Capacidad Instalada y Comparativos Anuales.

### **3.3 Sostenibilidad Financiera de los hospitales de Cundinamarca 2002 -2009**

El departamento dispone de información financiera de los hospitales a través del Sistema de Información Hospitalaria –SIHO- a partir del año 2002. Con el estudio de las ejecuciones de ingresos y gastos de los hospitales públicos del departamento, así como del cálculo de indicadores financieros, se tendrá una aproximación al desempeño operativo y financiero de estas instituciones. De este modo, podrán hacerse recomendaciones puntuales para garantizar su sostenibilidad financiera.

#### **3.3.1 Resultados**

A continuación se presentan las ejecuciones de ingresos y gastos para los hospitales pertenecientes a la red adscrita al departamento que reportaron información financiera en el SIHO, durante el periodo 2002-2009. Del conjunto de 36 hospitales con que cuenta actualmente el departamento<sup>21</sup>, se obtuvieron datos de 33 de ellos para los años 2002- 2004 y 2008-2009; y de 34 para el periodo 2005-2007<sup>22</sup>.

#### **I. Análisis de la ejecución de ingresos (2002-2009)**

Los ingresos del conjunto de hospitales del departamento muestran en primer una gran estabilidad en términos reales a lo largo de los ocho años analizados. El cuadro 71 muestra como el total de los ingresos presenta su más alto nivel entre los años 2006 y 2007 y una leve disminución en los dos años siguientes. El nivel de ingreso total promedio de los hospitales durante los últimos 8 años es de \$314.445 millones; sin embargo este ha sufrido importantes cambios en su composición a través de sus fuentes de ingresos. Los principales cambios se encuentran en dos tendencias bien diferenciadas.

Un aumento en la participación de los ingresos provenientes de la contratación con el régimen subsidiado que se incrementan en un 80% a lo largo de los ocho años y pasaron de representar el 16% de los ingresos totales en el 2002, al 28% de estos en el 2009. Este aumento de recursos vía mayor contratación con el RS se hizo a costa de una disminución en los ingresos por atención a la población vinculada y prestación de servicios No POSS, los cuales cayeron del 48% de los ingresos totales al 30% de estos en el mismo periodo. Es importante anotar que aún hoy, cuando el nivel de cobertura en el departamento está por encima del 84%, la principal fuente de recursos de los hospitales de la red adscrita del departamento sigue siendo la atención a los vinculados (ver cuadro 76).

El segundo fenómeno que se observa es un aumento leve en las fuentes de ingresos menos importantes como lo son contratación de servicios con el RC, SOAT y ejecución de Planes de Intervención Colectiva –PIC- (antes PAB). Esta fuentes de recursos, diferentes a régimen subsidiado y atención a vinculados (incluye no POSS), pasaron de representar el 8% del total de

---

<sup>21</sup> A partir del año 2008 el hospital de Girardot de nivel III es operado por Caprecom EPS.

<sup>22</sup> En el anexo 1 se presenta en detalle los hospitales incluidos en el análisis en cada año.

los ingresos en el año 2002 a cerca del 12% en el 2009. Este lento incremento de recursos, diferente a la contratación con el sector público permite afirmar que los hospitales no han mejorado y diversificado sus fuentes de recursos y por tanto no han logrado insertarse exitosamente al mercado competitivo de prestación de servicios, que pretendía promover la Ley 100 de 1993. Aún hoy, más de 15 años posteriores a la implementación del nuevo sistema de salud, los hospitales del departamento siguen siendo dependientes a los recursos provenientes del sector público. Entre la atención a Vinculados y la prestación de servicios Pos y No POS al RS, los hospitales concentran el 36.5% de sus ingresos en el 2009.

Por otro lado, las ejecuciones de ingresos de los hospitales encuentran el ajuste que se adelantó desde los departamentos para controlar el gasto en atención a vinculados por parte de la Secretaría de Salud del gobierno actual. Las cifras nos muestran que entre el 2002 y el 2007, los ingresos por atención a vinculados cayeron 7.4 puntos porcentuales. Sin embargo, entre 2007 y 2009, este pasó del 40% al 30.4% de los ingresos totales. Este ajuste sin embargo, no ha sido posible lograrlo con el gasto en servicios No POSS; dichos recursos se incrementa notablemente desde el año 2007 en adelante. El menor ingreso por servicios no POS se dio en los años 2005 y 2006 cuando apenas representó entre el 1.8% y 3.5% del total de los ingresos totales de los hospitales cundinamarqueses.

A su vez, debe anotarse que si bien durante los últimos 8 años se presentaron cambios importantes en la composición de los ingresos de los hospitales por fuentes de recursos, esta no afectó de igual manera la composición de los ingresos por nivel de complejidad, ver cuadro 76 y gráfico 35. Los hospitales del nivel uno mantienen su participación dentro del total en un 30%, mientras que por el contrario los ingresos de los hospitales del nivel II se incrementan en desde el año 2005 en adelante y especialmente desde el 2008 cuando llegan al 45.4% del total. Esto se puede explicar por qué posiblemente gran parte de los contratos que anteriormente se hacían con el hospital de Girardot se hacen ahora con los hospitales de segundo nivel. Por último, debe anotarse que desde el 2008 no se incluye en los hospitales del nivel III el de Girardot pues fue entregado en concesión a una EPS. En este nivel solo queda La Samaritana. Sin embargo en el 2009 consolidó el 23.5% de los ingresos totales de la red adscrita.

**Cuadro 71. Consolidado Ejecución de Ingresos de la Red Adscrita de Cundinamarca (niveles I, II y III) (\$ millones de 2009)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	306,992	331,563	339,947	281,868	294,204	334,824	300,278	325,886
<b>1. Ingresos corrientes</b>	243,714	276,293	278,268	242,908	251,466	279,306	250,696	270,828
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	231,152	250,324	264,894	224,449	235,569	260,980	245,142	243,418
<b>1.1.1 Régimen Subsidiado</b>	50,147	75,519	64,670	63,769	63,874	75,984	79,684	90,941
<b>1.3 Régimen Contributivo</b>	12,911	10,181	19,561	13,901	22,012	22,182	18,387	21,317
<b>1.4 Atención vinculados</b>	147,196	143,706	156,229	125,123	127,130	132,439	113,820	98,947
<b>1.4.1 Población vinculada</b>	105,587	125,005	128,355	120,686	118,381	115,936	86,890	72,712
<b>1.4.2 Servicios no POS-S para los afiliados RS</b>	41,609	18,701	27,874	4,436	8,748	16,504	26,930	26,234
<b>1.5 SOAT (diferentes a Fosyga)</b>	4,739	3,595	5,937	3,990	5,586	5,665	4,167	6,683
<b>1.6 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)</b>	6,076	6,904	7,497	9,906	6,201	4,430	9,854	10,077
<b>1.7 Otras ventas de servicios de Salud</b>	10,083	10,421	11,000	7,760	10,766	20,280	19,230	15,454
<b>1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios</b>	3,612	5,651	955	141	296	408	-	956
<b>1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios</b>	6,919	17,288	8,187	14,616	12,701	13,780	2,327	23,996
<b>1.4 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios</b>	612	1,201	1,200	4,304	467	761	13	168
<b>1.5 Otros ingresos corrientes</b>	1,419	1,985	2,646	434	2,433	3,378	3,214	2,290
<b>2. Ingresos de capital</b>	516	1,797	1,491	1,040	1,038	1,611	1,492	1,732
<b>3. Otros ingresos</b>	571	371	1,299	1,146	83	1,204	439	1,694
<b>4.Cuentas por cobrar Otras vigencias</b>	62,192	53,024	58,889	36,696	41,617	52,703	47,594	51,633

Fuente: Cálculo de los autores con base al SIHO.

**Cuadro 72. Participación de cada rubro en los ingresos corrientes total red adscrita**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total hospitales red adscrita</b>								
1.1 Venta de servicios de salud	94.8%	90.6%	95.2%	92.4%	93.7%	93.4%	97.8%	89.9%
1.1.1 Régimen Subsidiado	20.6%	27.3%	23.2%	26.3%	25.4%	27.2%	31.8%	33.6%
1.3 Régimen Contributivo	5.3%	3.7%	7.0%	5.7%	8.8%	7.9%	7.3%	7.9%
1.4 Atención vinculados	60.4%	52.0%	56.1%	51.5%	50.6%	47.4%	45.4%	36.5%
1.4.1 Población vinculada	43.3%	45.2%	46.1%	49.7%	47.1%	41.5%	34.7%	26.8%
1.4.2 Servicios no POS-S para los afiliados RS	17.1%	6.8%	10.0%	1.8%	3.5%	5.9%	10.7%	9.7%
1.5 SOAT (diferentes a Fosyga)	1.9%	1.3%	2.1%	1.6%	2.2%	2.0%	1.7%	2.5%
1.6 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	2.5%	2.5%	2.7%	4.1%	2.5%	1.6%	3.9%	3.7%
1.7 Otras ventas de servicios de Salud	4.1%	3.8%	4.0%	3.2%	4.3%	7.3%	7.7%	5.7%
1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	1.5%	2.0%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%
1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios	2.8%	6.3%	2.9%	6.0%	5.1%	4.9%	0.9%	8.9%
1.4 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios	0.3%	0.4%	0.4%	1.8%	0.2%	0.3%	0.0%	0.1%
1.5 Otros ingresos corrientes	0.6%	0.7%	1.0%	0.2%	1.0%	1.2%	1.3%	0.8%

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Cuadro 73. Ejecución de ingresos hospitales nivel I (\$ millones de 2009)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	92,450	111,333	105,473	91,448	87,530	100,187	100,175	101,174
<b>1. Ingresos corrientes</b>	77,436	94,299	85,539	77,434	76,178	84,376	85,098	86,663
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	70,273	84,284	76,142	67,022	72,198	81,885	82,449	81,757
<b>1.1.1 Régimen Subsidiado</b>	19,746	29,821	31,806	25,992	27,560	33,453	37,103	40,228
<b>1.3 Régimen Contributivo</b>	4,671	4,102	3,424	3,981	5,040	6,576	6,002	7,151
<b>1.4 Atención vinculados</b>	39,838	43,457	32,722	30,370	33,355	37,596	29,746	23,886
<b>1.4.1 Población vinculada</b>	38,303	41,797	31,459	29,595	32,381	36,479	29,240	22,703
<b>1.4.2 Servicios no POS-S para los afiliados RS</b>	1,535	1,660	1,263	776	974	1,117	506	1,183
<b>1.5 SOAT (diferentes a Fosyga)</b>	601	603	1,512	2,034	1,217	949	1,470	2,581
<b>1.6 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)</b>	5,417	6,301	6,679	4,645	5,026	3,310	8,121	7,912
<b>1.7 Otras ventas de servicios de Salud</b>	-	-	-	-	-	1	7	-
<b>1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios</b>	2,337	2,242	757	76	207	190	-	244
<b>1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios</b>	3,487	6,400	6,818	7,926	2,828	1,112	2,173	4,286
<b>1.4 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios</b>	565	601	1,200	3,061	467	678	13	160
<b>1.5 Otros ingresos corrientes</b>	773	850	235	308	479	511	463	216
<b>2. Ingresos de capital</b>	371	866	461	90	113	115	137	76
<b>3. Otros ingresos</b>	268	186	872	855	83	391	421	172
<b>4.Cuentas por cobrar Otras vigencias</b>	14,374	15,983	18,602	13,068	11,155	15,305	14,520	14,263

Fuente: Cálculo de los autores con base al SIHO.

**Cuadro 74. Ejecución de ingresos hospitales nivel II (\$ millones de 2009)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	116,781	111,412	114,269	101,674	106,682	126,326	130,036	148,050
<b>1. Ingresos corrientes</b>	94,032	94,299	97,906	90,141	91,305	104,767	109,873	125,644
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	91,351	84,284	95,247	84,292	89,839	102,877	108,811	113,627
<b>1.1.1 Régimen Subsidiado</b>	18,817	29,821	24,449	24,012	25,819	30,681	36,177	42,735
<b>1.3 Régimen Contributivo</b>	5,858	4,102	6,231	6,613	8,710	10,452	8,838	10,911
<b>1.4 Atención vinculados</b>	58,611	42,958	55,642	46,522	47,400	48,213	52,096	45,979
<b>1.4.1 Población vinculada</b>	34,178	41,297	27,977	43,922	39,625	32,826	28,534	22,821
<b>1.4.2 Servicios no POS-S para los afiliados RS</b>	24,434	1,660	27,665	2,600	7,775	15,387	23,562	23,158
<b>1.5 SOAT (diferentes a Fosyga)</b>	1,085	500	1,167	84	1,290	1,531	-	1,845
<b>1.6 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)</b>	659	603	818	989	923	1,120	1,732	2,165
<b>1.7 Otras ventas de servicios de Salud</b>	6,319	6,301	6,941	6,071	5,697	10,880	9,967	9,993
<b>1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios</b>	1,055	2,242	-	65	17	219	-	712
<b>1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios</b>	1,183	6,400	375	4,536	47	340	154	11,000
<b>1.4 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios</b>	47	601	-	1,199	-	83	-	8
<b>1.5 Otros ingresos corrientes</b>	396	850	2,285	126	1,402	1,248	908	297
<b>2. Ingresos de capital</b>	130	866	852	808	479	530	198	919
<b>3. Otros ingresos</b>	302	186	384	291	-	658	18	1,522
<b>4.Cuentas por cobrar Otras vigencias</b>	22,316	15,983	15,126	10,356	14,898	20,372	19,889	19,965

Fuente: Cálculo de los autores con base al SIHO.

**Cuadro 75. Ejecución de ingresos hospitalares nivel III (\$ millones de 2009)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	97,760	108,818	120,205	88,746	99,992	108,311	70,068	76,662
<b>1. Ingresos corrientes</b>	72,245	87,695	94,823	75,334	83,982	90,164	55,726	58,521
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	69,527	81,756	93,504	73,136	73,532	76,217	53,882	48,033
<b>1.1.1 Régimen Subsidiado</b>	11,584	15,876	8,415	13,765	10,495	11,850	6,403	7,978
<b>1.3 Régimen Contributivo</b>	2,381	1,977	9,906	3,307	8,262	5,153	3,548	3,255
<b>1.4 Atención vinculados</b>	48,747	57,291	67,865	48,231	46,376	46,631	31,979	29,082
<b>1.4.1 Población vinculada</b>	33,106	41,911	68,919	47,170	46,376	46,631	29,116	27,189
<b>1.4.2 Servicios no POS-S para los afiliados RS</b>	15,641	15,380	- 1,053	1,061	-	-	2,863	1,894
<b>1.5 SOAT (diferentes a Fosyga)</b>	3,052	2,492	3,259	1,872	3,079	3,185	2,697	2,257
<b>1.6 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)</b>	-	-	-	4,272	251	-	-	-
<b>1.7 Otras ventas de servicios de Salud</b>	3,763	4,119	4,059	1,689	5,069	9,398	9,256	5,461
<b>1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios</b>	219	1,167	199	-	72	-	-	-
<b>1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios</b>	2,249	4,487	994	2,154	9,826	12,328	-	8,710
<b>1.4 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios</b>	-	-	-	44	-	-	-	-
<b>1.5 Otros ingresos corrientes</b>	250	285	126	-	553	1,619	1,843	1,777
<b>2. Ingresos de capital</b>	14	65	178	141	446	966	1,157	737
<b>3. Otros ingresos</b>	-	-	44	-	-	155	-	-
<b>4.Cuentas por cobrar Otras vigencias</b>	25,501	21,058	25,160	13,272	15,563	17,026	13,184	17,404

Fuente: Cálculo de los autores con base al SIHO.

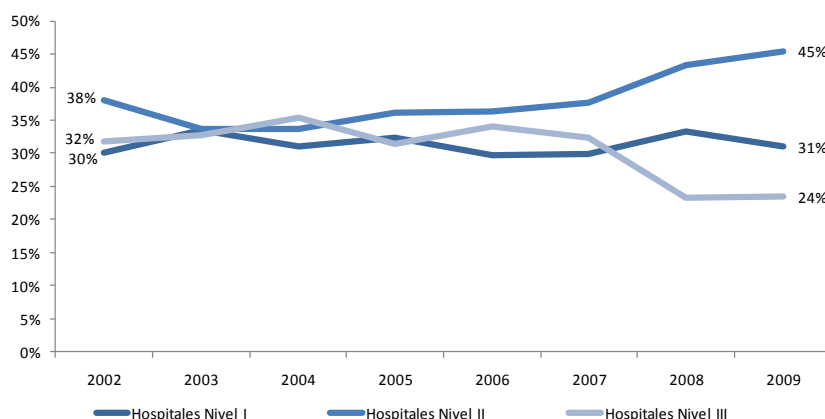


**Cuadro 76. Participación en los ingresos totales de la red adscrita\***

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Hospitales Nivel I</b>								
Total de ingresos	30.1%	33.6%	31.0%	32.4%	29.8%	29.9%	33.4%	31.0%
1. Ingresos corrientes	25.2%	28.4%	25.2%	27.5%	25.9%	25.2%	28.3%	26.6%
2. Ingresos de capital	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
3. Otros ingresos	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
<b>Hospitales Nivel II</b>								
Total de ingresos	38.0%	33.6%	33.6%	36.1%	36.3%	37.7%	43.3%	45.4%
1. Ingresos corrientes	30.6%	28.4%	28.8%	32.0%	31.0%	31.3%	36.6%	38.6%
2. Ingresos de capital	0.0%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.3%
3. Otros ingresos	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.5%
<b>Hospitales Nivel III</b>								
Total de ingresos	31.8%	32.8%	35.4%	31.5%	34.0%	32.3%	23.3%	23.5%
1. Ingresos corrientes	23.5%	26.4%	27.9%	26.7%	28.5%	26.9%	18.6%	18.0%
2. Ingresos de capital	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%
3. Otros ingresos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

\*Este cuadro muestra la participación de los ingresos totales, corrientes, de capital y otros ingresos de cada nivel, en los ingresos totales de la red adscrita. Por lo tanto, solo si se suma el porcentaje del total de ingresos, de los tres niveles de complejidad se obtiene el 100%.

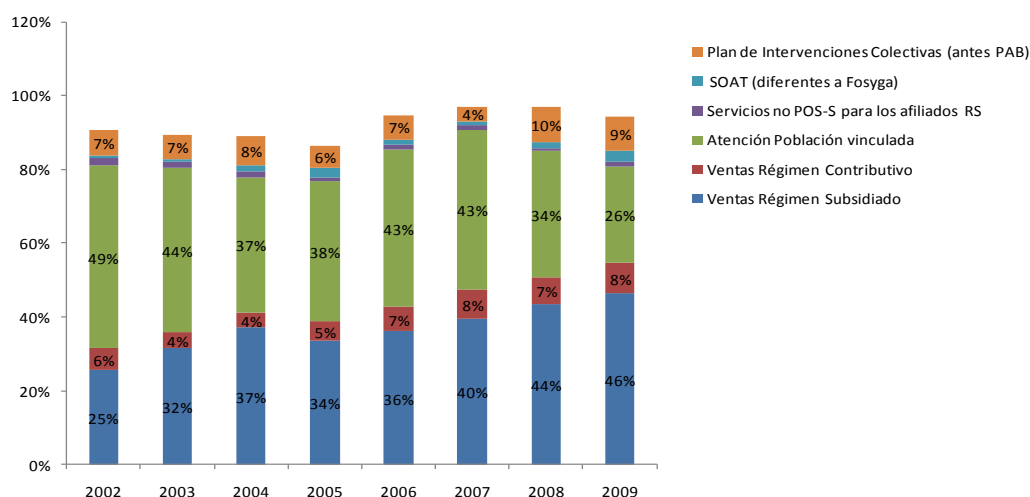
Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Gráfico 35. Participación en los ingresos totales de la red adscrita**

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

Por último, los gráficos 36, 37 y 38 nos muestran la composición de los ingresos de los hospitales por nivel de servicios prestados. En primer lugar se encuentra que todos los niveles de hospitales presentan ingresos por las diferentes fuentes y que la participación de estas en el total varía de acuerdo al nivel. Así, los del nivel I muestran como a lo largo de los ocho años (2002 -2009) los ingresos por régimen subsidiado son cada vez mayores. Esta fuente representa en el 2009 el 46% del total de los ingresos de estos hospitales. Como contrapartida los ingresos por atención a la población vinculada disminuyen notablemente y ya en el año 2009 solo representan una cuarta parte de los ingresos totales cuando ocho años antes, en el 2002, esta fuente se acercaba al 50% del total.

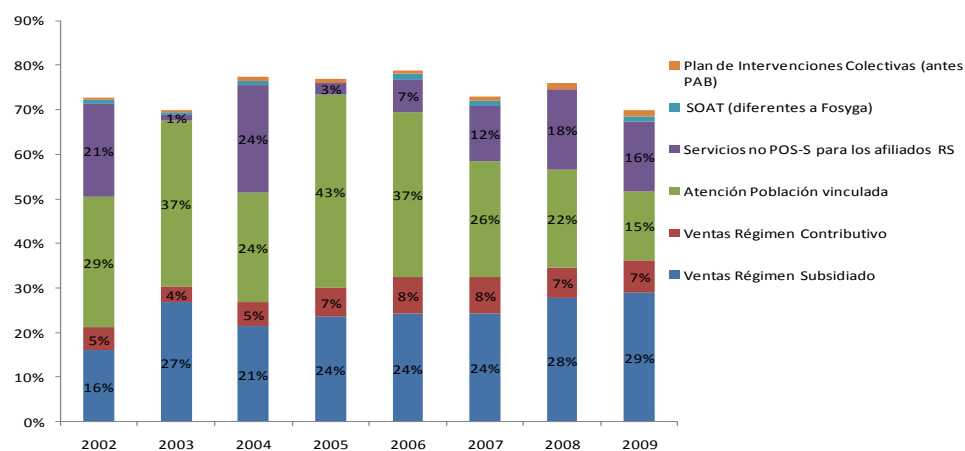
**Gráfico 36. Participación en los ingresos corrientes hospitales nivel I**



Fuente: Elaboración de los autores con base en el SIHO.

En los hospitales del nivel II, se observa una disminución notable en los ingresos por atención a vinculados. Estos pasaron de representar el 29% de los ingresos totales en el 2002 al 15% de estos en el 2009. Por otro lado, los contratos con el RS se mantienen estables con tendencia al alza, mientras que los recursos por prestación de servicios No POS's crecen desde el 2005, pasando del 5% de los ingresos totales al 16% de estos.

**Gráfico 37. Participación en los ingresos corrientes hospitales nivel II**

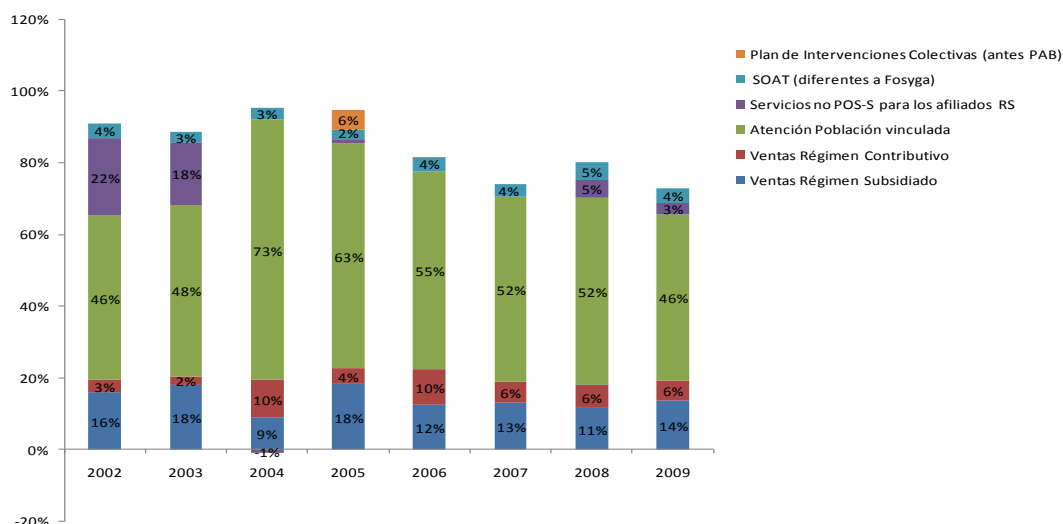


Fuente: Elaboración de los autores con base en el SIHO.

El principal resultado del análisis de las ejecuciones de ingresos, muestran que si bien los hospitales de nivel I y II, han empezado a recibir recursos importante producto de la contratación con el régimen subsidiado y en menor medida con el contributivo; los hospitales de nivel III no han logrado diversificar sus fuentes de sus ingresos y por tanto dependen en un alto porcentaje de los contratos firmados con la secretaría de salud para atención a la población vinculada. En el 2009, la atención a la población vinculada llegó a representar el 46% del total de ingresos, el mismo nivel que tenía en el 2002 (ver gráfico 38). Por otro lado, la prestación de servicios al RS se ha mantenido constante con tendencia a la baja, así como las ventas con el régimen contributivo. Este hecho indica que los hospitales de nivel III no son

sostenibles en el mediano y largo plazo una vez se consiga el aseguramiento universal en el departamento.

**Gráfico 38. Participación en los ingresos corrientes hospitales nivel III**

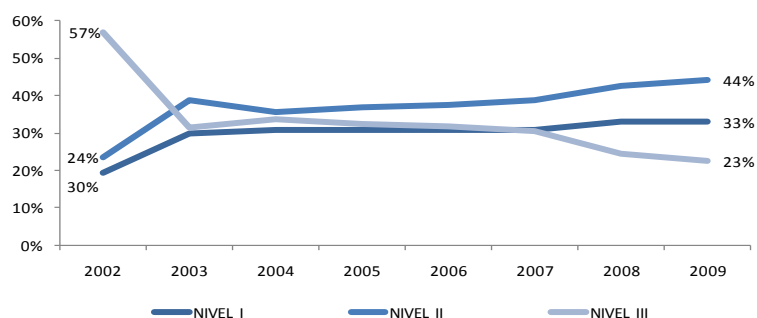


Fuente: Elaboración de los autores con base en el SIHO.

## II. Análisis de la ejecución de gastos (2002-2009)

En los cuadros 77 a 80 se presentan las ejecuciones de gastos de la red adscrita al departamento y para cada grupo de hospitales de acuerdo a su nivel de complejidad. Para el total de la red se encuentra que los gastos totales se han mantenido alrededor de los 280 mil millones de pesos. Aunque estos aumentan entre 2003 y 2006, a partir del 2007 estos descienden de nuevo, pasando de 299 mil millones en 2006 a 284 mil en 2009. Respecto a la participación en los gastos totales, en el gráfico 39 se observa el peso que tiene cada grupo de hospitales (nivel I, II y III) en el total de gastos de la red adscrita al departamento. Muy similar al comportamiento observado de los ingresos por nivel de complejidad, mientras que en el 2003 los tres grupos tenían una participación similar, en el 2009 el conjunto de hospitales de nivel II representaron el 44% de los gastos totales de la red, los de nivel I el 33% y La Samaritana, el único hospital de nivel III del departamento, alcanzó en el 2009 el 23% de los gastos totales.

**Gráfico 39. Participación en los gastos totales de la red adscrita**



Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Cuadro 77. Consolidado de la Ejecución de Gastos de la Red Adscrita de Cundinamarca (\$ millones de 2009)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de gastos</b>	370,302	264,833	284,477	293,283	299,535	287,798	263,318	284,286
<b>1. Gasto corriente</b>	364,971	260,102	278,955	288,954	286,898	280,795	259,989	280,062
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	332,156	230,366	240,437	251,644	252,750	238,446	216,235	233,914
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	298,415	197,896	203,754	209,650	214,491	200,937	180,725	196,301
<b>1.1.1.1 Sueldos personal de nómina</b>	177,668	112,268	107,416	102,302	99,034	91,785	78,075	86,744
<b>1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos</b>	70,042	36,780	35,356	36,651	36,101	35,229	31,196	29,569
<b>1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina</b>	50,705	48,848	60,983	70,697	79,356	73,923	71,454	79,988
<b>1.1.2 Gastos generales</b>	32,607	30,135	34,358	40,853	37,025	36,616	34,270	36,062
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	32,816	29,736	38,518	37,310	34,148	42,349	43,754	46,148
<b>1.2.1 Medicamentos</b>	12,501	11,106	16,159	15,925	12,860	-	12,279	10,876
<b>1.2.2 Otros Gastos de Operacion</b>	20,577	18,634	22,359	21,385	21,288	42,087	31,475	35,272
<b>2. Transferencias corrientes</b>	2,852	3,058	3,529	1,975	2,536	1,355	1,931	1,627
<b>2.1 Pago directo de pensionados o jubilados</b>	99	35	119	65	16	11	194	73
<b>2.2 Otras transferencias corrientes</b>	2,753	3,023	3,410	1,911	2,520	1,344	1,737	1,554
<b>3. Inversión</b>	2,479	1,674	1,994	2,354	10,100	5,648	1,398	2,597

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Cuadro 78. Consolidado Ejecución de gastos Hospitales nivel I Cundinamarca (\$ millones de 2009)**

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Total de gastos</b>	76,229	84,269	90,547	94,252	96,323	91,962	90,795	94,393
<b>1. Gasto corriente</b>	74,923	82,444	88,034	92,197	93,420	90,994	90,276	93,826
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	69,860	75,301	79,852	84,205	84,825	82,618	82,107	85,519
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	62,039	64,318	66,948	70,863	71,204	69,092	68,447	71,046
<b>1.1.1.1 Sueldos personal de nómina</b>	36,919	37,920	37,530	35,594	34,602	31,424	29,628	30,941
<b>1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos</b>	15,944	13,153	12,181	12,903	12,252	12,403	12,157	11,747
<b>1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina</b>	9,176	13,245	17,238	22,365	24,350	25,264	26,662	28,358
<b>1.1.2 Gastos generales</b>	7,430	9,808	11,625	12,862	13,283	13,325	13,141	13,944
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	5,063	7,143	8,182	7,992	8,594	8,376	8,170	8,306
<b>1.2.1 Medicamentos</b>	1,945	2,612	3,062	2,518	2,655	-	-	-
<b>1.2.2 Otros Gastos de Operacion</b>	3,380	4,535	5,120	5,474	5,939	8,376	8,170	8,306
<b>2. Transferencias corrientes</b>	391	1,175	1,279	480	338	201	518	529
<b>2.1 Pago directo de pensionados o jubilados</b>	51	25	115	59	7	4	94	58
<b>2.2 Otras transferencias corrientes</b>	340	1,150	1,164	421	331	198	424	471
<b>3. Inversión</b>	916	651	1,233	1,574	2,565	767	-	38

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Cuadro 79. Consolidado Ejecución de Gastos Hospitales nivel II Cundinamarca (\$ millones de 2009)**

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Total de gastos</b>	88,756	103,901	105,221	111,291	118,938	114,467	111,360	125,228
<b>1. Gasto corriente</b>	87,328	101,767	103,769	109,893	115,609	113,419	110,524	123,790
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	79,473	90,508	91,317	96,888	103,815	101,694	100,048	112,837
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	71,193	78,481	76,962	80,365	87,645	87,283	85,924	97,620
<b>1.1.1.1 Sueldos personal de nómina</b>	42,172	46,362	41,481	39,456	39,458	37,305	35,969	43,463
<b>1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos</b>	17,163	15,654	13,680	14,072	14,399	14,213	13,307	12,463
<b>1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina</b>	11,858	16,465	21,801	26,837	33,788	35,765	36,648	41,695
<b>1.1.2 Gastos generales</b>	7,537	10,867	13,309	15,862	15,274	13,719	13,403	14,196
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	7,855	11,260	12,452	13,005	11,795	11,725	10,476	10,953
<b>1.2.1 Medicamentos</b>	2,941	4,058	4,998	5,198	4,409	-	4,263	3,988
<b>1.2.2 Otros Gastos de Operacion</b>	4,914	7,201	7,454	7,807	7,386	11,725	6,213	6,965
<b>2. Transferencias corrientes</b>	743	1,160	1,046	661	896	691	722	1,021
<b>2.1 Pago directo de pensionados o jubilados</b>	16	10	4	6	10	7	99	15
<b>2.2 Otras transferencias corrientes</b>	727	1,149	1,042	655	887	684	623	1,006
<b>3. Inversión</b>	686	974	406	737	2,433	357	114	416

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

**Cuadro 80. Consolidado Ejecución de Gastos Hospitales nivel III Cundinamarca (\$ millones de 2009)**

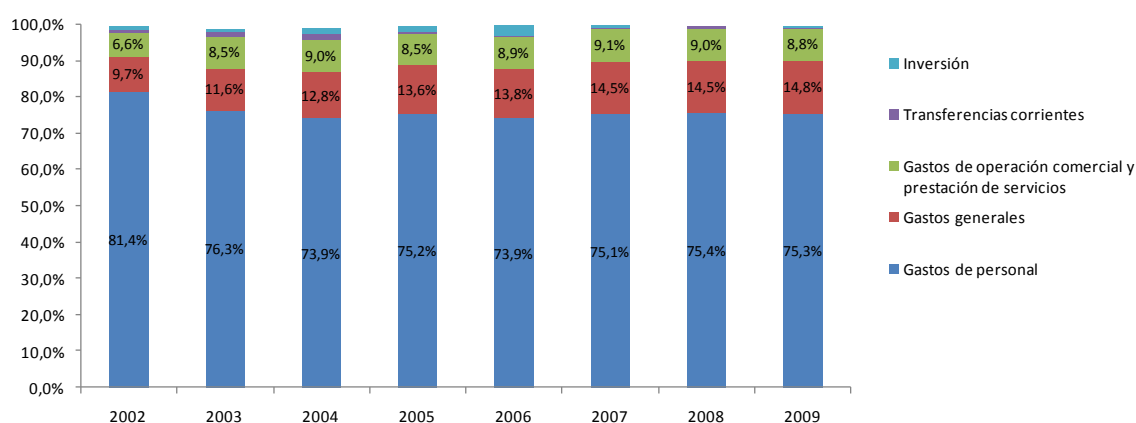
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Total de gastos</b>	205,317	76,663	88,710	87,741	84,274	81,369	61,163	64,665
<b>1. Gasto corriente</b>	202,720	75,890	87,151	86,864	77,869	76,382	59,188	62,446
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	182,823	64,557	69,267	70,552	64,110	54,134	34,080	35,557
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	165,183	55,097	59,844	58,422	55,642	44,562	26,354	27,635
<b>1.1.1.1 Sueldos personal de nómina</b>	98,577	27,986	28,405	27,251	24,973	23,056	12,478	12,340
<b>1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos</b>	36,936	7,974	9,495	9,675	9,451	8,612	5,732	5,359
<b>1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina</b>	29,671	19,138	21,944	21,496	21,218	12,894	8,145	9,936
<b>1.1.2 Gastos generales</b>	17,639	9,460	9,424	12,130	8,468	9,572	7,726	7,922
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	19,898	11,333	17,884	16,312	13,759	22,247	25,108	26,889
<b>1.2.1 Medicamentos</b>	7,614	4,436	8,099	8,209	5,796	-	8,016	6,888
<b>1.2.2 Otros Gastos de Operacion</b>	12,283	6,898	9,785	8,103	7,963	21,986	17,092	20,001
<b>2. Transferencias corrientes</b>	1,719	724	1,204	834	1,302	462	691	77
<b>2.1 Pago directo de pensionados o jubilados</b>	32	-	-	-	-	-	-	-
<b>2.2 Otras transferencias corrientes</b>	1,687	724	1,204	834	1,302	462	691	77
<b>3. Inversión</b>	877	49	354	43	5,103	4,525	1,284	2,143

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

Cuando se analiza la participación de los gastos totales, en los tres niveles de complejidad, se observa que el rubro que tiene mayor participación es el de gastos de funcionamiento. Estos gastos se han mantenido en un nivel superior al 70% para el nivel I. Para el nivel II, estos también se han mantenido estables entre el 2002 y 2009, en el 90% de los gastos totales. Para los hospitales del nivel III, los gastos de funcionamiento presentan una disminución importante, al pasar del 90% en el 2002 al 55% en el 2009.

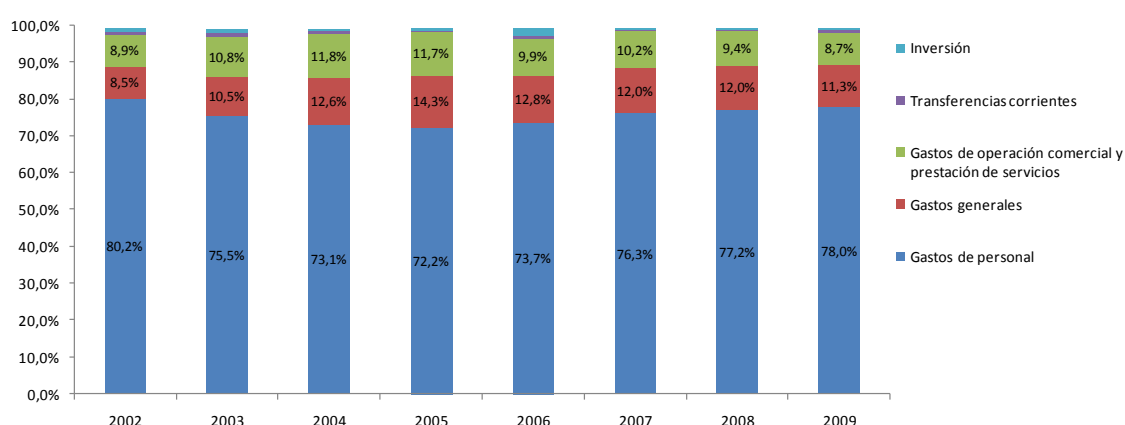
Para el conjunto de la red adscrita, los gastos de los gastos de personal han pasado del 80% de los gastos totales en 2002 al 69% en 2009. Al mismo tiempo, de los gastos de personal, los sueldos del personal de nómina han descendido del 60% en 2002 al 44% de estos en 2009. En los gráficos 40 a 42, se presenta la participación de cada rubro en los gastos totales, durante el periodo 2002-2009. En estos se destaca el mínimo nivel que alcanza la inversión, en los niveles I y II. Para el nivel tres, la participación de este gasto en los últimos cuatro años ha sido en promedio de 4%.

**Gráfico 40. Participación en los gastos totales hospitales nivel I**



Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

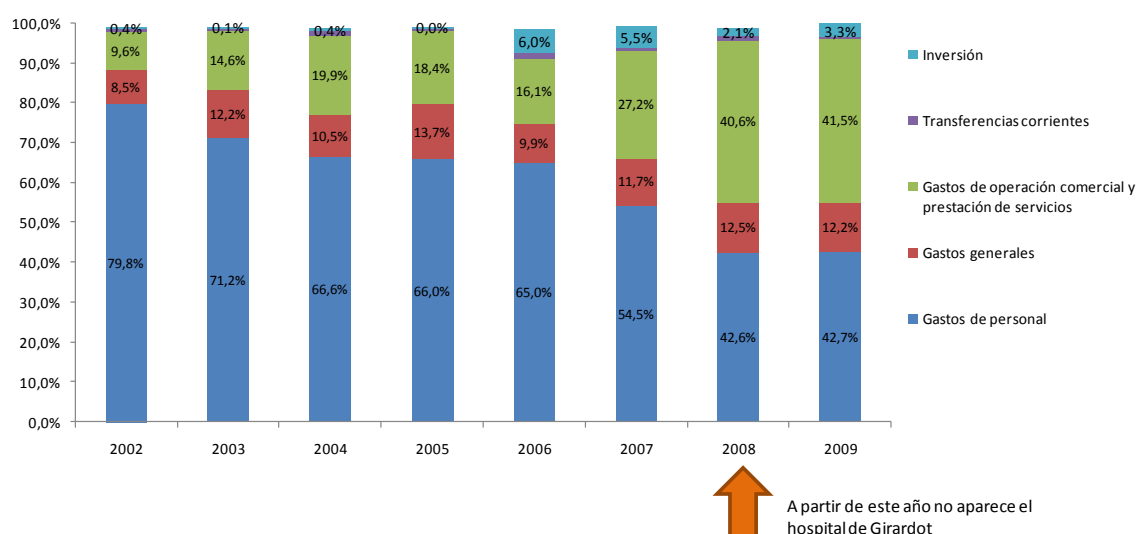
**Gráfico 41. Participación en los gastos totales hospitales nivel II**



Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.



**Gráfico 42. Participación en los gastos totales hospitales nivel III**



Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

### III. Indicadores Fiscales de los Hospitales de la Red Adscrita de Cundinamarca

El desempeño fiscal de una entidad pública y en este caso, de los hospitales pertenecientes a la red adscrita del departamento, puede ser evaluado a través del cálculo de indicadores de ahorro, ingreso y gasto (ver Cuadro 81). Los indicadores de ahorro miden de la capacidad de generación de recursos para la inversión, mientras que los indicadores de ingreso aproximan la estructura de las fuentes de recursos así como el peso de las transferencias y contratos con el sector público sobre las fuentes de ingreso. Los indicadores de gasto examinan la composición del gasto y sus fuentes de financiación, permitiendo observar en particular las dependencias de cada fuente para financiar el gasto y la capacidad de los hospitales para financiar inversiones con recursos propios (ver Zapata et al, 2005).

**Cuadro 81. Definición de indicadores fiscales calculados**

<b>Ahorro primario</b>	Ingreso corriente – Gasto corriente
<b>Participación de los gastos de personal en los de funcionamiento</b>	Gastos personal / Gastos funcionamiento
<b>Capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento</b>	Gastos funcionamiento / Ingresos corrientes
<b>Autofinanciación de la inversión</b>	Inversión / Gastos totales

Fuente: Zapata et al. (2005).

Los indicadores que se presentan a continuación, fueron calculados para los hospitales que presentaron ejecución de ingresos y gastos en el SIHO para el periodo 2003-2009.

**Cuadro 82. Indicadores Fiscales Total red adscrita**

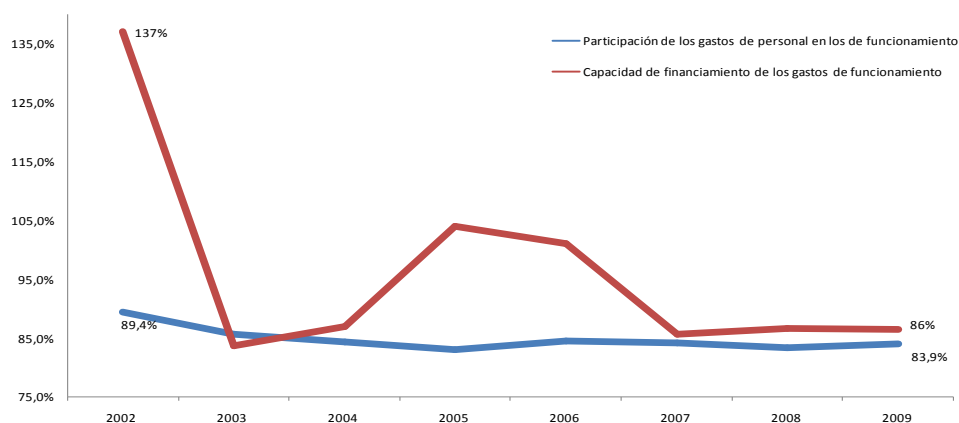
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ahorro primario (millones de pesos de 2009)	- 122.976	15.467	- 1.890	- 46.880	- 36.734	- 1.951	- 9.983	- 9.311
Participación de los gastos de personal en los de funcionamiento	89.4%	85.6%	84.3%	83.0%	84.4%	84.1%	83.3%	83.9%
Capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento	137%	84%	87%	104%	101%	86%	87%	86%
Autofinanciación de la inversión	0.7%	0.6%	0.7%	0.8%	3.4%	2.0%	0.5%	0.9%

Fuente: Cálculo de los autores con base en el SIHO.

Para el conjunto de hospitales públicos pertenecientes a la red adscrita, se observó un deterioro de su capacidad de generar ahorro primario para el periodo 2004-2009. Únicamente en el 2003, se observó superávit para el conjunto de la red adscrita, por valor de 15 mil millones de pesos aproximadamente.

Desde el 2004 este indicador empieza a presentar una caída y en el 2009 este llega a ser deficitario en 9.311 millones de pesos. Este resultado indica que en total, los hospitales del departamento presentan un crecimiento de los ingresos corrientes por debajo de los gastos corriente (gastos de funcionamiento, operación comercial y prestación de servicios).

Finalmente, en el gráfico 43 se presenta la participación de los gastos de personal en los gastos de funcionamiento y la capacidad de financiamiento de los mismos. Desde el 2002, los gastos de personal han presentado una disminución sostenida en los gastos de funcionamiento, pasando del 89,4% de estos en el 2002 al 83,9% en el 2009. A pesar de la mejora observada en este indicador, no se ha visto una reducción en el peso que tienen dichos gastos en los ingresos corrientes y que definen su capacidad de financiamiento. Los gastos de funcionamiento, se han estabilizado en el 86% de los ingresos corrientes.

**Gráfico 43. Indicadores Fiscales Hospitales Red Adscrita**

La limitada capacidad de ahorro de los hospitales públicos del departamento, que se mantiene deficitaria durante los últimos 5 años, es explicada por la baja participación de la inversión en los gastos totales de la red; la cual oscila entre el 0.5% y 2% de estos. En el 2006, esta alcanzó su máximo nivel, correspondiente el 3.4% de los gastos totales del año.

Por otro lado, del cuadro 7 se observa que los gastos de personal han venido representando un menor porcentaje de los gastos de funcionamiento; pasando de 89.8% en 2003 a 83.9% en 2009. Sin embargo, los gastos de funcionamiento han permanecido alrededor del 84% de los

ingresos corrientes durante todo este periodo de análisis, lo que implica que no existe una mejora en la solidez fiscal y financiera de la red adscrita del departamento.

### **3.3.2 Gasto per cápita red hospitalaria 2009**

Complementario al análisis anterior, resulta útil analizar al interior de cada nivel de complejidad, el indicador de gasto per cápita en salud para cada uno de los hospitales públicos.

En una situación normal, se esperaría que hospitales del mismo nivel de complejidad presenten un nivel cercano en este indicador, suponiendo que todos prestan servicios similares y que el perfil epidemiológico de la población no difiere significativamente en la población del RS. En caso de presentarse comportamientos atípicos en alguno de estos dos indicadores, por encima del promedio, podrían ser explicados por alguna de las siguientes hipótesis:

1. El perfil epidemiológico de la población atendida por el hospital es diferente al que presenta afiliados en los otros municipios, de modo que el nivel de facturación podría ser mayor (vía cantidad y/o complejidad en el tipo de servicios ofrecidos) y por tanto se esperaría que el departamento le destine una mayor cantidad de recursos.
2. Los servicios prestados por el hospital podrían ser más complejos y especializados y por ende más costosos que los que se ofrecen en la mayoría de hospitales del mismo nivel de complejidad.
3. La población estimada por el departamento, ubicada en el área de influencia del hospital para ser atendida por este, es inferior o superior al que realmente se está atendiendo.
4. El hospital podría estar facturando los servicios prestados a un precio mayor al que lo hacen el resto de IPS en el departamento. Asimismo, podría suceder que se esté promoviendo una mayor prestación de servicios a la población afiliada al RS, que no responde al patrón observado por el resto de municipios.

El indicador de gasto per cápita se calculó como el cociente entre el valor total contratado con cada uno de los hospitales en el año 2009 y la población ubicada en el área de influencia del hospital (población a atender), determinada por la Secretaría de Salud del departamento (ver anexo 3). Es importante aclarar que los datos de población se construyeron a partir de las estimaciones hechas por el DANE para cada municipio y no tiene en cuenta los traslapes de pacientes entre hospitales. No necesariamente, los hospitales públicos del departamento reciben afiliados al RS que se encuentran en los municipios con los que tienen convenios o contratos. Por lo tanto, debe entenderse que el siguiente análisis de gasto per cápita tiene limitaciones y posibles sesgos.

#### **I. Hospitales Nivel I**

En la cuadro 83 se presenta para cada uno de hospitales de nivel I con que cuenta el departamento, indicadores de gasto per cápita y valor promedio por factura por los servicios contratados con la Secretaría de salud para atención a la población vinculada y prestación de servicios No POS del RS. Para el conjunto de 37 hospitales, se tiene un gasto per cápita

promedio de \$16,500 y una desviación estándar<sup>23</sup> de \$14,800 respecto a la media, la cual corresponde en magnitud al 90% de esta. En cuanto al valor promedio de Factura para el grupo, esta es de \$93,310 en el año 2009; adicionalmente, presenta una alta desviación estándar de \$105,472; equivalente a 1.12 veces el valor promedio de factura.

**Cuadro 83. Indicadores de gasto hospitales nivel I de Cundinamarca 2009**

HOSPITAL	Población (área de influencia)	Gasto per cápita (pesos corrientes de 2009)	Costo promedio de factura
Anolaima	21,055	25,936	43,449
Arbeláez	36,588	15,798	48,634
Carmen de Carupa	8,767	3,087	235,330
Chía	131,033	10,527	49,431
Chocontá	53,712	23,578	86,103
El Colegio	21,040	23,766	58,600
Fómeque	29,739	32,724	63,226
Guachetá	11,499	7,035	36,323
Guaduas	54,978	30,252	104,465
Guatavita	20,107	21,397	57,594
La Palma	26,846	4,904	36,928
La Vega	35,205	11,181	111,100
Madrid	250,753	13,077	45,814
Medina	17,545	8,196	56,482
Nemocón	12,174	24,468	90,127
Puerto Salgar	16,769	21,176	48,537
S J de Rioseco	21,381	11,211	57,674
Sasaima	10,400	15,755	61,620
Sesquilé	38,978	7,639	46,180
Soacha	486,512	17,501	88,743
Sopó	23,384	29,172	93,975
Tabio	22,131	12,250	54,559
Tenjo	19,224	13,301	68,792
Tocaima	94,792	8,456	63,558
Vergara	13,607	4,358	581,304
Villeta	41,506	21,764	119,931
Viotá	13,408	79,408	112,607
<b>Total I Nivel</b>	<b>1,533,133</b>	<b>Promedio = 16,502</b>	<b>Promedio=93,373</b>
		<b>Desviación = 14,800</b>	<b>Desviación=105,472</b>

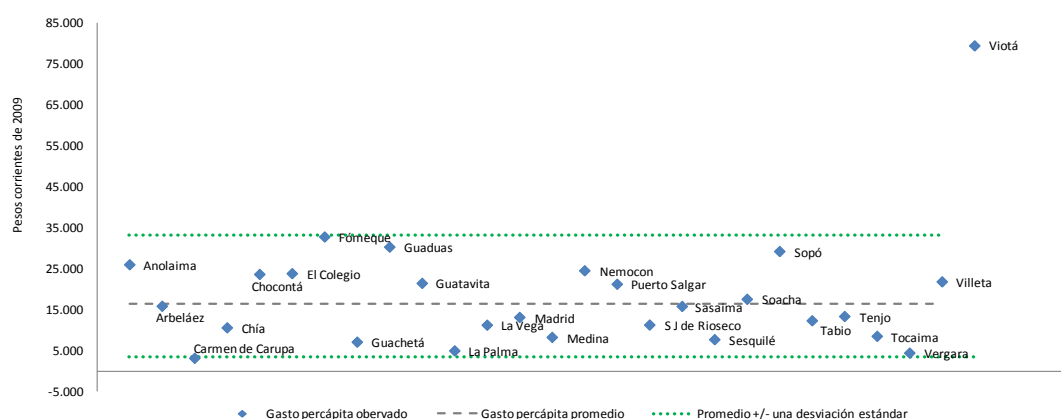
Fuente: Elaboración propia, datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

En el gráfico 44 se observa el valor del gasto per cápita para cada uno de los 16 hospitales de nivel I pertenecientes a la red adscrita del departamento. Excepto por el hospital de Viotá, todos los hospitales se ubican dentro del intervalo construido con la media y más o menos una desviación estándar. Por encima del gasto per cápita promedio se encuentran los hospitales de Anolaima, Chocontá, El Colegio, Fómeque, Guaduas, Guatavita, Nemocón, Puerto Salgar, Soacha, Sopó, Villeta y Viotá; este último con un gasto per cápita de \$79,000 superando ampliamente el promedio del grupo de \$16,502. Por debajo del promedio se ubican los de Arbeláez, Chía, Carmen de Carupa, Guachetá, La Palma, La Vega, Madrid, Medina, San Juan De Rioseco, Sasaima, Sesquilé, Tabio, Tenjo, Tocaima y Vergara.

<sup>23</sup> La desviación estándar es el resultado numérico de calcular la raíz cuadrada a la varianza de una muestra de datos ( $X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ ). La varianza, mide la dispersión de los datos respecto al promedio muestral ( $\bar{X}$ ) y se calcula

mediante la siguiente expresión: 
$$Var(x_i) = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n}$$
 donde n corresponde al número de datos en la muestra.

**Gráfico 44. Gasto per cápita para hospitales nivel I en Cundinamarca**



Fuente: Elaboración propia, datos de la secretaría de salud de Cundinamarca.

## II. Indicadores para hospitales nivel II

Para el conjunto de 8 hospitales de nivel II de complejidad, en el 2009 se obtuvo un nivel de gasto per cápita promedio de \$57,872 por hospital; equivalente a 2.5 veces el gasto per cápita promedio de los hospitales de nivel I. La variación respecto a la media es de \$25,807, esto es 0.44 veces la media. Un valor inferior con respecto al caso de los hospitales de nivel I, en la cual la desviación estándar equivalía a 0.9 veces el valor promedio (Ver cuadro 84).

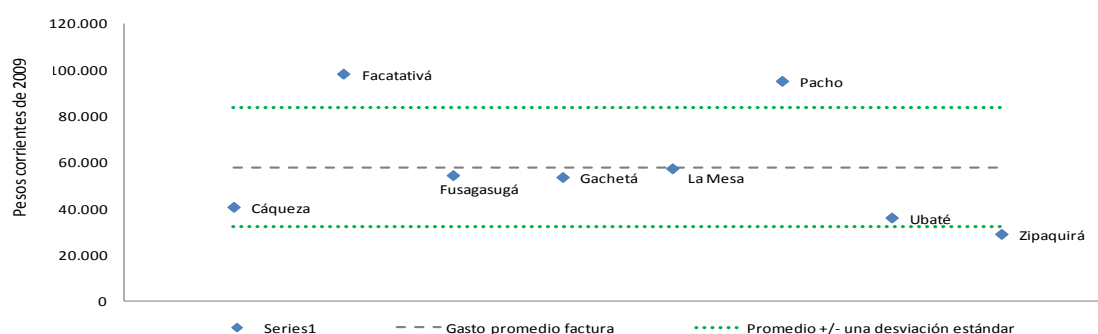
**Cuadro 84. Indicadores de gasto hospitales nivel II de Cundinamarca 2009**

HOSPITAL	Población (área de influencia)	Gasto per cápita (pesos corrientes de 2009)	Costo promedio de factura
Cáqueza	56,011	40,491	106,207
Facatativá	126,999	98,096	158,867
Fusagasugá	156,999	54,200	114,149
Gachetá	39,779	53,390	88,850
La Mesa	71,617	57,155	111,930
Pacho	41,613	94,989	171,771
Ubaté	93,301	35,868	121,715
Zipaquirá	177,447	28,783	97,561
<b>Total Nivel II</b>	<b>763,766</b>	<b>Promedio = 57,872</b> <b>Desviación = 25,807</b>	<b>Promedio=121,381</b> <b>Desviación=29,135</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Los resultados obtenidos para los hospitales del nivel II muestran que la mayoría de estos (6 de los 8), se ubican por debajo de la media en el indicador de gasto per cápita; únicamente los hospitales de Facatativá, y Pacho sobrepasan el rango del valor promedio del grupo más una desviación estándar (ver gráfico 45). En el primer caso, el hospital de Facatativá muestra un gasto per cápita de \$98,096; superior en un 70% al valor promedio del grupo. En cuanto al hospital de Pacho, el indicador de gasto per cápita es de \$94,989, sobrepasando el gasto promedio en un 64%.

**Gráfico 45. Gasto per cápita para hospitales nivel II en Cundinamarca**



Fuente: Elaboración propia, datos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Asimismo, el hospital de nivel II que presenta el indicador más bajo de recursos asignados por persona en el departamento es el de Zipaquirá; con un valor de \$28,783, 50% por debajo del valor promedio del grupo.

### III. Indicadores Hospitales nivel III

Finalmente, en el cuadro 85 se presenta el indicador de gasto per cápita de \$31,354 pesos para el hospital de Girardot, de nivel III; valor superior al indicador encontrado para los hospitales de nivel I de \$16,502 aunque inferior al de los hospitales de nivel II de \$57,852. Este hecho puede indicar una mayor demanda de servicios en el nivel II de complejidad que en el III y por ende una mayor facturación en este nivel. Por otro lado, el costo promedio por factura es similar para ambos hospitales de nivel III, siendo superior el de La Samaritana. Para el hospital de La Samaritana ubicado en Bogotá, no fue posible calcular el gasto per cápita como sí se hizo para el resto de IPS's, pues la Secretaría de Salud del departamento no tiene estimada una población objetivo o específica ubicada en su área de influencia; pues este centro recibe personas situadas en diferentes municipios del departamento sin distinción.

**Cuadro 85. Indicadores de gasto hospitales nivel III de Cundinamarca 2009**

HOSPITAL	Población (área de influencia)	Gasto per cápita	Costo promedio de factura
Girardot	130,130	31,354	267,237
La Samaritana (Bogotá)	-	-	291,963
<b>Total Nivel II</b>		-	- Promedio=279,600
		-	- Desviación=17,484

Fuente: Elaboración propia - datos SSC

Por último, en el cuadro 86 se presenta a modo de resumen, un cuadro con los indicadores estimados para los hospitales pertenecientes a la red adscrita en los tres niveles de complejidad. Finalmente, a partir de los indicadores de gasto analizados por cada nivel de complejidad, se observa que en general, el gasto per cápita y el costo promedio de factura presentado por cada hospitales se encuentra en el rango del valor promedio más o menos una desviación estándar; lo que muestra que con excepción de unos pocos hospitales (Viotá, Pacho, Facatativá, Vergara y Carmen de Carupa), la mayoría presenta indicadores cercanos.

**Cuadro 86. Resumen de Indicadores de gasto para hospitales de Cundinamarca 2009**

HOSPITALES	Gasto per cápita promedio (pesos de 2009)	Costo promedio de factura (pesos de 2009)
<b>NIVEL I</b>	16,500	93,373
Desviación	14,800	105,472
<b>NIVEL II</b>	57,872	121,381
Desviación	25,807	29,135
<b>NIVEL III</b>	31,354	279,600
Desviación	-	17,484

Fuente: Elaboración propia – datos SSC

### 3.3.3 Conclusiones

A partir de las ejecuciones de ingresos consolidada para el conjunto de hospitales de nivel I se encontró que en los últimos ocho años (2002 -2009), los ingresos por prestación de servicios al régimen subsidiado son cada vez mayores; al tiempo que se observa una disminución en la contratación de atención a vinculados. En el 2009, la contratación con el RS representó el 39% de los ingresos totales y con los vinculados el 23%. Asimismo, otras fuentes que ganan una participación en los ingresos son los que corresponden a ventas al RC, SOAT y el PIC; que aumentaron en 6 puntos porcentuales durante este periodo de tiempo. En el 2009 estos llegan a representar el 17% de los ingresos en el 2009.

Igualmente, para los hospitales de nivel II se observa una disminución en los ingresos por atención a vinculados, pasando del 29% al 15% entre 2002 y 2009. Los contratos con el RS han aumentado en más del 100% en el mismo periodo de tiempo, pasando del 16% de los ingresos totales al 28% de los mismos en 2009. En cuanto a los ingresos No POS, aunque estos han descendido del 21% en 2002 al 15% en 2009, todavía siguen teniendo una participación importante en los ingresos totales; la mayor de los tres niveles.

En el Nivel III, la principal fuente de recursos son los contratos por atención a la población vinculada, que representan el 46% del total de ingresos en 2009. La prestación de servicios al RS se ha mantenido constante con tendencia a la baja en los últimos años. Asimismo, la venta de servicios No POS a la población vinculada tiene una participación importante en este nivel, por encima de los de nivel I y II. La contratación para atención de servicios al RS tiene una participación del 14% en los ingresos totales, la menor de los tres niveles.

Frente a los gastos, se observa un comportamiento favorable en la disminución del porcentaje destinado a personal, el cual ha pasado para el conjunto de la red adscrita de 80% de los gastos totales en 2002 al 69% en 2009. Al mismo tiempo, dentro de los gastos de personal, los sueldos del personal de nómina han descendido del 60% en 2002 al 44% de estos en 2009; este hecho señala que se han hecho esfuerzos de reestructuración al interior de los hospitales a fin de garantizar su sostenibilidad financiera en el largo plazo. Se destaca sin embargo, el mínimo nivel que alcanza la inversión en los tres niveles. En los niveles I y II, este porcentaje no

supera el 2% del gasto total en promedio para los últimos 5 años, mientras que para el nivel tres la participación de este gasto en los últimos cuatro años ha sido en promedio de 4%. Por lo tanto, dada la incapacidad de los hospitales para financiar la inversión en infraestructura y equipos con recursos propios, se recomienda a la gobernación y a la Secretaría de Salud apoyar esta actividad a través de la creación de un fondo de inversión con recursos provenientes de los diferentes niveles de gobierno. Con este mismo propósito, se deberían facilitar canales de crédito para el mantenimiento y modernización de las instalaciones, así como para compra de equipos, de forma que los hospitales del departamento puedan aumentar su nivel de competitividad y captar mayores recursos vía venta de servicios al sector privado.

Respecto a los indicadores calculados; se observa un deterioro constante de la capacidad de generar ahorro primario para el periodo 2006-2009. El hecho que el ahorro primario se mantenga negativo, indica que los ingresos corrientes no superan los gastos corrientes para el conjunto de hospitales durante este periodo de tiempo. Por otro lado, se presentan mejoras importantes en el desempeño fiscal de los hospitales, vía una disminución en la participación de los gastos de personal y funcionamiento en el total de gastos.

Dada la buena calidad de la información del SIHO se recomienda que el departamento inicie un proceso de hacer contabilidad por costos en algunos de los hospitales públicos. Si bien el SIHO dispone de frecuencias de servicios en una de sus bases, aún no es posible hacer contabilidad en detalle como lo requiere la contabilidad especializada. Mientras no se tenga contabilidad de este tipo, no se puede tener certeza de si hay mejora o no de la eficiencia de los recursos en salud. Por lo pronto el SIHO nos permite analizar la sostenibilidad financiera y los resultados encontrados a lo largo de la década son buenos pero insuficientes.

Finalmente, se recomienda a la Secretaría de Salud del departamento diligenciar, agrupar y consolidar las ejecuciones de ingresos y gastos para los años venideros, de acuerdo al tipo de análisis que se desee hacer; por ejemplo, se podrían agrupar los datos de hospitales por redes o por provincias con el objetivo de llevar a cabo el análisis fiscal presentado anteriormente. Dada la importancia de esta fuente de información para proponer medidas y diseñar políticas que favorezcan la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos del departamento, se recomienda a la Secretaría del departamento consolidar la base completa, cruzando información de producción, ingresos y gastos. Asimismo, podría solicitarse a los hospitales llenar formatos adicionales para establecer porcentaje de gastos administrativos, contratación de personal y equipos especializados, entre otros, de modo que puedan implementarse mecanismos de contratación diferentes para ahorrar recursos.

Por último, se señala la importancia de contar con una base de información financiera y estadística confiable, que permita conocer en detalle los costos no solo los de operación por grandes conceptos sino también por servicios en cada nivel de atención que permitan la estructuración y el reordenamiento de los hospitales de la red adscrita y no adscrita y por tipo de servicios. Por lo tanto, se recomienda a la Secretaría de salud procesar y analizar periódicamente la información proveniente del SIHO de modo que sirva como insumo para la planeación financiera anual y la toma de decisiones. Asimismo, se sugiere tener en cuenta esta información para el reordenamiento de las redes de hospitales, así como para fortalecer



los lineamientos de política del departamento con respecto a la prestación de servicios y a la financiación de los hospitales públicos. Con este fin se recomienda además, llevar a cabo un estudio riguroso para estimar la población potencial a atender por cada hospital a partir de la información contenida en los RIPS y con la cual se puede identificar por usuario, el municipio de origen y hospital donde se llevó a cabo la atención. Este ejercicio facilitaría una mejor planeación y distribución de los recursos en la red de hospitales, de modo que garantice una mayor eficiencia en el uso de los mismos, así como una mejor articulación de los planes de promoción, prevención y salud pública que se adelantan en el departamento.

### **3.4 Análisis de los Hospitales de Tocaima, Facatativa y La Samaritana**

Esta sección resume el trabajo de campo adelantado en los hospitales de Tocaima, Facatativa y La Samaritana durante el mes de junio del presente año. Si bien se disponía de buena información por medio del SIHO y de los funcionarios de la Dirección de Aseguramiento sobre la gestión de estos hospitales, se consideró pertinente adelantar estas visitas con el fin de conocer en detalle algunos de los problemas de la gestión hospitalaria en una coyuntura de crisis en las finanzas de la salud como sucede actualmente. En primer lugar, se quería conocer en detalle la calidad y confiabilidad de la información del SIHO, para este se entrevistaron a los funcionarios encargados de su gestión. Se puede adelantar que en los hospitales la consideran importante pero no encuentran una mayor retroalimentación por el trabajo de su diligenciamiento que por demás lo entienden como muy dispendioso. Segundo, con los gerentes y subgerentes se discutió en el tema de la actual coyuntura de la salud y las medidas que han tomado para mejorar su gestión. Se profundizó en la relación que ellos tienen con los entes territoriales y las EPS y, sobre la sostenibilidad financiera de la IPS que administran como tal. Tercero, se buscó que con las visitas a los hospitales se logrará tener una visión complementaria pues cada uno de los hospitales hace parte de un nivel hospitalario. Si bien todos prestan servicios y dependen en gran medida de los recursos que contratan con alcaldías, el departamento y las EPS, entre otros, cada uno de ellos presta servicios de una manera distinta y entienden su gestión al interior del sistema de salud colombiano de una manera diferente. Al respecto debe mencionar se que en acuerdo con la dirección de aseguramiento se seleccionaron Tocaima, primer nivel, y Facatativa, segundo con muchas funciones de tercer nivel, en razón de la buena gestión que han tenido a lo largo de los últimos años. Si bien estas visitas no son representativas del total de la gestión hospitalaria en el departamento, sí son un buen indicador de los problemas típicos de cada nivel de complejidad. Cuarto, en estas visitas se revelan problemas financieros estructurales que un sistema de información como el SIHO no alcanza a identificar. Quinto y último, algunos funcionarios fueron muy críticos y sus opiniones son importantes, entre otras razones por la gran experiencia de ellos en la gestión hospitalaria. Sin embargo, estas deben entenderse como un camino inicial para hacer un análisis más profundo de la gestión hospitalaria de Cundinamarca.

### 3.4.1 HOSPITAL MARCO F. AFANADOR (Tocaima – Primer nivel)<sup>24</sup>

El hospital es regional y atiende a cuatro municipios (Tocaima, Agua de Dios, Apulo y Jerusalem) y con una población cercana a los 45,000 habitantes. Trabaja con todos ellos y tiene contratos para atender inclusive tareas de promoción y prevención y excepcionalmente se han contratado algunos excedentes para evento No POS con el municipio de Tocaima. En el momento trabaja con varias EPSs: Cafam, Convida, Solsalud, Ecoopsos y Caprecom de acuerdo con cada municipio. Los contratos más grandes en Tocaima para aseguramiento en régimen subsidiado se dan con Convida con 9,600 afiliados y le siguen Cafam con 1,200 y Caprecom con 480. En Agua de Dios se presenta una situación especial en este municipio, un porcentaje alto de la población poco más del 30% se encuentra afiliado al régimen contributivo o régimen especial por efecto dado que un alto número de pensionados (muchos de ellos militares y docentes) viven en el municipio. Aquí el mayor número de afiliados al RS lo maneja Convida (3,50) y Solsalud con 1,800. En Apulo de los 8,000 habitantes más de 4,000 están afiliado a aconvida y 900 con CAFAM en RS. En este municipio la cobertura es menor a los otros dos municipios y se encuentra entre el 80% y 85%. Dado que el hospital es único prestador de servicios de salud en los municipios mencionados, esto obliga a que sea inevitable la relación contractual tanto con las autoridades locales y del departamento como con las EPSs.

Se encontró que en esta región todos los municipios tienen un alto nivel de cobertura en aseguramiento, superior al 90%, con pequeñas diferencias. La gerencia afirma que las alcaldías en especial la de Tocaima ha mejorado el control sobre el régimen contributivo y por eso ha aumentado igualmente su cobertura. Esta política le ha representado recursos adicionales al hospital. Sin embargo, afirman que no es posible que el régimen contributivo mejore en su cobertura pues los mayores empleadores, como el mismo sector público e inclusive el mismo hospital, ya tienen afiliados a su personal de planta, además en la región no se encuentran grandes empresas privadas o proyectos agroindustriales que generen un volumen alto de trabajo. Todo lo anterior lleva a concluir que es bien posible que la actual estructura en el cubrimiento del aseguramiento se mantenga a lo largo del tiempo y que el subsidiado sea con diferencia mucho mayor que el del contributivo.

El hospital administra centros o puestos de salud en los tres municipios y tiene dos ambulancias para la movilización de los pacientes. Al momento de la visita el hospital tenía 29 camas habilitadas y de estas sólo 7 se encontraban ocupadas. Se encontró el hospital en buenas condiciones, con sus laboratorios, urgencias y la logística funcionando y un grupo de médicos dado la atención de citas a los pacientes. Igualmente la recepción de los pacientes se hace a través de ventanilla que solicita el carnet de afiliación a una EPS o la identificación del paciente. Esto se verificó y queda en claro que en los tres hospitales cuando llega un paciente se tiene la capacidad de verificar quien responde por los gastos que este ocasione. En caso de encontrarse un paciente no afiliado, potencial vinculado, se le diligencia el formato de Presisben, diseñado por la secretaria departamental de salud, y se le remite a la secretaría de salud del municipio. Como es conocido, en todos los municipios aún hay cupos para aseguramiento debidamente financiados que no están siendo utilizados. Situación similar se

---

<sup>24</sup> Durante la visita se entrevistó al gerente Jaime González y se adelantó un extenso taller de trabajo con nueve funcionarios de la parte administrativa.

encontró en Facatativa y en los dos hospitales afirmar que han remitido cientos de personas no afiliadas a los municipios. Esto puede explicar en parte el aumento del aseguramiento en los últimos años.

Para el gerente la actividad del hospital se concentra en las actividades típicas de un hospital de primer nivel. De acuerdo con los funcionarios entrevistados se atienden a toda la población menor de 18 años (sentencia de la C. C.), mujeres embarazadas, oftalmología para los de menos de 18 años y más de 60 años, hernias, traumatología, urgencias, odontología y, promoción y prevención y estas son las actividades que concentran la mayoría de la actividad del hospital. Para atender estos servicios en la planta además del personal administrativo tiene 2 odontólogos, 3 bacteriólogos, e jefes de enfermería, 15 auxiliares de enfermería y 2 auxiliares de enfermería. Tiene además 4 médicos generales y 6 médicos rurales que atienden los puestos de salud. El personal administrativo se acerca a las 20 personas y todavía hay en la planta 12 trabajadores oficiales que se encargan de trabajos de logística (cafetería, lavandería, aseo) y 67 trabajadores dedicados a la asistencia de enfermos. El total del personal con contrato es de 92 divididos así: 11 de vigilancia y aseo, 29 es personal administrativo y 52 en su mayoría de personal que presta atención médica. A modo de ejemplo los sueldos mensuales actuales en algunos cargos son: \$4.6 millones la gerencia, \$3.1 millones médico general, \$2.2 médico rural y \$1.5 millones los auxiliares de enfermería. La nómina del hospital es de \$160 millones mensuales.

Como empresa social del estado el hospital de Tocaima factura unos \$6,000 mil millones anuales. Este monto de recursos es alto pues supera inclusive los ingresos corrientes de varios de los municipios que atiende. En Tocaima y sus alrededores es la entidad pública que más recursos maneja e igualmente es uno de los mayores empleadores. Para la gestión del hospital, la consecución de este monto de recursos obliga a una gestión más o menos compleja en donde lo que se busca es garantizar un flujo de recursos permanentes y otro de recursos no estables pero que son *más rentables* para el hospital. A continuación se mencionan las principales fuentes de recursos y la forma como los encargados de la gestión financiera del hospital la consideran.

La fuente más estable de recursos son los contratos con las EPS, estos representan unos \$180 millones de pesos mensuales. Estos recursos le garantizan al hospital el pago de la nómina y parte de los gastos generales. Esta contratación per cápita se hace entre los \$78,000 y \$84,000 para atención de primer nivel de esta población asegurada en el régimen subsidiado. Las diferencias obedecen a que cada negociación con las EPS es diferente tanto en su monto, aunque son muy parecidos, como en el alcance de cobertura que se ofrece o no. Por ejemplo en algunos de estos contratos se incluye el implante subdérmico y/o la colproscopia y en otros no. En donde no se incluyen se cobran por evento. De lo anterior quedan dos enseñanzas las IPS solo reciben entre el 25% y 28% del total de lo que el sistema de salud destina para atender un colombiano afiliado al RS por atención del primer nivel. Segundo, los gerentes de los hospitales tienen una gran flexibilidad para contratar pero al mismo tiempo necesitan un gran conocimiento de tarifas y contratación. Así mismo, consideran que este monto es bajo pero les garantiza un flujo estable de recursos a lo largo del año. Afirman además que este porcentaje de la UPc que les llega ha disminuido a lo largo de los últimos años.

- El mejor negocio para los hospitales es el SOAT de acuerdo con lo que afirman en la gerencia. Este seguro paga lo que ellos llaman tarifa plena SOAT y al mismo tiempo son muy buenos para pagar (puntuales). Este monto de recursos es bajo, menos del 5%, pero por sus características es una fuente estable de recursos que le genera excedente al hospital. Una situación similar se encontró en el hospital de Facatativa en donde por su ubicación geográfica les llega un buen número de pacientes financiados por el SOAT.
- En Tocaima el hospital ha contratado la prestación de los servicios de prevención y promoción. Esta contratación igualmente se hace per cápita y la última tarifa fue de \$11,300. El hospital considera que esta tarifa es buena pues le permite al hospital prestar los servicios y le deja un buen margen de rentabilidad.
- Con el régimen contributivo los contratos que se adelantan son por evento y por lo tanto es difícil proyectar los ingresos por este rubro. Sin embargo, este ha aumentado en los últimos años y ahora representa el 17% del total de los ingresos del hospital. En el RC tienen contratos con Coomeva, Famisanar y Nueva EPs, entre otras. Con cada EPS el contrato es distinto pero, generalmente, se utilizan tarifas SOAT con una descuento del 10% o del 12% en algunos casos. Se considera que esta tarifa es buena pero que igualmente viene disminuyendo lentamente desde hace varios años.
- El hospital igualmente tiene ingresos por la atención de personas afiliadas a los regímenes especiales y a los particulares no que pagan con sus propios recursos. Estos, sin embargo, son poco importantes dentro del total de ingresos.
- Una de las dos principales fuente de recursos del hospital de Tocaima es la atención a vinculados y por servicios no POS. Para la atención de vinculados se adelanta un contrato con la secretaria de salud. De la misma manera se procede con la atención de servicios no POS. Estos contratos tienen ciertas restricciones que son importantes para los hospitales. En primer lugar del contrato de vinculado se descuenta el pago de los aportes patronales del hospital. Se enriende que esta medida se tomo por el no pago de algunos hospitales de dicho aportes en años anteriores. Segundo, desde la Secretaría de Salud se viene controlando el gasto, razón por la cual en los últimos años el valor de dichos contratos ha disminuido. Así mismo, los contratos tienen un techo presupuestal, por ejemplo para este año es de \$700 millones y el hospital estima que al ritmo de gasto actual estos recursos alcanzaran hasta septiembre. Esta es una fuente de recursos que, a pesar de la disminución del valor de los contratos, es muy importante para el hospital.

Lo lógica del gasto No POSs merece un análisis propio. Dado que el hospital de Tocaima, tanto por su nomina como por su equipamiento hospitalario, está solo en capacidad de prestar los servicios de primer nivel y muy poco de segundo nivel; cuando se tiene la obligación de prestar servicios de segundo nivel lo hace a través de personal médico que no se encuentra en su nómina. Esto significa que lo hace a través de médicos que atienden procedimientos de nivel dos que, por cierto, guarda cierta similitud con los la cobertura de del POS contributivo. Estos médicos no lo hacen parte de la nómina (planta) del hospital pero van al hospital y prestan los servicios de consulta y procedimientos en días específicos. Generalmente los fines de semana. Estos servicios No POSs son los de oftalmología entre veinte y sesenta años, urología, cirugía general y gasto, entre las más importantes.

Estos pacientes que atienden los médicos por fuera de planta deber ser remitidos por el médico general. Su atención se financia con los contratos de No POSs con la Secretaría de

Salud del departamento o con los contratos con las EPS del régimen contributivo. En el caso de Tocaima se tiene contratos con gastroenterólogo, oftalmólogo, cirujano y nutricionista, entre otros. Esta situación si bien soluciona la atención de los servicios No POSs, que ratifico la Corte Constitucional en una de sus sentencias, genera problemas tanto para el sistema en su funcionamiento como para las finanzas de salud en el nivel departamental. De una parte, se encuentra que es difícil explicarles a los pacientes que según el carnet que lo cubre, o lo que es lo mismo su fuente de financiamiento como asegurado, puede acceder a unos servicios o medicamentos y a otros no. En esta problemática se encuentran zonas grises que inclusive hacen dudar a los mismos médicos si deben atender algún procedimiento o no.

De otra, los costos de los procedimientos o eventos son altos para el sistema. Por ejemplo, un evento atendido por un gastroenterólogo, interista u oftalmólogo se cobra a tarifa SOAT la cual es dividida entre el hospital y el especialista. Las consultas se dividen 70% para el especialista y 30% para el hospital y los procedimientos usualmente en un 50% para el médico y el 50% restante para el hospital. Al respecto debe mencionarse que si bien el hospital presta sus instalaciones no dispone de equipo especializado para atender a los pacientes, razón por la cual el especialista en muchos casos lleva sus equipos para atender consulta y efectuar los procedimientos. En el hospital de Tocaima si bien se programan algunas cirugías no se opera todos los días pero si se hacen operaciones todas las semanas. Por su nivel de atención gran parte de los pacientes que necesitan operaciones son remitidos a hospitales de segundo o tercer nivel. El cuadro 87 nos muestra el valor de las consultas por especialista y su distribución entre el médico y el hospital. Igualmente las tarifas de algunos procedimientos y su distribución el hospital y el médico.

**Cuadro 87.**  
**Tarifas de Especialista de Eventos No POSs y Régimen contributivo**

	<b>Valor total</b>	<b>Especialista</b>	<b>Hospital</b>
<b>1. Consultas</b>			
Oftalmólogo	\$29,800	\$20,720	\$8,800
Gastroenterólogo	\$27,200	\$19,040	\$8,160
Medicina Interna	\$25,900	\$18,130	\$7,770
<b>2. Eventos</b>			
Catarata	\$1.153,451	\$500,00	\$653,451
Pterigio	\$667,281	\$313,675	\$353,606
Colonoscopia			
- Honorarios	\$248,100	\$173,670	
- Derechos equipo	\$443,400	\$221,400	\$221,400
Esofagogastroduodenoscopia			
- Honorarios	\$121,400	\$84,980	\$35,420
- Derechos equipo	\$239,000	\$119,500	\$119,500

Fuente: Información Hospital de Tocaima

El ingreso de un especialista puede ser alto si se lo compara con los salarios de los médicos que trabajan en nómina en el hospital. Los contratos que se hacen con los especialistas oscilan entre los \$4 millones mensuales para un oftalmólogo y de \$8 millones mensuales para un gastroenterólogo. Sobre todo si se tiene en cuenta que ellos atienden consulta y procedimientos un día o dos a la semana como máximo. Esta situación deja en claro la dificultad que tiene el sistema para atender los eventos No POS y el alto costo de los mismos.

Como vimos los hospitales de primer no tienen la capacidad de prestar estos servicios, por lo cual deben subcontratarlos con especialistas. Estos servicios tienen un alto costo para el hospital. A su vez surge un impase entre las decisiones de atención de los eventos no POS y la especialización por nivel hospitalario que se derivó de la puesta en marcha de la ley 100. Los hospitales de primer nivel se diseñaron para atender las rutinas del POS subsidiado y no las de los eventos no POS. Por eso ante la obligación de atender dichos eventos, se encuentran con la dificultad mencionada de no tener la capacidad para hacerlo.

Por último se debe mencionar que para la compra de medicamentos la hacen por medio de cotizaciones a varias oferentes y seleccionan siempre la más favorable. Se mencionó igualmente que antes se compraron medicamentos con la Cooperativa –Codecun- la cual ofrecía precios favorables para los hospitales. La gerencia del hospital considera que las prácticas de compra de medicamentos son las mismas que utilizan el resto de hospitales y con esta logran precios muy por debajo de los que se cobra al consumidor final.

### **3.4.2 Hospital San Rafael – Facatativa (segundo nivel)<sup>25</sup>**

Este es un hospital moderno cuya construcción es reciente, 2001, y maneja un nivel de complejidad mucho mayor a un hospital promedio de segundo nivel. De hecho, ya hay una solicitud para que sea reconocido como de tercer nivel. Los funcionarios entrevistados consideran que el hospital ya está en transición a III nivel y que es un proceso que se completará en poco tiempo. Es un hospital significativamente más moderno, científicamente más complejo y grande que el hospital de Tocaima. Los funcionarios hacen hincapié en que al ser ESE (empresa social del estado) tiene autonomía fiscal y financiera. Esto significa que la gerencia tiene gran control sobre las decisiones que se tome a interior del hospital, a pesar de tener una junta directiva a la cual se le rinde cuentas. Esta condición facilita los procesos de contratación pues estos se rigen por el derecho privado. La ley 80 no se convierte en una cortapisa para la administración de una entidad tan dinámica como lo es un hospital de esta magnitud.

Baste mencionar que tiene un total de 600 trabajadores de los cuales 110 son de nomina (planta) y el resto 490 son contratistas. Al prestar en su mayoría servicios de segundo nivel no tiene mayor relación con las autoridades locales, las únicas excepciones son Alban y Guayabal y Facatativá en donde el hospital maneja una red de centros y puestos de salud de los cuales 2 de ellos están en Alban y Guayabal. Es un hospital regional que potencialmente atiende hasta 32 municipios y cerca de 600 mil personas.

Sus ingresos para el 2010 llegan a los \$30 mil millones anuales y estos han crecido en los últimos años. Sus principales fuentes de recursos son dos. La primera de ellas es la atención a vinculados que tradicionalmente ha sido la más importante fuente de recursos con más del 50% del total. Esta fuente de recursos, sin embargo, ha perdido participación pues ahora solo explica el 46% del total cuando hace tres años era el 60%. La segunda fuente de recursos son

---

<sup>25</sup> Se adelantó una extensa entrevista con Henry Corredor gerente encargado y Efraín Rodríguez, subgerente administrativo. Igualmente se conto con el apoyo de personal de la parte administrativa.

los contratos con las EPS de los dos regímenes. Entre estas se encuentran: Convida, Ecoopsos, Cafam, Cafesalud, Colsubsidio, Nueva Epps, Solsalud y compensar. En general tienen un buen concepto de la gestión de las EPS aunque, constantemente se presentan quejas por la demora en pagos que se hacen efectivos entre los 60 y 75 días. Esta demora les representa al hospital costos administrativos, financieros al disponer de menores recursos en caja y, permanentes conciliaciones o negociaciones con dichas empresas. En especial se quejan del Caprecom *pues frecuentemente objetan las cuentas que se le envían*. Los ingresos por contratos con EPS del RS han aumentado y entre 2001 y 2010 pasaron de ser el 18% al 30% del total. El contributivo disminuye al pasar del 15% al 8% en el mismo periodo y lo restante se explica por otros ingresos (SOAT, regímenes especiales y particulares).

De acuerdo con la subgerencia financiera los trabajadores del hospital se dividen según tipo de atención así: 180 en servicios ambulatorios (P&P, urgencias y odontología) 40 en apoyo diagnóstico, 180 en hospitalización, 80 en salas de cirugía y, 30 en las UCIs (cuidados intensivos). Desde que el hospital se reconstruyó este no contrata a nadie de planta y trabajador que se retira no se reemplaza. Esto hace que formalmente tenga vacantes en su organigrama sin llenar desde hace varios años. Se hace énfasis en que los trabajadores de planta son muy costosos para el hospital pues se estima que factor prestacional es de 1.92, en tanto que para un contratista este factor es de 1.5 (ley 50). Aún tiene algunos trabajadores oficiales que tienen un muy alto factor prestacional. Algunos de los sueldos son \$12 millones para la gerencia, \$7 millones las subgerencias, \$4.5 los médicos generales y \$1.5 los auxiliares de enfermería. Para los profesionales de la medicina el salario mensual promedio oscila entre los \$3 y \$4 millones mes. La diferencia se explica por la especialización de cada uno de los profesionales contratados que recibe un pago por hora diferente, entre \$35,000 hora y \$55,000 hora. Los turnos igualmente son distintos por médico y fluctúan entre las 6 y las 8 horas.

La visita corroboró un alto nivel de ocupación de las camas disponibles e, inclusive en algunas salas como la de maternidad y de problemas respiratorios se encontraban con ocupación total. El HSRF tiene un alto nivel de utilización de sus salas de cirugía y de sus UCIs.

#### A modo de reflexión

Al comparar con el hospital de Tocaima se encuentra que la naturaleza de la gestión de cada uno de los dos hospitales es diferente. Una de las más importantes diferencias en la gestión financiera se encuentra en que el HSRF no contrata especialistas por evento para atender los eventos no POS; por el contrario tienen contratos de un año de vigencia con los especialistas, como se mencionó por hora. Este le permite atender este tipo de eventos a un costo mucho menor a los que incurre el hospital de Tocaima. Al mencionar las tarifas que se pagan en el hospital de primer nivel, los funcionarios afirmaron que en el hospital de Facatativá el costo de los procedimientos o eventos, e inclusive de las consultas, era por lo menos un 50 % más económico. Se cuestiona esta forma de contratación de los hospitales de primer nivel y se propone que en vez de contratar estos servicios no POS, se concentren en mandar los pacientes a los hospitales de segundo nivel. Con esto se concentrarían los hospitales de primer nivel en las funciones de su nivel y dejarían esto para el resto de hospitales. Estas prácticas de

contratación la consideran una desviación del sistema de salud y van en contra del concepto de red hospitalaria que está impulsado el departamento.

La discusión deja entrever que una inequitativa distribución de los recursos de la UPC entre los niveles de atención. La subgerencia estima que los \$290 mil aprox. de una UPC se distribuyen así: 40% primer nivel (incluye prevención y promoción), 12% segundo nivel de atención, 8% tercer nivel, 4% reaseguramiento, 16% alto costo y, finalmente un 8% de administración. Con esta distribución queda menos del 20% para la atención de segundo y tercer nivel, porcentaje que se considera bajo. Según esta crítica hay una concentración de recursos en los hospitales de primer nivel en detrimento de los otros dos niveles. Así mismo, en la actual coyuntura todos los hospitales busca tener el mayor monto posible de recursos del RS, inclusive el HSRF sigue esa directriz con éxito. Sin embargo, atender u mayor número de municipios en el primer nivel le representaría alejarse de su especialización y entrar en competencia directa con los hospitales de primer nivel; con lo cual además de alguna manera se daría también una desviación del sistema.

Lo anterior, resulta importante que se tenga en cuenta ya que con el proceso de unificación de los planes de beneficio, se entra en una situación en la cual los hospitales de segundo nivel están en capacidad de prestar todos los servicios. Por el contrario, los hospitales de primer nivel no se encuentran en la misma situación y entrarían en una situación en la cual o, profundizan aún más la contratación con especialistas o, mejoran su nómina de médicos y su infraestructura para prestar este tipo de servicios. La decisión para el sistema como un todo no es fácil pues favorecer a los hospitales de segundo nivel implica ciertas restricciones financieras para los de segundo nivel. Sin embargo, hay que tener en cuenta los hospitales ya tienen esa capacidad instalada y que esta se debería utilizar en vez de invertir recursos adicionales en los hospitales de primer nivel.

Por último, es preocupante que aún la red adscrita de Cundinamarca aún dependa en un alto porcentaje de los contratos del RS y, de la atención a vinculados y de eventos No POSs con la Secretaría de Salud. Dado que estos recursos en mayor o menor medida seguirán fluyendo a los hospitales públicos, de facto son los únicos que prestan los servicios de salud en un alto número de municipios, se debe pensar en la mejor manera de hacer llegar estos recursos a estas IPS públicas.

### **3.4.3 Hospital La Samaritana – Bogotá (Tercer nivel)**

Es el hospital más grande de la red adscrita de Cundinamarca. Es un hospital centenario que ha heredado una serie de problemas estructurales que hacen difícil su situación financiera, a pesar de los esfuerzos por mejorar su gestión en los últimos años. A continuación se hará un breve resumen de la composición de sus ingresos y gastos, en donde se puede adelantar que mantiene el mismo tipo de gestión con las EPS y con las entidades territoriales al San Rafael de Facatativa en la forma de contratación por eventos y en las tarifas que cobra. Seguidamente se prestará atención a la difícil situación en el manejo de nómina que lo convierte en un hospital con una debilidad en su estructura financiera que le hace muy difícil competir con el resto IPSs.



Antes de entrar a analizar los problemas financieros del hospital hay que mencionar que el hospital se encuentra en muy buenas condiciones y sus laboratorios, salas de cirugías (8), UCIs (4) y habitaciones funcionan en forma debida. Tiene un alto nivel de ocupación y se caracteriza por tener un alto número de operaciones de complejidad medida y alta. Así mismo, la consulta externa funciona y tienen un muy alto nivel de utilización. En general su gestión hospitalaria es muy similar al hospital de Facatativá pero con la salvedad que los procedimientos que adelanta en muchos son de alta complejidad por ser de tercer nivel.

En la estructura de sus ingresos y gastos se encontró que conserva la misma tendencia que el HSRF, una alta dependencia de los contratos por la atención a vinculados y eventos No POSs con la secretaría de de salud departamental. Esta se convierte en la principal fuente de recursos. Sin embargo, a diferencia de los otros dos hospitales analizados, La Samaritana no ha generado un mayor volumen de recursos por otras fuentes de ingresos y por el contrario depende en gran medida de fuentes no tradicionales de ingresos. Entre estas se encuentran los aportes directos del departamento y el producto de la estampilla pro hospitales universitarios que explican más del 30% del total de los ingresos del hospital. De otra parte los ingresos por la venta de servicios a los RC y RS son muy bajos y apenas explican poco más del 14% del total de los ingresos. El hospital igualmente recibe parte de sus recursos por concepto de una participación del SGP que le giran vía la secretaría departamental. En resumen, este hospital aún no genera un volumen alto de recursos por venta de servicios que le consolide su autonomía fiscal. Preocupa el bajo nivel de venta de servicios a los RC y RS dado que al momento de igualarse los dos planes de beneficios, el gasto de vinculados y de servicios no POS disminuirá, con lo cual los ingresos del hospital se verían severamente afectados. Aunque es necesario hacer un análisis más detallado tanto del primer análisis de la información del SIHO como del trabajo de campo, se puede concluir en forma preliminar que el hospital se asemeja más a una IPS que se financia con recursos de oferta y no con la venta de servicios.

De otra parte al analizar los gastos se encuentra que la composición de la planta de trabajadores es muy distinta a la de los hospitales de Tocaima y Facatativá. La Samaritana tiene 500 trabajadores de planta de los cuales 90 son trabajadores oficiales y 300 de ellos cobran retroactividad de las cesantías. Esto significa que el factor prestacional de estos trabajadores es muy alto. Una gran parte ellos es inclusive superior al 2.5 y el promedio puede estar en 2.2. Por supuesto esta es una nómina muy costosa para el hospital y es de las más costosas de todos los hospitales de la red adscrita. Un ejemplo puede ilustrar la situación, un jefe de enfermeros con un sueldo base de \$1.8 mes, con el factor prestacional de 2.65 le cuesta efectivamente cerca \$60 millones al hospital. Este valor es tan alto como el contrato promedio que le hacen a un especialista. En total tiene contratados 180 médicos especialistas y esta nómina es de \$14,000 millones al año, para un promedio \$77 por profesional. Estos gastos son aproximadamente el 20% del total del gasto corriente del hospital.

El resto de la planta son médicos que contratan por horas, los cuales hacen turnos de 6 a 8 horas día y el doble de tiempo los fines de semana. El pago es por horas y las tarifas según especialistas están entre \$40,000 y \$55,000. Además gran parte de los servicios están tercerizados con cooperativas o empresas de empleos temporales.

Por supuesto, la conclusión sobre la asignación de los recursos del hospital no es la mejor en la medida que destina la mayor parte de su ingresos a financiar un nómina de planta muy costosa. Razón por la cual busca reducir su gasto con la contratación de los médicos especialistas y el resto del personal que se encarga de labores administrativas y de logística. Además, con esta estructura de ingresos y gastos no puede ser competitivo con el resto de IPSs.

Finalmente, para ver en detalle la situación financiera de estas IPS's a nivel usos y fuentes de recursos, se presenta a continuación las ejecuciones presupuestales e indicadores fiscales calculados para los tres hospitales públicos visitados.

**Cuadro 88. Ejecución de ingresos Hospital la Samaritana**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	45,248	59,387	58,412	61,971	60,115	61,617	66,419	61,896
<b>1. Ingresos corrientes</b>	45,248	59,335	58,236	61,806	59,609	60,671	65,286	61,159
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	38,684	50,358	51,023	53,717	52,093	52,308	55,546	49,927
1.1.1 Régimen Subsidiado	5,928	8,099	6,291	6,903	1,881	5,778	6,268	7,978
1.1.2 Régimen Contributivo	636	878	923	1,186	5,635	2,585	3,473	3,255
1.1.3 Atención vinculados	28,402	37,737	41,552	38,176	38,068	33,531	34,105	30,976
1.1.4 SOAT (diferentes a Fosyga)	2,036	1,480	2,258	2,271	2,732	2,667	2,640	2,257
1.1.5 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	-	-	-	5,181	-	-	-	-
1.1.6 Otras ventas de servicios de Salud	1,683	2,165	-	-	3,777	7,747	9,061	5,461
1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	214	946	196	-	84	-	-	-
1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios	1,977	3,660	937	95	9,084	11,789	733	8,710
1.5 Otros ingresos corrientes	120	142	52	-	592	1,290	1,804	1,777
<b>2. Ingresos de capital</b>	-	52	176	165	505	946	1,133	737

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 89. Ejecución de gastos Hospital la Samaritana**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de gastos</b>	38,709	48,288	58,178	60,836	61,009	64,388	75,519	72,587
<b>1. Gasto corriente</b>	34,668	42,051	44,245	47,288	46,159	40,392	41,742	43,479
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	30,897	36,362	38,330	39,929	40,403	33,230	33,770	35,557
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	27,127	30,674	32,416	32,570	34,647	26,067	25,797	27,635
1.1.1.1 Sueldos personal de nómina	10,964	10,026	9,903	9,815	9,561	8,928	12,214	8,346
1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos	2,097	2,200	2,130	2,105	2,111	1,896	8,302	1,704
1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	4,346	3,767	3,254	3,152	2,944	2,517	1,705	2,291
1.1.1.4 Contribuciones inherentes a la nómina	4,433	5,216	5,425	5,557	5,799	5,185	2,208	5,359
1.1.1.5 Servicios personales indirectos	5,287	9,466	11,704	11,941	14,231	7,541	5,611	9,936
1.1.2 Gastos generales	3,770	5,688	5,914	7,359	5,756	7,163	7,972	7,922
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	3,983	5,899	13,107	13,215	10,365	19,447	25,254	26,889
1.2.1 Medicamentos	1,893	2,527	6,439	7,383	4,829	-	676	6,888
1.2.2 Otros Gastos de Operacion	2,090	3,371	6,668	5,831	5,535	19,447	24,578	20,001
<b>2. Transferencias corrientes</b>	56	339	476	334	40	91	676	77
2.1 Pago directo de pensionados o jubilados	-	-	-	-	-	-	-	-
2.2 Otras transferencias corrientes	56	339	476	334	40	91	676	77
<b>3. Inversión</b>	2	-	350	-	4,445	4,457	7,847	2,143

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 90. Ejecución de ingresos Hospital de Facatativá**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	15,941	17,669	19,479	19,556	21,599	23,598	23,966	26,649
<b>1. Ingresos corrientes</b>	15,800	17,246	19,341	19,543	21,583	23,584	23,963	25,979
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	15,052	17,246	19,341	19,228	21,325	23,182	23,782	25,979
1.1.1 Régimen Subsidiado	2,883	3,013	3,602	4,043	3,991	4,614	5,383	7,550
1.1.2 Régimen Contributivo	227	723	866	1,264	1,476	1,427	668	1,251
1.1.3 Atención vinculados	10,345	11,823	13,057	12,726	13,783	14,125	15,054	14,719
1.1.4 SOAT (diferentes a Fosyga)	321	264	329	-	603	546	686	653
1.1.5 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	-	-	93	-	-	-	215	217
1.1.6 Otras ventas de servicios de Salud	1,275	1,424	1,393	1,194	1,472	2,470	1,776	1,590
1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	286	-	-	-	-	111	-	-
1.3 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios	462	-	-	315	-	-	-	-
1.4 Otros ingresos corrientes	-	-	-	-	258	290	181	-
<b>2. Ingresos de capital</b>	13	5	7	13	16	14	3	474
<b>3. Otros ingresos</b>	128	418	131	-	-	-	-	195

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 91. Ejecución de gastos Hospital de Facatativá**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de gastos</b>	14,114	14,893	17,352	20,519	22,823	24,097	24,194	25,472
<b>1. Gasto corriente</b>	13,573	14,713	17,253	20,322	22,766	24,073	24,029	25,266
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	12,549	12,956	15,098	17,829	20,737	21,776	21,912	22,455
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	10,857	10,682	12,560	14,771	17,396	18,198	17,952	18,664
1.1.1.1 Sueldos personal de nómina	3,028	2,808	3,089	3,324	3,331	3,120	2,969	2,869
1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos	128	81	191	184	81	80	75	70
1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	1,356	972	1,210	936	1,098	938	896	837
1.1.1.4 Contribuciones inherentes a la nómina	2,050	1,653	1,523	1,720	1,570	1,604	1,419	1,369
1.1.1.5 Servicios personales indirectos	4,294	5,168	6,546	8,608	11,316	12,457	12,593	13,519
1.1.2 Gastos generales	1,692	2,274	2,538	3,058	3,341	3,578	3,961	3,791
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	1,024	1,757	2,155	2,492	2,029	2,297	2,116	2,811
1.2.1 Medicamentos	308	590	791	1,079	916	-	-	-
1.2.2 Otros Gastos de Operación	716	1,167	4,020	3,905	4,421	-	-	-
<b>2. Transferencias corrientes</b>	79	180	87	197	57	23	166	206
2.1 Pago directo de pensionados o jubilados	-	-	-	-	-	1	78	-
2.2 Otras transferencias corrientes	79	180	87	197	57	22	88	206
<b>3. Inversión</b>	462	-	12	-	-	-	-	-

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 92. Ejecución de ingresos Hospital de Tocaima**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de ingresos</b>	4,727	5,209	5,223	6,093	4,917	5,086	4,650	5,249
<b>1. Ingresos corrientes</b>	4,725	5,209	5,215	6,093	4,917	5,086	4,606	5,249
<b>1.1 Venta de servicios de salud</b>	4,686	5,130	5,101	4,964	4,883	4,813	4,606	5,149
1.1.1 Régimen Subsidiado	2,070	2,230	2,354	2,322	2,442	2,526	2,649	2,700
1.1.2 Régimen Contributivo	209	150	191	243	190	208	140	338
1.1.3 Atención vinculados	2,140	1,941	1,828	1,718	1,597	1,674	1,199	1,373
1.1.4 SOAT (diferentes a Fosyga)	14	18	26	-	32	30	30	-
1.1.5 Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	-	-	121	179	69	78	302	-
1.1.6 Otras ventas de servicios de Salud	253	791	580	503	552	298	286	737
<b>1.2 Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios</b>	-	-	-	-	-	136	-	100
<b>1.3 Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios</b>	39	78	115	282	34	136	-	-
<b>1.4 Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios</b>	-	-	-	846	-	-	-	-
<b>2. Ingresos de capital</b>	-	-	-	-	-	-	43	-
<b>3. Otros ingresos</b>	2	-	8	-	-	-	-	-

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 93. Ejecución de gastos Hospital de Tocaima**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total de gastos</b>	5,185	5,286	5,302	5,574	5,643	5,383	4,965	4,686
<b>1. Gasto corriente</b>	5,116	5,109	5,282	5,565	5,643	5,379	4,965	4,686
<b>1.1 Gastos de funcionamiento</b>	4,629	4,637	4,618	5,072	5,186	5,010	4,763	4,364
<b>1.1.1 Gastos de personal</b>	3,853	3,479	3,840	4,167	4,163	4,024	3,956	3,658
1.1.1.1 Sueldos personal de nómina	1,750	1,550	1,623	1,608	1,679	1,569	1,405	1,315
1.1.1.2 Horas extras, dominicales y festivos	49	55	103	95	87	58	47	70
1.1.1.3 Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	705	524	505	532	698	473	322	386
1.1.1.4 Contribuciones inherentes a la nómina	1,031	822	775	753	598	776	744	817
1.1.1.5 Servicios personales indirectos	318	529	834	1,180	1,102	1,148	1,438	1,071
<b>1.1.2 Gastos generales</b>	776	1,158	778	906	1,023	986	807	705
<b>1.2. Gastos de operación comercial y prestación de servicios</b>	487	472	664	493	457	369	201	323
<b>1.2.1 Medicamentos</b>	212	199	227	198	123	-	68	133
<b>1.2.2 Otros Gastos de Operación</b>	275	273	437	295	334	369	134	190
<b>2. Transferencias corrientes</b>	40	149	20	9	-	4	-	-
<b>2.1 Pago directo de pensionados o jubilados</b>	-	-	-	-	-	4	-	-
<b>2.2 Otras transferencias corrientes</b>	40	149	20	9	-	-	-	-
<b>3. Inversión</b>	29	28	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 94. Indicadores Hospital de la Samaritana**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ahorro primario	10,581	17,285	13,991	14,518	13,450	20,279	23,544	17,680
Participación de los gastos de personal en los de funcionamiento	87.8%	84.4%	84.6%	81.6%	85.8%	78.4%	76.4%	77.7%
Capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento	68.3%	61.3%	65.8%	64.6%	67.8%	54.8%	51.7%	58.1%
Autofinanciación de la inversión	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	7.3%	6.9%	10.4%	3.0%

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 95. Indicadores Hospital de Facatativá**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ahorro primario	2,226	2,534	2,088	- 779	- 1,183	- 489	- 66	713
Participación de los gastos de personal en los de funcionamiento	86.5%	82.5%	83.2%	82.8%	83.9%	83.6%	81.9%	83.1%
Capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento	79.4%	75.1%	78.1%	91.2%	96.1%	92.3%	91.4%	86.4%
Autofinanciación de la inversión	3.3%	-	0.1%	-	-	-	-	-

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

**Cuadro 96. Indicadores Hospital de Tocaima**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ahorro primario	- 391	100	- 67	528	- 726	- 293	- 358	562
Participación de los gastos de personal en los de funcionamiento	83.2%	75.0%	83.1%	82.1%	80.3%	80.3%	83.1%	83.8%
Capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento	98.0%	89.0%	88.5%	83.3%	105.5%	98.5%	103.4%	83.1%
Autofinanciación de la inversión	0.6%	0.5%	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cálculos del autor con base en el SIHO.

## Anexos

### Anexo 1. Provincias de Cundinamarca y municipios

PROVINCIA	MUNICIPIOS	CABECERA PROVINCIAL
ALMEIDAS	CHOCONTA, MACHETA, MANTA, SESQUILE, SUESCA, TIBIRITA Y VILLAPINZON.	CHOCONTA
TOTAL MUNICIPIOS: 7		
ALTO MAGDALENA	AGUA DE DIOS, GIRARDOT, GUATAQUI, JERUSALEN, NARIÑO, NILO, RICAURTE Y TOCAIMA.	GIRARDOT
TOTAL MUNICIPIOS: 8		
BAJO MAGDALENA	GUADUAS, CAPARRAPI Y PUERTO SALGAR.	GUADUAS
TOTAL MUNICIPIOS: 3		
GUALIVA	ALBÁN, LA PEÑA, LA VEGA, NIMAIMA, NOCAIMA, QUEBRADA NEGRA, SAN FRANCISCO, SASAIMA, SUPATÁ, UTICA, VILLET A Y VERGARA	VILLET A
TOTAL MUNICIPIOS: 12		
GUAVIO	GACHALA, GAMA, GACHETA, GUASCA, GUATAVITA, JUNIN, LA CALERA Y UBALA	GACHETA
TOTAL MUNICIPIOS: 8		
MAGDALENA CENTRO	BELTRAN, BITUIMA, CHAGUANI, GUAYABAL DE SIQUIMA, PULI, SAN JUAN DE RIOSECO Y VIANI	SAN JUAN DE RIOSECO
TOTAL MUNICIPIOS: 7		
MEDINA	MEDINA Y PARATEBUENO	MEDINA
TOTAL MUNICIPIOS: 2		
ORIENTE	CAQUEZA, CHIPAQUE, CHOACHI, FOMEQUE, FOSCA, GUAYABETAL, GUTIERREZ, QUETAME, UBAQUE Y UNE	CAQUEZA
TOTAL MUNICIPIOS: 10		
RIONEGRO	EL PEÑON, LA PALMA, PACHO, PAIME, SAN CAYETANO, TOPAIPI, VILLAGOMEZ Y YACOPI	PACHO
TOTAL MUNICIPIOS: 8		
SABANA CENTRO	CAJICA, CHIA, COGUA, COTA (*), GACHANCIPA, NEMOCON, SOPO, TABIO, TENJO (*), TOCANCIPA Y ZIPAQUIRA	ZIPAQUIRÁ
TOTAL MUNICIPIOS: 11		
SABANA OCCIDENTE	BOJACA, EL ROSAL, FACATATIVA, FUNZA, MADRID, MOSQUERA, SUBACHOQUE Y ZIPACON	FACATATIVA
TOTAL MUNICIPIOS: 8		
SOACHA	SIBATE, SOACHA	SOACHA
TOTAL MUNICIPIOS: 2		
SUMAPAZ	ARBELAEZ, CABRERA, FUSAGASUGA, GRANADA, PANDI, PASCA, SAN BERNARDO, SILVANIA, TIBACUY Y VENECIA	FUSAGASUGA
TOTAL MUNICIPIOS: 10		
TEQUENDAMA	ANAPOIMA, ANOLAIMA, APULO, CACHIPAY, EL COLEGIO, LA MESA, QUIPILE, SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA, TENA Y VIOTA	LA MESA
TOTAL MUNICIPIOS: 10		
UBATE	CARMEN DE CARUPA, CUCUNUBA, FUQUENE, GUACHETA, LENGUAZAQUE, SIMIJACA, SUS A, SUTATAUSA, TAUSA Y UBATE	UBATE
TOTAL MUNICIPIOS: 10		

Fuente: <http://www.cundinamarca.gov.co>

## Anexo 2. Cobertura de afiliación al RS por municipio 2009

Cobertura 2008 (%)	Municipio
100%	CACHIPAY
	CAPARRAPI
	COTA
	FOSCA
	FUQUENE
	GUATAVITA
	MOSQUERA
	NILO
	NOCAIMA
95% - 99%	LA PEÑA
	TENJO
	CUCUNUBA
	NEMOCON
	SUBACHOQUE
	ARBELAEZ
	MADRID
	MEDINA
90% - 94%	CHOCONTA
	PACHO
	EL COLEGIO
	GUASCA
	GACHALA
	VENECIA
	CARMEN DE CARUPA
	SUSA

Cobertura 2008 (%)	Municipio
85% - 90%	FOMEQUE
	GACHETA
	ANAPOIMA
	MANTA
	UTICA
	CHIPAQUE
	VIOTA
	TABIO
	SOPO
	JERUSALEN
	GUACHETA
	CHIA
80% - 85%	TOCANCIPA
	JUNIN
	LA CALERA
	CHAGUANI
	TIBIRITA
	COGUA
	VILLAPINZON
	TENA
	EL ROSAL
	NIMAIMA
	BOJACA
	CABRERA

Cobertura 2008 (%)	Municipio
70% - 79%	FUNZA
	GUAYABETAL
	LA MESA
	UBALA
	LA PALMA
	FACATATIVA
	CAJICA
	GUATAQUI
	VIANI
	MACHETA
	BITUIMA
	GUAYABAL DE SIQUIMA
	LENGUAZAQUE
	GUADUAS
	VILLAGOMEZ
	SUESCA
	SUPATA
	ZIPACON
	VILLETEA
	SAN BERNARDO

Cobertura 2008 (%)	Municipio
60% - 69%	CAQUEZA
	EL PEÑON
	LA VEGA
	GUTIERREZ
	UNE
	BELTRAN
	ALBAN
	TOPAIPÍ
	TOCAIMA
	TIBACUY
	GACHANCIPA
	NARIÑO
	YACOPI
	UBAQUE
	AGUA DE DIOS
	SUTATAUSA
	FUSAGASUGA
	RICAURTE
	TAUSA
	ZIPAQUIRA
	VERGARA
	SASAIMA

Cobertura 2008 (%)	Municipio
50% - 59%	SIMIJACA
	UBATE
	GRANADA
	CHOACHI
	GIRARDOT
	SAN CAYETANO
	PUERTOSALGAR
	SAN JUAN DE RIO SECO
	SOACHA
	QUIPILE
	SESQUILE
30% - 49%	APULO
	SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA
	PAIME
	SAN FRANCISCO
	SILVANIA
	SIBATE
	PARATEBUENO
	PASCA
	PANDI
	QUEBRADA NEGRA
	ANOLAIMA
	GAMA
	QUETAME
	PULI

Fuente: Información Secretaría de Salud Departamental.



### Anexo 3. Población en área de influencia de los hospitales pertenecientes a la Red Adscrita contratada

HOSPITAL	Población (área de influencia)
Anolaima	21,055
Arbeláez	36,588
Carmen de Carupa	8,767
Chía	131,033
Chocontá	53,712
El Colegio	21,040
Fómeque	29,739
Guachetá	11,499
Guaduas	54,978
Guatavita	20,107
La Palma	26,846
La Vega	35,205
Madrid	250,753
Medina	17,545
Nemocon	12,174
Puerto Salgar	16,769
S J de Rioseco	21,381
Sasaima	10,400
Sesquillé	38,978
Soacha	486,512
Sopó	23,384
Tabio	22,131
Tenjo	19,224
Tocaima	94,792
Vergara	13,607
Villeta	41,506
Viotá	13,408
<b>Total I Nivel</b>	<b>1,533,133</b>

HOSPITAL	Población (área de influencia)
Cáqueza	56,011
Facatativá	126,999
Fusagasugá	156,999
Gachetá	39,779
La Mesa	71,617
Pacho	41,613
Ubaté	93,301
Zipaquirá	177,447
<b>Total II Nivel</b>	<b>763,766</b>

HOSPITAL	Población (área de influencia)
Girardot	130,130
La Samaritana (Bogotá)	-
<b>Total Nivel II</b>	<b>-</b>

Fuente: Secretaría de Salud Departamental.

## ANEXO 4. Hospitales analizados con información del SIHO 2002-2009

### 2002

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETÁ	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETÁ

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	23
----------------------	----

Municipio	Hospital
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2002</b>	33
-------------------	----

### 2003

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETÁ	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETÁ

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	23
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2003</b>	33
-------------------	----

2004

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	23
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2004</b>	33
-------------------	----

2005

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
MEDINA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	24
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2005</b>	34
-------------------	----

2006

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
MEDINA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	24
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2006</b>	34
-------------------	----

2007

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
MEDINA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	24
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GIRARDOT	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE GIRARDOT

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	2
----------------------	---

<b>TOTAL 2007</b>	34
-------------------	----

2008

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
MEDINA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	24
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	1
----------------------	---

<b>TOTAL 2008</b>	33
-------------------	----

2009

Municipio	Hospital
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
ARBELÁEZ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CHÍA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
CHOCONTÁ	ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
EL COLEGIO	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
FOMEQUE	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUACHETÁ
GUADUAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
LA VEGA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
MEDINA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
SAN JUAN DE RÍO SECO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
SASAIMA	ESE HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA
SESQUILÉ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE
SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOPÓ	ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR
TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TOCAIMA	ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA
VILLETA	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

<b>TOTAL NIVEL 1</b>	24
----------------------	----

Municipio	Hospital
ZIPAQUIRÁ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAQUEZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
FACATATIVÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
GACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA
LA MESA	ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
PACHO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

<b>TOTAL NIVEL 2</b>	8
----------------------	---

Municipio	Hospital
Bogotá D.C	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

<b>TOTAL NIVEL 3</b>	1
----------------------	---

<b>TOTAL 2009</b>	33
-------------------	----