



**DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO DE CONTRATACIÓN**

**APOYO A LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE CONTRATACIÓN PARA LAS
ATENCIÓNES EN SALUD DE LA POBLACION VINCULADA A CARGO DEL
DEPARTAMENTO- DSSA. AÑO 2006**

PAULA ANDREA DURAN GALLEGO

INFORME FINAL

**JAIME ALBERTO JIMENEZ LOTERO
Asesor Académico**

**CARLOS MARIO ARISTIZABAL ZULUAGA
Asesor Institucional**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“Héctor Abad Gómez”
PRÁCTICA ACADÉMICA
MEDELLÍN
2006**

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE ANEXOS	10
1.INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo General	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. MARCO TEORICO	14
3.2. Población Objeto	15
3.3 Servicios de salud subsidiados por la DSSA.	16
3.4 Contratación de Servicios	16
3.4.1 Gestión de Contratación de Servicios de Salud	17
3.4.1.1 Indicadores.....	18
3.4.1.2 Clasificaciones para el cálculo de los indicadores.....	18
4. MARCO LEGAL	21
5. METODOLOGÍA	24
5.1. Tipo de Estudio	24
5.2. Unidad de observación	24
5.3. Universo de estudio	24
5.4. Fuentes de Información	24
5.5 Recolección de Datos	25
5.5.2. Validación de los Registros Individuales de Atención RIPS:	26
5.5.2.1 Informes preliminares a la importación de los RIPS:	26
5.5.2.2. Informes de validación de los RIPS:	26
5.5.2 Procesamiento de datos:.....	27
5.5.2.1 Importación de RIPS:	27
5.5.2.2 Consolidación de RIPS:	27
5.5.2.3. Algoritmo de clasificación:	27
5.6. Análisis de la información	28
5.7 Elaboración de Informes:	28
5.8 Elaboración de base de datos de la Red de Prestadores:	28
6. PRODUCTOS	30
6.1. Consolidado de RIPS del segundo semestre del 2006 según valores facturados por hospital y número de usuarios.	30
6.1.1 Análisis de Indicadores de gestión d <i>de casuística, case-mix y monitoreo de contratos. Año 2004 - 2005 - 2006.</i>	30

6.4 Análisis comparativo del gasto en la atención de pacientes de alto costo durante el periodo 2004-2006	59
6.2 Caracterización de pacientes atendidos por acción de tutela en el 2006.....	60
Atenciones por acción de tutela a cargo de la DSSA. Antioquia, 2006	61
6.2.1 Caracterización de la población Atendida:.....	62
6.2.2 Caracterización de los servicios:	65
6.3 Caracterización de la población desplazada atendida en la red de servicios contratada por la DSSA. Antioquia 2006.....	68
Servicios de salud prestados a la población desplazada a cargo de la DSSA. Antioquia, 2006	68
6.3.1 Caracterización de la población atendida:	69
6.3.2. Caracterización de los servicios.....	73
6.3.2 Morbilidad y Mortalidad.....	74
6.5 Base de datos local en Access de la red contratada por el Departamento para la atención de su población objetivo.	76
6.6 Publicación del portafolio de servicios por medio de la página web de la DSSA.	81
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA	91

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Composición del gasto por componentes. Antioquia, 2004 - 2006.....	31
Tabla 2. Composición del gasto por componentes según subnivel de complejidad.....	32
Tabla 3. Composición del gasto por componentes subnivel 30 - Alta demanda (HUSPV, Pablo Tobón y Hospital General).	33
Tabla 4. Composición del gasto por componentes en los hospitales del subnivel	34
Tabla 5. Principales Actividades Finales según Composición del Gasto - Antioquia 2004-2006 (Composición del gasto total por actividad final).....	35
Tabla 6. Composición del gasto total por actividad final según nivel de complejidad. Antioquia 2004 a 2006.....	36
Tabla 7. Composición del gasto total de las primeras 10 actividades finales en el subnivel 30 - Alta demanda - Antioquia 2004 a 2006.	38
Tabla 8. Composición del gasto total por las 10 primeras (CDM) Categoría Diagnóstica Mayor.	41
Tabla 9. Estado a la salida de Hospitalización y Urgencias. Antioquia 2004 a 2006.....	43
Tabla 10. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según total de Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) específica.....	44
Tabla 11. Proporción de mortalidad por egreso Urgencias según las 10 primeras Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) específica. Antioquia 2004- 2006.	45

Tabla 12. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según 10 primeras Actividades finales. Antioquia 2004 a 2006	47
Tabla 13. Proporción de mortalidad por egreso Urgencias según total de Actividad final. Antioquia 2004 -2006.....	50
Tabla 14. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según instituciones públicas. Antioquia 2004 a 2006.....	50
Tabla 15. Mortalidad por egreso hospitalario según instituciones privadas. Antioquia 2004 a 2006	53
Tabla 16. Total de la Proporción de mortalidad por egreso Urgencia según institución. Antioquia 2004 a 2006.....	54
Tabla 17. Estadísticos de los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)- Antioquia 2004 a 2006.....	56
Tabla 18. Proporción total días de hospitalización- Antioquia 2004 a 2006.	57
Tabla 19. Proporción de la población atendida según departamento de residencia. Antioquia 2004 a 2006.	58
Tabla 20. Participación del valor de los outliers del subnivel 20 y 21 sobre el gasto total. Antioquia 2004 a 2006.	59
Tabla 21 . Distribución de la población atendida por tutela según el género y el tipo de afiliación. Antioquia 2006.....	63
Tabla 22. Servicios prestados a la población a cargo del departamento que presentaron tutela para acceder al servicio. Antioquia 2006.....	65
Tabla 23. Valor facturado a la DSSA según institución que prestó el servicio. Antioquia 2006	66
Tabla 24. Causas de muerte a la salida de Urgencias y Hospitalización de pacientes atendidos por tutela. Antioquia 2006.....	68
Tabla 25. Valor y Servicios prestados a la población desplazada cargo del departamento. Antioquia 2006.....	73

Tabla 26. Valor facturado a la DSSA según institución que prestó el servicio. Antioquia 200674

Tabla 27. Causas de muerte a la salida de Hospitalización de usuarios desplazados. Antioquia 2006.76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comportamiento del Gasto por Componentes comparativo entre 2004-2005 y 2006 en Antioquia.	31
Figura 2. Comportamiento Porcentual del Gasto por subnivel de Complejidad - Antioquia 2004 a 2006	33
Figura 3. Composición del gasto en Hospitales del subnivel 30 Alta demanda - Antioquia 2004 a 2006.	34
Figura 4. Comportamiento de las Actividades Finales según Nivel de Complejidad - Antioquia 2004 a 2006.	36
Figura 5. Composición del gasto total por actividad final según subnivel de complejidad, atenciones y valor facturado - Antioquia 2004 a 2006.	37
Figura 6. Distribución porcentual de actividades finales en el subnivel 30 - Alta demanda. Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 11).	39
Figura 7. Distribución de la composición del gasto total por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM), 13 primeras actividades finales - Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 12)	40
Figura 8. Estado a la salida de Hospitalización y Urgencias- Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 14)	43
Figura 9. Mortalidad a la Salida de Urgencias según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) específica. Antioquia 2004 a 2006.	46
Figura 10. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según total de Actividad final - Antioquia 2004 a 2006.	48
Figura 11. Distribución de mortalidad por egreso Urgencias según 10 primeras Actividad finales. Antioquia 2004 -2006.	49
Figura 12. Estado a la Salida de Hospitalización en Hospitales Públicos - Antioquia 2004 a 2006.	51
Figura 13. Proporción de Mortalidad a la Salida de Urgencias - Antioquia 2004 a 2006.	55

Figura 14. Proporción de Outliers según subnivel de Complejidad N20, N21 y N22 - Antioquia 2004 a 2006.....	59
Figura 15. Participación proporcional de los Outliers del subnivel 20, 21 y 22 - Antioquia 2004 a 2006.....	60
Figura 17. Distribución por grupos de edad y género de los usuarios atendidos por tutela a cargo de la DSSA. Antioquia 2006.	64
Figura 18. Principales instituciones que prestaron servicios de salud a cargo de la DSSA por acción de tutela. Antioquia 2006	64
Figura 19. 10 primeros diagnosticos en Consulta Externa en la poblacion atendida por tutela. Antioquia 2006	67
Figura 20. Atenciones brindadas a la población desplazada según tipo de usuario. Antioquia 2006	70
Figura 21. Distribución por grupos de edad y género de los usuarios desplazados a cargo de la SSA. Antioquia 2006.	71
Figura 22. Proporción de usuarios desplazados según municipio de residencia a cargo de la DSSA. Antioquia 2006.....	72
Figura 23. Principales instituciones que prestaron servicios de salud a la población desplazada a cargo de la DSSA. Antioquia 2006.....	73
Figura 24. Diez primeros diagnosticos en Consulta Externa en la población desplazada. Antioquia 2006.	75
Figura 25. Diagrama entidad y relación base de datos de servicios de salud.	77
Figura 26. Formulario Servicio de Consulta Externa.....	78
Figura 27. Formulario Servicio de Hospitalización.....	78
Figura 28. Formulario Servicio de Urgencias.....	79
Figura 29. Formulario Servicios de Ayudas Diagnosticas.....	79

Figura 30. Informes de Consulta Externa.....	80
Figura 31. Ingreso a la pagina web	81
Figura 32. Búsqueda Por Regiones pagina web.....	82
Figura 33. Búsqueda de Ayudas Diagnosticas pagina web.....	83
Figura 34. Búsqueda Por Servicios pagina web	84
Figura 35. Resultados de búsqueda en pagina web	85
Figura 36. Resultado de búsqueda en pagina web por Servicio	86
Figura 37. Resultado de búsqueda en pagina web por ayuda diagnostica.....	86

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Listado de Actividades Finales 81

Anexo 2. Listado de instituciones que reportaron RIPS de población vinculada, desplazada y atenciones por acción de tutela a la DSSA durante el 2006 (CD anexo)

Anexo 3. Consolidado de atenciones prestadas y el valor facturado a la DSSA durante el 2006 (CD anexo)

Anexo 4. Base de datos Red de Oferta de Servicios de Salud. 2006 (CD anexo)

Anexo 5. Aplicativo Web para la publicación del portafolio de servicios de las instituciones contratadas por la DSSA (CD anexo)

1. INTRODUCCIÓN

La salud como derecho de la población colombiana, debe ser provista por el Estado, de acuerdo a lo expresado en el artículo 49: “...Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” de la Constitución Nacional de 1991 ¹, por lo cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1993, buscando ampliar el número de afiliados y mejorar la prestación de servicios de salud.

Los entes municipales y departamentales se encargan de cumplir en su territorio este mandato constitucional a nivel administrativo ² y una herramienta para ello es la gestión eficiente de los recursos que se le asignan. La Gobernación de Antioquia , por medio de la Dirección Seccional de Salud (DSSA) , atiende a la población pobre y vulnerable denominada vinculada por medio de una red de servicios contratados con las diferentes IPS y ESES que funcionan en su territorio, con el fin de satisfacer las necesidades de atención de su población objeto, teniendo en cuenta el perfil de morbilidad del Departamento y la información consignada en los Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), la cual sirve como soporte a las facturas presentadas por los prestadores para el cobro de las atenciones brindadas a la población vinculada³.

A partir de los RIPS enviados a la DSSA, se necesita conocer como se presta la atención a la población objeto del departamento, cual es su costo y de que se enferman. Se presenta a continuación los diferentes actividades apoyadas en el proceso encargado a los funcionarios del departamento de Seguridad Social de la DSSA, “Gestión de la prestación de los servicios de salud a cargo del Departamento” que tiene como objetivo gestionar la prestación de servicios de salud para la población pobre y vulnerable del Departamento⁴ y que usa los datos consignados en los RIPS para generar indicadores de gestión e informes de atenciones y morbilidad, utilizados en la evaluación de los servicios de salud prestados y que sirven de apoyo para la toma de decisiones para la contratación con las diferentes instituciones de servicios de salud en el departamento.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información es un componente fundamental para las diferentes actividades y procesos del SGSSS. Para registrar las atenciones de los servicios de salud se crearon los RIPS como medio único de transferencia de información de las atenciones brindadas a la población afiliada al sistema.

En la DSSA la información de los RIPS, enviada mensualmente por cada prestador que tiene contrato vigente con éste ente, es utilizada para tener información actualizada de la población atendida (mortalidad, morbilidad, servicios utilizados, etc.) y conocer las necesidades reales de servicios de salud y las características de la población atendida, información que sirve de soporte a la toma de decisiones a nivel departamental para la ejecución de planes en mejora de la situación de salud de su población objeto. Además, los RIPS son el soporte de la facturación de la población vinculada cuando cualquier entidad prestadora reporta sus servicios, lo que permite hacer una planeación más adecuada y efectiva de la contratación, teniendo como resultado una mayor satisfacción de las necesidades de esta población.

Los RIPS permiten tener información real de las personas atendidas por el sistema de salud, permitiendo cuantificar la población que esta por fuera del Sistema, permitiendo dimensionar las necesidades y características de esta población (vinculados), además que facilita la labor administrativa de la DSSA. Para el departamento de Seguridad Social es necesario tener información disponible y actual de la población atendida, con el fin de hacer una gestión eficiente de los recursos a su cargo destinados para este fin; por tanto adquirieron un software, donde pueden tener información de la gestión de los servicios de salud prestados, pero el cual necesita que se almacene y procese datos mensualmente, para tener información veraz y oportuna que les permita tomar decisiones certeras en la contratación de servicios. Adicionalmente es necesario el apoyo de los diferentes procesos de contratación, específicamente en la elaboración y organización de informes, que permita facilitar la labor de los funcionarios para la entrega de los resultados de su gestión a la alta dirección.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Apoyar el proceso de contratación de servicios de salud para la población pobre y vulnerable del departamento de Antioquia.

2.2 Objetivos específicos

1. Consolidar la información reportada en los RIPS del segundo semestre del 2006 según valor facturado, hospital y número de usuarios.
2. Conocer la composición del gasto de pacientes vinculados atendidos por tutela en el Departamento.
3. Analizar y comparar la composición del gasto en la atención de pacientes de alto costo atendidos con cargo al Departamento - DSSA en el periodo 2004-2006
4. Desarrollar una base de datos para facilitar el proceso de consulta del portafolio de servicios de la red contratada por el Departamento según institución y servicio a prestar.
5. Publicación del portafolio de servicios por medio de la página web de la DSSA.
6. Consolidar en una base de datos los RIPS de la población desplazada del departamento de Antioquia.

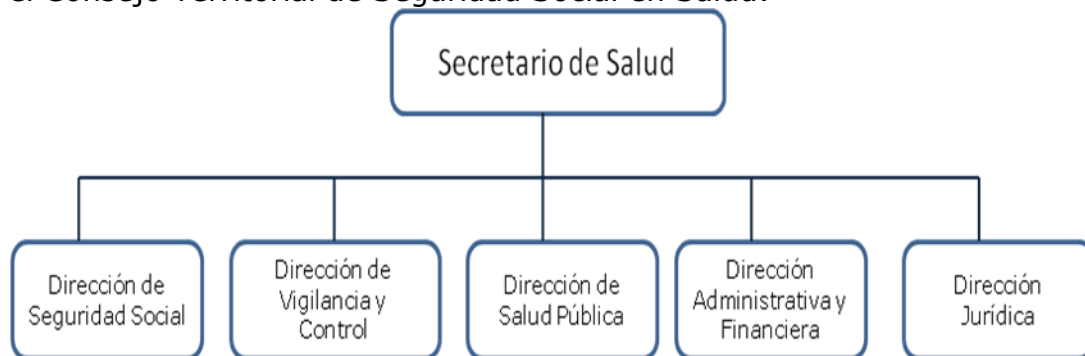
3. MARCO TEORICO

El SGSSS creado a partir de la ley 100 de 1993, con el fin de ampliar la cobertura en salud para la población colombiana por medio del empoderamiento a nivel local, busca a través de las direcciones locales y seccionales, entidades gubernamentales que gestionen y tomen decisiones administrativas y financieras para la prestación de los servicios de salud con el fin de fortalecer la operación nacional del SGSSS en forma descentralizada, todo con el fin de mejorar la calidad de vida y la salud de la población colombiana.

3.1 Dirección Seccional de Salud de Antioquia

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) en busca de garantizar efectivamente el derecho de los antioqueños a la seguridad social en salud, se constituye como el ente de dirección, evaluación y control de SGSSS para el departamento, buscando la creación y desarrollo de las mejores condiciones para la salud pública. Tiene como visión hacia el 2020 ser el ente articulador entre los actores del sistema con los actores sociales en búsqueda de familias antioqueñas saludables enmarcadas en el desarrollo humano sostenible.

Tiene 9 dependencias, incluyendo la Gerencia de Seguridad Alimentaria y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:



La dependencia de **Seguridad Social**, tiene como finalidad brindar a la población los servicios de salud competencia del departamento, que requiera la comunidad, con la aplicación de las normas legales vigentes, políticas y el Plan Sectorial de Salud, tiene como objetivo inmediato la Administración de los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable, el cual es ejecutado a través del proceso "Gestión de la prestación de los servicios de salud a cargo del Departamento" que tiene como objetivo gestionar la prestación de servicios de salud para esta población, según la competencia asignada por ley y considerando los recursos asignados y el enfoque de red de prestación de servicios⁵.

3.2. Población Objeto

La población a cargo del departamento se define como: "...la población identificada como pobre por el sistema de identificación de beneficiarios que defina el CONPES, no afiliada al régimen contributivo o a un régimen excepcional ni financiada con recursos del subsidio a la demanda, residente habitual en el Departamento de Antioquia."⁶

Existen grupos de atención prioritarios para el departamento de Antioquia según la encuesta del SISBEN en los niveles 1, 2, ó 3: maternas, niños menores de 5 años, población infantil abandonada, ancianos, discapacitados, indigentes, indígenas, población en situación de desplazamiento por la violencia y reinsertados, población afiliada al régimen subsidiado de salud en lo no cubierto por el POS-S y en el plan de subsidios parciales, población vinculada identificada por el SISBEN en los niveles 1, 2 ó 3, población vinculada identificada por el SISBEN en los niveles 1, 2 ó 3 víctimas de accidentes de tránsito cuando el valor de la atención exceda a 800 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente y la población vinculada no identificada por el SISBEN y clasificada socioeconómicamente por las IPS en los niveles 1, 2 ó 3 (solo se atiende en situaciones de urgencias)⁷.

Se atienden de manera especial a personas del régimen contributivo, han dejado de pertenecer a una EPS pero siguen registradas en la base de datos, se consideran personas en periodo de transición y los Particulares quienes son pacientes que ingresan por urgencias sin documentos y la institución inicialmente los registra como particulares o no reporta, o el paciente se reporta como particular y al momento de cancelar la factura los costos son tan altos, en muchos casos, que los obliga a solicitar ayuda del departamento para solventar la deuda.

Población no objeto: la población que no está a cargo del departamento se incluyen, víctimas de eventos catastróficos, víctimas de la violencia, la población que requiera servicios de medicina legal como apoyo a la medicina legal, población incluida en los contratos suscritos con el Ministerio de Protección Social, atenciones derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, las madres comunitarias del I.C.B.F., población afiliada al régimen contributivo y de regímenes excepcionales, población carcelaria, población víctima de accidentes de tránsito.

3.2.1 Atenciones por Acción de Tutela:

Las atenciones a cargo del departamento cuando se recurre a este recurso jurídico, se prestan cuando después de conocer la sentencia a nivel jurídico, en el cual se comprueba que es vital la prestación del

servicio de salud. La principal institución receptora de estos pacientes es la ESE Hospital La María.

3.2.2 Atención a población desplazada:

Las atenciones a la población en situación de desplazamiento por la violencia, se prestan en toda la red contratada por el departamento, previa verificación en el Registro Único de Población desplazada que lo certifica como desplazado.⁸

3.3 Servicios de salud subsidiados por la DSSA.

Los servicios de salud financiados por el Departamento son: las *Atenciones de Urgencias*, donde se garantice la atención de urgencias a todas las personas de cualquier grupo de edad con patología de urgencia en el segundo y tercer nivel de atención y la prestación de servicios de salud para el II y III nivel de atención.⁹

3.4 Contratación de Servicios

La población objeto de atención por parte de la red de prestación de servicios contratada por la DSSA es la población vinculada, a quienes el departamento subsidia la atención en salud por medio de servicios de salud prestados por instituciones públicas o privadas.

“La DSSA inicio a principios del año 2002 un proceso orientado al fortalecimiento de la política de contratación de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la cual tiene como finalidad garantizar el acceso y la atención integral de la población objetivo con base a sus problemas de salud, organizar la red de prestación de servicios y organizar la estructura de incentivos que enfrentan los prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar la eficiencia, la efectividad y la calidad en el proceso de atención”³.

La DSSA contrata con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (E.S.E) y privadas, clasificadas como de II y III nivel de atención, debidamente habilitadas y certificadas según legislación vigente.

La DSSA además del reto de priorizar la aplicación del gasto considerando la estructura poblacional y el perfil epidemiológico con base en los recursos disponibles (ley 812 de 2003, Plan Nacional de Desarrollo, artículo 38), enfrenta los retos de adelantar una efectiva contratación de los servicios de salud priorizados y de estructurar un sistema de incentivos que garantice el adecuado funcionamiento de la red de servicios.

Además, es necesario implantar mecanismos que le permitan hacer un oportuno seguimiento al acceso equitativo de la población, a la eficiencia y efectividad del proceso de atención y a la calidad de los resultados

obtenidos, desde el punto de vista técnico y desde el punto de vista de la satisfacción de los usuarios.

El contrato con las IPS de II y III nivel se hace acorde con el perfil de morbilidad y carga de la enfermedad, siempre teniendo presente los criterios de eficiencia y racionalidad en el gasto para la atención sin dejar de cubrir las necesidades existentes. Se tienen dos modalidades de contratación:

- Pago global prospectivo o anticipado: tipo de contrato que define el valor de los servicios con antelación y antes de prestar la atención el prestador sabe el valor a recibir por el servicio brindado; existen diferentes tipos: capitación, el pago prospectivo con definición de actividades, el pago por caso (GRD), presupuesto por línea de ítem y el pago por estancia.
- Pagos retrospectivos: tipo de contrato donde el prestador conoce el valor a recibir por el servicio después de su prestación; en esta modalidad se incluyen las actividades por evento y/o conjunto.

El departamento tiene definidas las modalidades de pago por evento básicamente en el tercer nivel y por paquetes con las ESEs de segundo nivel.

En caso de no existir contratos con la institución que prestó el servicio, solo se reconocerán las atenciones de urgencias, las atenciones autorizadas y los fallos de tutela; la DSSA solo asume la atención de la enfermedad que genera la urgencia como tal y no la atención integral del paciente.

3.4.1 Gestión de Contratación de Servicios de Salud

La dirección de Seguridad Social buscando que la gestión de la contratación se haga en forma eficiente, tiene como estrategia la atención administrada que tiene como objetivo "... crear proveedores capaces de garantizar un uso óptimo de los recursos en el proceso de atención y de producir buenos resultados en salud para la población contratada, de tal forma que se garantice una adecuada relación costo calidad y la satisfacción de los usuarios." ¹⁰

Para que esta estrategia sea efectiva es necesario conocer la problemática de salud de la población afiliada, permitiendo "... Orientar la contratación de servicios de salud para la intervención de aquellos problemas cuyo tratamiento fuera más costo efectivo y generara mayores beneficios para la sociedad, la organización de la red de servicios necesaria para la atención de la problemática de salud con criterios de eficiencia y equidad; de otro lado, la comprensión, el seguimiento y el control a la forma como son tratados los afiliados una vez demandan los servicios de salud, permitirían introducir de una manera oportuna los ajustes en la estrategia de contratación que sean requeridos; para lograr este propósito y dadas las diferentes formas en la que los pacientes reciben los distintos

tratamientos, es fundamental el conocimiento de las características de los pacientes atendidos y de la diferente gama de los servicios ofrecidos por los proveedores.”¹⁰

Con el fin de lograr este propósito el grupo de contratación de la dirección de Seguridad Social a través del análisis de los RIPS, se producen un “conjunto de indicadores y recomendaciones que proporcionan a las diferentes dependencias de la DSSA una visión integral y comprensiva del proceso de contratación de servicios de salud, soporte y seguimiento de la gestión.”¹⁰

3.4.1.1 Indicadores

Los indicadores detectan y miden la intensidad de los hechos y se refiere a fenómenos y no ofrecen explicación por si mismos, lo que los convierte en un instrumento útil para el análisis de los fenómenos estudiados.¹¹ El objetivo de los indicadores es generar información del proceso de prestación de servicios de salud teniendo como base los RIPS, para apoyar el proceso de análisis y toma de decisiones de las distintas dependencias de la DSSA que se relacionan con la contratación de servicios de salud. Las líneas de análisis son:

Análisis de la casuística: busca describir los principales problemas de salud contratados por la DSSA, especificando los diagnósticos de la atención por CDM, la actividad principal, el nivel de atención y el valor total pagado.

Análisis de outliers (Pacientes de Alto Costo): identificar los pacientes más costosos utilizando la metodología de cálculo definida, con el fin de entregar un reporte periódico y focalizar la interventoría.

Análisis de Case Mix (análisis comparativo del case mix de los hospitales) describir y comparar la forma en que son tratados pacientes similares en hospitales diferentes, considerando los diagnósticos de atención por diagnósticos de atención por CDM, a actividad principal y el nivel de atención.

Monitoreo de contratos: hacer seguimiento a la ejecución del contrato considerando los techos la composición de las actividades finales contratadas y los cambios en el portafolio de servicios de cada institución.

Control basado en la evidencia: comparar el manejo de los pacientes en los hospitales, con sus protocolos y guías de manejo, con la forma en cómo son tratados en hospitales similares y con medicina basada en la evidencia.¹¹

3.4.1.2 Clasificaciones para el cálculo de los indicadores

Para calcular los indicadores que sirven de apoyo a la gestión de la contratación fue necesario hacer algunas adecuaciones a la información a consolidar:

Categorías Diagnósticas Mayores (CMD): Son las 21 categorías tomadas de la CIE 10, para efectos del proceso de investigación de las tarifas definidas para el aplicativo " Mecanismo de Pago" se subdividió el capítulo XIV de la CIE - 10 en los 4 grupos que se observan para avanzar en el pago asociado a diagnósticos. Esta clasificación es la siguiente:

Cap. CIE-10	DESCRIPCION
I	Ciertas Enfermedades infecciosas y parasitarias
II	Tumores (neoplasias)
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	Enfermedades del sistema nervioso
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	Enfermedades del sistema circulatorio
X	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	Enfermedades del sistema digestivo
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
XIV *	Enfermedades de los órganos genitales masculinos
XIV *	Enfermedades de los órganos genitales femeninos
XIV *	Enfermedades de sistema urinario
XIV *	Otros trastornos del sistema genitourinario
XV *	Embarazo, parto y puerperio
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
XX	Causas externas de morbilidad y mortalidad
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

* Esta nueva clasificación se hace con fines investigativos, las categorías existentes en un solo capítulo fueron separadas ya que es de interés para la DSSA, conocer la morbimortalidad en forma detallada es mejor crear políticas orientadas a grupos específicos de la población.

Componentes: Son cada uno de los capítulos de la resolución 1896 de 2001 la cual es la Clasificación Única de Procedimientos en salud C.U.P.S., este corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia. Para efecto de facilitar el análisis de la información se agruparon todos los

procedimientos quirúrgicos en una sola categoría llamada procedimientos quirúrgicos, quedando como resultado la siguiente clasificación:

- Medicamentos
- Internación
- Procedimientos quirúrgicos
- Insumos
- Consulta especializada
- Laboratorio clínico
- Imagenología radiológica y no radiológica
- Otros componentes
- Otros procedimientos
- Banco de sangre y medicina transfusional
- Cardiología y hemodinámica
- Oncología
- Traslados
- Renal
- Medicina nuclear (diagnostica y terapéutica)

Actividades Finales: Conjunto de actividades intermedias que se brindan a un usuario con el fin de atender en forma integral un problema de salud. La nomenclatura designada por la DSSA de estas actividades en el este análisis se presenta en el Anexo 1.

4. MARCO LEGAL

Acuerdo 228 de 2002; Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

Acuerdo 244 de 2003; Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 256 de 2001; Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS".

Acuerdo 263 de 2004; Por la cual se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la utilización del ácido zoledrónico y se adoptan las guías para su prescripción.

Acuerdo 282 de 2004; Por el cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2005.

Acuerdo 306 de 2005; Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Acuerdo 336 de 2006; Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006.

Circular 025 de 2001; Por medio de la cual se hacen aclaraciones y precisiones sobre los procesos de registro y transferencia de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.

Circular Externa 00018 de 2004; Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para Salud Pública.

Decreto 806 de 1998; Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

Decreto 1011 de 2006; Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1283 de 1996; Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1757 de 1994; Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

Decreto 2423 de 1996 - SOAT; Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2753 de 1997; Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el SGSSS.

Ley 80 de 1993; Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Ley 100 de 1993 (artículo 157, numeral B); Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

Ley 715 de 2001; Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias.

Ley 812 de 2003; Por el cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, Hacia un Estado Democrático.

Resolución 3772 de 2004; Por la cual se modifican los capítulos 2 - Sistema endocrino, 8 - Sistema hemático y linfático, 10 - Sistema urinario y 11 - Sistema reproductor masculino de la resolución 1896 de noviembre 19 de 2001.

Resolución 0001 de 2006 - Dirección Seccional de Salud. Dirección de Seguridad Social. Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud 2006.

Resolución 1895 de 2001; Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión.

Resolución 1896 de 2001; Por la cual se adopta la clasificación única de los procedimientos de salud.

Resolución 1995 de 1999; Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Resolución 3374 de 2002; Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 4252 de 1997: Por el cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la declaración de requisitos esenciales.

Resolución 5261 de 1994 – MAPIPOS; Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS.

Resolución 951 de 2002; Por medio de la cual se fijan lineamientos en relación con el registro individual de prestaciones de servicios de salud – RIPS.

5. METODOLOGÍA

Después de conocer los diferentes procesos en el departamento de Seguridad Social, específicamente con el Grupo de Contratación se apoyaron diferentes actividades, pero principalmente se hizo el almacenamiento de RIPS y el procesamiento de los datos para los informes anuales, que sirven de apoyo para la toma de decisiones en el departamento.

5.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo retrospectivo, donde se caracteriza la población atendida y la composición del gasto de los servicios prestados a la población vulnerable durante el 2006.

5.2. Unidad de observación

La unidad de observación corresponde a la población que reside en la zona urbana y rural del Departamento de Antioquia, que se encuentran en su mayoría identificadas con la encuesta del SISBEN en los niveles I, II y III del Departamento. También se incluyeron algunos pacientes que residen fuera del departamento, atenciones de población desplazada, atenciones realizadas por acción de tutela y atenciones No POS de pacientes del régimen subsidiado que están a cargo del Departamento.

5.3. Universo de estudio

El universo de estudio está constituido por la información contenida en los RIPS reportados entre enero y diciembre de 2006, igualmente para la población desplazada y las acciones de tutela presentadas en ese periodo.

5.4. Fuentes de Información

La principal fuente de información son los RIPS facturados por 55 instituciones de II y III nivel de atención a la DSSA, los RIPS de atenciones por acción de tutelas de 12 instituciones de la red de servicios y los RIPS de 26 instituciones que acogieron a la población desplazada. La segunda fuente de información son las bases de datos que consolidan los RIPS reportados por institución utilizando el aplicativo "Mecanismos de Pago". Para la creación de la base de datos de la red de prestadores, se utilizó como fuente de información los portafolios de contrato vigente, los cuales fueron enviados a la DSSA en el 2006.

5.5 Recolección de Datos

Al departamento de Seguridad Social son enviados mensualmente los RIPS de las atenciones prestadas en todas las instituciones que tienen contrato vigente con la DSSA; se hace un seguimiento mes a mes de los archivos enviados por los prestadores y después se almacenan según la estructura definida para la importación de la información en el aplicativo Mecanismo de Pago.

5.5.1 Preparación de archivos fuente: Los archivos RIPS que se van a procesar se deben organizar en una estructura definida, de forma que los procesos que los utilizan puedan hacerlo de una forma automática y con poca intervención del usuario, así:

- En primero instancia se crea una carpeta llamada RIPS 2006 en la que se almacena toda los RIPS reportados por las IPS de II y III nivel en el primer semestre del presente año.
- Dentro de esta carpeta se crea una nueva carpeta por cada institución de la cuál de espera recibir información. El nombre que lleva esta carpeta debe coincidir con el asignado en la tabla de instituciones contenida dentro de la base de datos BDMaestros.mdb conectada con la aplicación Mecanismo de Pago.
- Para efectos de que el análisis este organizado por determinados periodos de tiempo, dentro de la carpeta creada para cada institución, debe crearse a su vez una carpeta para cada uno de los meses del periodo de estudio, en este caso se crearon seis carpetas correspondientes a los meses de Enero a Junio, periodo previamente definido. Cada una de estas carpetas debe ser nombrada de la siguiente manera: primero debe aparecer el año, seguido del mes a dos dígitos; Ej. 200601.
- En cada una de estas carpetas de mes se copian los RIPS enviados por cada institución en su respectivo mes.

5.5.1. Mecanismo de Pago: es un sistema de información que consolida la información enviada en los RIPS, él cual "consta de dos sistemas: El primero es una aplicación desarrollada en Access 2000, con la cual se procesa toda la información proveniente de los RIPS para obtener unos archivos tipo texto con información resumida y con la cual se obtienen algunos reportes sobre la calidad de los datos existentes en estos archivos. El segundo sistema es un conjunto de desarrollos de varios scripts y archivos de sintaxis para SPSS Windows que a partir de los archivos de texto generados en la aplicación Access permite la obtención de varios informes con una serie de indicadores definidos"¹² para evaluar

la gestión de la DSSA en la contratación de servicios a la población a cargo del Departamento.

5.5.2. Validación de los Registros Individuales de Atención RIPS:

Las instituciones al consolidar las atenciones prestadas mensualmente por medio de los RIPS, pasan los datos por el validador de RIPS, aplicativo suministrado por la Departamento, el cual examina los posibles errores al generar los RIPS antes de ser enviados y almacenados en la bases de datos en el departamento de Sistemas de la DSSA; A pesar de que los datos pasen por el validador, algunos archivos todavía presentan inconsistencias, que al ser importados al aplicativo Mecanismo de Pago, muestran las fallas por medio de los informes preliminares y los informes de validación de los RIPS. A continuación se describe la composición y la función de cada uno de estos informes:

5.5.2.1 Informes preliminares a la importación de los RIPS:

- Informes de disponibilidad: Permite conocer de cuantos archivos RIPS se dispone para cada uno de los meses de todos los hospitales por tipo de archivo RIPS.
- Informes de concordancia: Cada envío de información que realiza una institución debe llevar consigo el archivo RIPS de control, el cual contiene la información de cuáles son los otros archivos que hacen parte del envío de datos y cuantas líneas contiene cada uno de estos. El informe permite conocer si todos los archivos que reportan los archivos de control efectivamente existen en cada carpeta y si el número de líneas reportado coincide con el número de líneas reales del archivo.
- Informe de estructura: Cada tipo de archivo RIPS tiene una serie de campos que se deben reportar y que debe ser la misma en todas y cada una de sus líneas (de todos los archivos) así no contengan información. Este informe recorre cada una de sus líneas de todos los archivos RIPS, y según el tipo de RIPS determina si el número de campos con información de tipo fecha están correctamente reportados en cuanto a su formato (dd/mm/aa).
- Informes de código de prestador: Debido a la manipulación que se realiza con el proceso de organización de los archivos RIPS, es posible que en algún momento los archivos que se localicen en determinada carpeta no correspondan al hospital o institución en el cual se grabaron. Para evitar esto este informe recorre todos los archivos y cada una de sus líneas para verificar que el código de prestador reportado coincida con el que la institución tiene asignado en el maestro de la aplicación (Mecanismos de Pago).

5.5.2.2. Informes de validación de los RIPS: Permiten hacer las correcciones en los diferentes archivos como por ejemplo reemplazar archivos RIPS, corregir nombres de carpetas, eliminar archivos duplicados, etc.

- Informe de calidad de datos: El objetivo de este informe es mostrar que tan correctos son los datos reportados para cada uno

de los archivos RIPS de un hospital en cada uno de sus campos, para toda la información que se haya importado.

- Informe de valores extremos: Para evitar que la información producida por el algoritmo de clasificación genere valores de actividades fuera de lo normal debido a malos reportes en los archivos RIPS que contienen precios se diseñó este informe.
- Informe comparativo de valores: Este informe presenta un comparativo entre los valores reportados en el RIPS de Transacciones contra los valores reportados en los RIPS de detalle (Medicamentos, Procedimientos, Otros Servicios y Consultas) para detectar el mal registro en los precios de las actividades o procedimientos individuales respecto al valor total facturado.
- Informe de códigos sin identificar: Esta opción genera un archivo en Excel con todos los procedimientos, consultas y servicios, cuyos códigos no se encuentren en ningún manual tarifario válido (ISS, SOAT, CUPS, MAPIPOS)
- Informe de facturas sin registro en transacciones: Este informe genera un archivo en Excel en donde se muestra la cantidad de registro de los archivos de detalle cuyas facturas no se localizan en el archivo de transacciones.

5.5.2 Procesamiento de datos:

En esta fase se hace la importación y consolidación de los RIPS en Mecanismo de Pago, donde se obtienen archivos de texto que sirven de insumo para el análisis en el software estadístico SPSS, además de consolidar información por hospital y tipo de archivo RIPS (Consultas, Hospitalización, Otros Servicios, etc.)

5.5.2.1 Importación de RIPS:

Este proceso permite obtener una base de datos por cada institución, las cuales contienen consolidados por cada tipo de archivo RIPS.

5.5.2.2 Consolidación de RIPS:

Con este proceso se obtiene una base de datos por cada tipo de archivo RIPS con la información de todas las instituciones.

5.5.2.3. Algoritmo de clasificación:

Este proceso condensa cada evento de atención de un paciente en un solo registro, partiendo de la información desagregada en todos los archivos RIPS, el resultado de este proceso es el archivo de actividades finales, obtenido del análisis de las bases de datos de cada institución.

Finalmente se genera un archivo tipo texto que es la fuente principal de información del proceso en SPSS, el llamado archivo de actividades finales, para el cálculo de los indicadores de gestión y otra información.

5.6. Análisis de la información

La obtención de los indicadores se realiza con el software estadístico SPSS, el cual parte principalmente del archivo de actividades finales, donde después de hacerle una adecuación a la información, a través de la ejecución de un script, permite que la información pueda ser analizada en este software.

La DSSA definió una serie de indicadores para cuatro áreas de análisis: casuística, case-mix, pacientes de Alto Costo y monitoreo de contratos. Estos indicadores se obtienen a partir del archivo de datos ejecutando un proceso (script) que se diseñó para ello, el cual internamente ejecuta un archivo de comandos de SPSS (archivo de sintaxis) y permite la obtención de los resultados deseados.

5.7 Elaboración de Informes:

Cuando fue necesario tener información en el grupo de contratación se hizo la importación y consolidación de datos en Mecanismo de pago, utilizando las bases de datos de la información consolidada, se realizaron los siguientes informes:

- Consolidado Paciente Valor 2006.
- Tubectomías, Mamografías, Medicamentos, Contratación, Medicamentos Hemofílicos

5.8 Elaboración de base de datos de la Red de Prestadores:

Con el fin de tener disponible y consultar fácilmente los servicios ofrecidos en las instituciones con contrato vigente con la DSSA, se requirió de los prestadores, información sobre:

- Código del servicio
- Nombre del servicio
- Tarifa
- Número de especialistas
- Número de días a la semana que se dispone del servicio
- Horario de atención
- Observaciones

Adicionalmente para las instituciones privadas se solicitó la tarifa ofrecida a la DSSA de los medicamentos POS y No-POS, material médico quirúrgico y atenciones. Se consolidó esta información en una base de datos creada en Access 2003, con el fin de facilitar la consulta de los servicios ofrecidos en instituciones públicas y privadas que atienden la población a cargo del departamento.

5.9 Elaboración de Página Web

Con el fin de que la población conozca a que instituciones (clínicas, hospitales, laboratorios, centros de imágenes diagnosticas) pueden acudir para que les sean prestados servicios de salud de II Y III nivel de complejidad y se pueda consultar desde cualquier lugar con acceso a internet se diseño una página web con la información de los servicios de salud contratados, facilitando la búsqueda según la región, municipio o servicio requerido. En su creación y diseño

se utilizaron software como Front Page, Microsoft Editor, Internet Información Server. Se tenía planeado que la página fuera "enganchada" por medio un link a la página web de la DSSA, pero por diversos motivos no se logro publicar la página, aunque puede ser consultada en los equipos que cumplan los requerimientos técnicos para consultar la información.

6. PRODUCTOS

6.1. Consolidado de RIPS del segundo semestre del 2006 según valores facturados por hospital y número de usuarios.

En total se recibieron durante el 2006, RIPS de 55 IPS de atenciones de la población vinculada, RIPS de 12 instituciones que prestaron servicios a la población que presento tutelas y 26 instituciones que atendieron a la población desplazada durante el 2006. La relación de RIPS recibidos por institución y mes de cada tipo de población (vinculados, tutelas, desplazados) se encuentra en el archivo del cd-rom adjunto Excel Anexo 2. Se hizo un consolidado de atenciones prestadas y el valor facturado a la DSSA durante el 2006, a partir de las RIPS reportados por los prestadores que facturaron en este periodo. Anexo 3.

6.1.1 Análisis de Indicadores de gestión d de *casuística, case-mix y monitoreo de contratos. Año 2004 – 2005 - 2006.*

Los resultados que se presentan a continuación se realiza con base en los diferentes indicadores de gestión generados por el aplicativo Mecanismo de Pago, el cuál utiliza como fuente de información los RIPS reportados por 55 IPS de II y III nivel de complejidad con contrato vigente entre el 2004 al año 2006, haciendo un análisis comparativo durante los tres años.

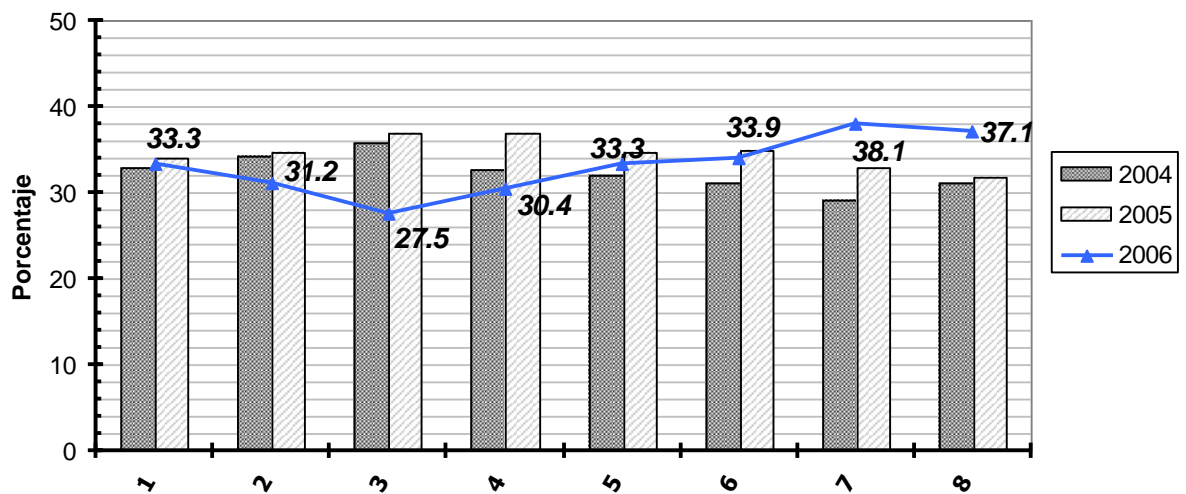
6.1.1.2. Estructura del gasto por componente

El valor facturado durante los 3 años fue de **\$ 573,180,792,125** millones de pesos, en el cual se presento una aumento en el año 2005 del 2.4 % con respecto al valor facturado en el 2004 y el incremento en **\$18,833,268,040** millones de pesos para el año 2006 *puede explicarse en los resultados de la aplicación del programa de Cobertura Universal en el Régimen Subsidiado y el aseguramiento de la población vinculada por medio de convenios con ARS, lo que permitió canalizar mejor los recursos asignados a este rubro.* (Detalle tabla 1)

Es también importante resaltar la disminución del valor facturado de los componentes de procedimientos quirúrgicos e insumos, en 9% y 6% respectivamente, aunque conservan un peso importante de la facturación. El componente de medicamentos que siempre ha permanecido como el componente con mayor facturación durante este periodo, solo tuvo una disminución del 0.6% , equivalente a \$938,294,891millones (Fig. 1)

Tabla 1. Composición del gasto por componentes. Antioquia, 2004 - 2006.

Componentes	2004	2005	2006
Medicamentos	\$51,442,190,047	\$53,192,151,258	\$52,253,856,366
<i>Internación</i>	\$47,577,906,936	\$48,270,136,082	\$43,415,476,146
<i>Procedimientos Qx</i>	\$35,200,319,003	\$36,323,305,778	\$27,103,477,114
<i>Insumos</i>	\$18,842,450,663	\$21,279,254,749	\$17,536,411,652
<i>Consulta Especializada</i>	\$11,762,929,801	\$12,721,476,508	\$12,213,011,181
<i>Laboratorio clínico</i>	\$8,757,554,689	\$9,805,097,316	\$9,537,425,786
<i>Imaginología</i>	\$6,134,421,191	\$6,937,269,987	\$8,037,419,979
<i>Otros Procedimientos</i>	\$3,292,172,423	\$3,347,026,256	\$3,916,408,063
<i>Banco de sangre y medicina transfusional</i>	\$2,789,213,383	\$2,897,182,811	\$2,390,584,162
<i>Otros componentes</i>	\$701,542,711	\$746,974,451	\$365,675,609
<i>Cardiología y hemodinamia</i>	\$1,627,226,925	\$2,138,591,928	\$2,512,016,385
<i>Oncología</i>	\$1,602,404,346	\$1,248,750,868	\$761,183,050
<i>Traslados</i>	\$963,202,731	\$1,093,455,234	\$1,132,559,722
<i>Renal</i>	\$264,855,409	\$280,689,353	\$218,859,141
<i>Medicina nuclear</i>	\$179,604,714	\$156,670,020	\$210,400,202
Valor total	\$191,137,994,972	\$200,438,032,597	\$181,604,764,556



Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

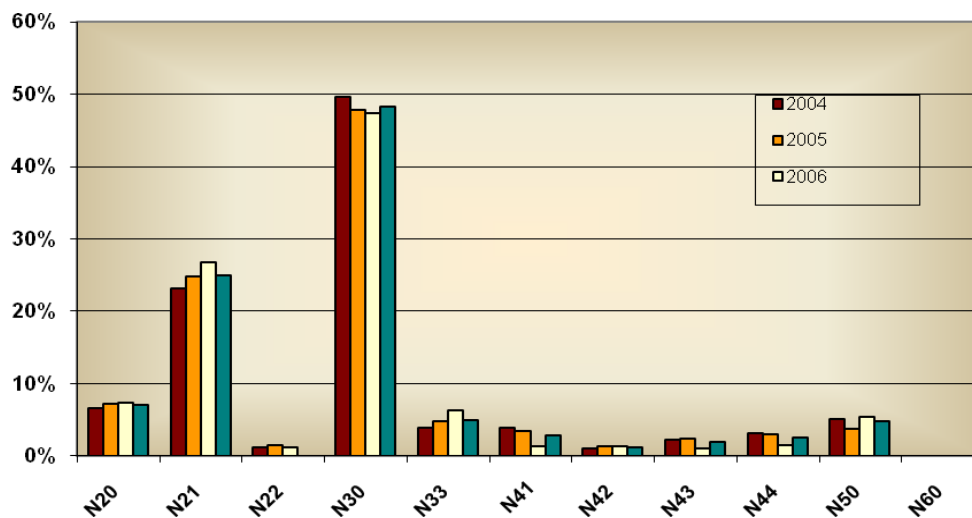
Figura 1. Comportamiento del Gasto por Componentes comparativo entre 2004-2005 y 2006 en Antioquia.

Tabla 2. Composición del gasto por componentes según subnivel de complejidad.

Subnivel	2004	2005	2006	Total
	Valor	Valor	Valor	Valor
Alta Demanda	\$94,980,537,755	\$95,704,414,608	\$85,954,993,555	\$276,639,945,919
Mayor Complejidad	\$44,275,895,472	\$49,865,426,514	\$48,582,445,405	\$142,723,767,391
Periferia Menor Complejidad	\$12,615,963,680	\$14,359,254,699	\$13,586,660,426	\$40,561,878,805
Baja Demanda	\$7,335,255,346	\$9,504,592,284	\$11,459,250,054	\$28,299,097,684
Salud Mental	\$9,818,832,366	\$7,622,017,141	\$9,973,883,277	\$27,414,732,783
Alta Complejidad VIH	\$5,984,676,511	\$5,966,803,934	\$2,724,999,323	\$14,676,479,768
Alta Complejidad Renal	\$7,526,835,685	\$6,824,530,840	\$2,445,592,827	\$14,351,366,525
Alta Complejidad Cáncer *	\$4,298,667,635	\$4,890,803,016	\$2,105,181,660	\$11,294,652,311
Baja Demanda	\$2,289,703,258	\$3,022,432,099	\$2,258,209,685	\$7,570,345,042
Alta Complejidad Cardiovascular	\$2,011,129,764	\$2,670,387,962	\$2,424,530,585	\$7,106,048,311
Otros	\$497,500	\$7,369,500	\$89,017,760	\$96,884,760
Total	\$191,137,994,972	\$200,438,032,597	\$181,604,764,556	\$573,180,792,125

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

El subnivel N30 Alta Demanda sigue siendo el componente de mayor peso durante este periodo (48%), con un valor acumulado de \$276,639 millones de pesos durante estos tres años, a pesar de la disminución de \$9,749,421,053 millones de pesos en la facturación del año 2006, en ese año continua siendo la primera, con el 47% del gasto. (Tabla 2)



N20 Periferia Menor Complejidad
 N42 Alta Complejidad Cardiovascular
 N43 Alta Complejidad Cáncer
 N44 Alta Complejidad VIH
 N50 Salud Mental
 N60 Otros

N41 Alta Complejidad Renal
 N21 Mayor Complejidad
 N22 Baja Demanda
 N30 Alta Demanda
 N33 Baja Demanda

Figura 2. Comportamiento Porcentual del Gasto por subnivel de Complejidad - Antioquia 2004 a 2006

El subnivel de mayor peso en este periodo de análisis (Subnivel 30), ha ido en disminución a largo de este tiempo, ha reducido por año un 1% aproximadamente en el valor facturado; El subnivel N21 a tenido un comportamiento contrario y ocupa el segundo lugar como componente en la facturación a la DSSA, ha aumentado su participación anualmente aproximadamente en un 2 %, aunque en el valor facturado disminuyo en \$1.282 millones de pesos al año 2006. Los subniveles con menor participación, no superan el 10 % de la facturación suman en total \$151,371 millones de pesos en comparación con los \$419, 363, 713,309 sumados por los subniveles N30 y N21. (Figura 2)

Al analizar el comportamiento del gasto en el subnivel 30 - Alta Demanda, el total facturado durante el periodo 2004 – 2006 por atenciones fue de \$276,639,945,919 millones de pesos, de los cuales el año 2005 hizo el principal aporte \$ 95.704 millones de pesos (Tabla 3); Este subnivel entre el año 2005 y 2006 disminuyo en promedio \$1,031,810,739 millones en sus componentes, con excepción a Oncología, Imagenología, Cardiología y Medicina Nuclear que aumentaron en el 2006 en promedio \$213,315,238 millones de pesos.

Tabla 3. Composición del gasto por componentes subnivel 30 - Alta demanda (HUSPV, Pablo Tobón y Hospital General).

Componente	2004	2005	2006
<i>Medicamentos</i>	\$29,752,236,834	\$28,521,132,789	\$27,068,067,937
<i>Internación</i>	\$25,895,855,504	\$26,950,851,979	\$21,959,456,938
<i>Insumos</i>	\$12,339,361,098	\$12,120,754,092	\$10,659,324,016
<i>Procedimientos Qx</i>	\$8,294,189,928	\$8,351,820,909	\$7,472,677,443
<i>Laboratorio clínico</i>	\$5,089,666,126	\$5,468,390,723	\$4,892,903,829
<i>Consulta Especializada</i>	\$4,772,566,836	\$5,180,061,765	\$4,871,667,756
<i>Imaginología</i>	\$3,745,931,340	\$4,098,049,783	\$4,135,576,881
<i>Cardiología y hemodinamia</i>	\$1,208,058,498	\$1,205,124,624	\$1,622,632,868
<i>Banco de sangre y medicina transfusional</i>	\$1,989,993,561	\$1,927,288,147	\$1,614,898,048
<i>Otros Procedimientos</i>	\$1,357,686,246	\$1,274,271,180	\$1,037,742,289
<i>Renal</i>	\$227,035,064	\$240,844,951	\$178,223,092
<i>Medicina nuclear</i>	\$84,459,301	\$90,741,321	\$173,757,238
<i>Traslados</i>	\$147,915,529	\$174,810,425	\$137,158,221
<i>Oncología</i>	\$54,039,210	\$98,167,903	\$127,408,042
<i>Otros componentes</i>	\$21,542,682	\$2,104,019	\$3,498,961
Valor total	\$94,980,537,755	\$95,704,414,608	\$85,954,993,555

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Las instituciones de este subnivel aportaron al gasto \$ 276.639 millones de pesos (Tabla 4), principalmente el Hospital Universitario San Vicente de Paúl con un 53% en la facturación acumulada en el periodo 2004 a 2006 y que además ha mantenido en promedio, un incremento porcentual por año del 4%.

Tabla 4. Composición del gasto por componentes en los hospitales del subnivel 30 - Alta demanda. Antioquia 2004 a 2006.

Institución	2004	2005	2006	Total	%
	Valor	Valor	Valor		
Hospital General de Medellín	\$36,376,537,443	\$35,462,119,533	\$30,450,235,528	\$102.288.892.504	36,98
Hospital Universitario San Vicente de Paúl	\$48,355,322,444	\$50,419,863,241	\$47,803,031,975	\$146.578.217.660	52,99
Hospital Pablo Tobón Uribe	\$10,248,677,868	\$9,822,431,834	\$7,701,726,052	\$27.772.835.755	10,04
Total Componentes	\$94,980,537,755	\$95,704,414,608	\$85,954,993,555	\$276.639.945.919	100

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

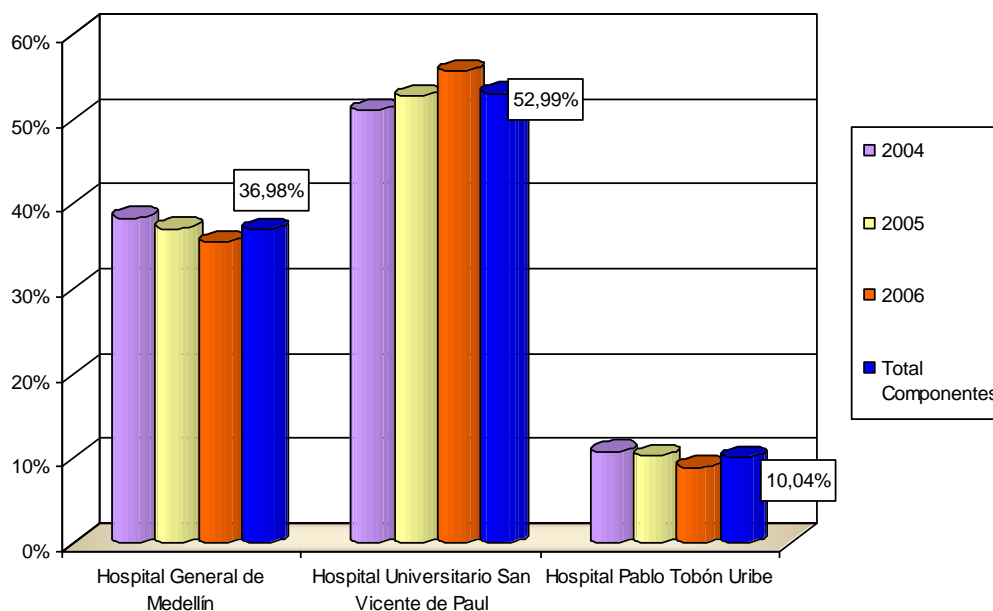


Figura 3. Composición del gasto en Hospitales del subnivel 30 Alta demanda - Antioquia 2004 a 2006.

El Hospital General y el Hospital Pablo Tobón han disminuido su participación en el gasto durante estos tres años, 1.6% y 1.3%

respectivamente, pero de las dos instituciones el Hospital General ha tenido un mayor número de atenciones, reflejados en los \$ 102.288 millones facturados frente a los \$ 27, 772 millones en facturación del Hospital Pablo Tobón, que pueden ser explicados en la forma de contratación con esta institución y su naturaleza jurídica.(Figura 3)

La actividad final con mayor facturación en estos tres años fue el *Egreso médico de sala general* con una participación del 23 % de la facturación y un total de 78.536 actividades, mientras que la actividad final *Consulta Medica Especializada* tuvo el mayor número de atenciones en los tres años de análisis con un total de 201.962 actividades y una contribución en el gasto del 1.3% debido a la naturaleza de esta actividad, comparada con el Egreso medico de sala general. (Ver detalle en Tabla 5)

Tabla 5. Principales Actividades Finales según Composición del Gasto - Antioquia 2004-2006 (Composición del gasto total por actividad final).

C	Actividad final.	2004	2005	2006	Total			
					N	%	Valor Gasto	% Gasto
1	Otros procs no quirúrgicos	5.218	5.901	5.871	16.990	2,9%	\$8.364.875.431	1,6%
2	Consulta Medica Especializada	75.120	64.568	62.274	201.962	34,7%	\$7.878.083.171	1,5%
3	No quirúrgico amb. único	30.071	28.397	36.796	95.264	16,4%	\$15.585.678.772	3,0%
4	Suministro de medicamentos	13.413	11.566	16.964	41.943	7,2%	\$21.757.610.536	4,2%
5	Hospitalización en UCE no quirúrgico	541	650	641	1.832	0,3%	\$7.872.744.426	1,5%
6	Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico	225	212	158	595	0,1%	\$5.832.315.733	1,1%
7	Egreso médico de sala general	25.703	26.769	26.064	78.536	13,5%	\$119.217.533.579	23,2%
8	Qco. múltiple amb. único otros procedimientos	4.844	5.779	4.156	14.779	2,5%	\$18.211.630.218	3,5%
9	Hosp. múltiple con incubadora, cirugía múltiple	152	134	35	321	0,1%	\$5.444.870.336	1,1%
10	Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías	349	569	604	1.522	0,3%	\$20.020.461.644	3,9%
	Total principales actividades	155.636	144.545	153.563	453.744	78,0%	\$ 230.185.803.846	44,6%
	Total Composición del gasto por actividad final	202.714	189.487	189.732	581.933	100%	\$ 513.152.811.656	100%

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Tabla 6. Composición del gasto total por actividad final según nivel de complejidad. Antioquia 2004 a 2006.

Nivel	2004	2005	2006	Total	
				Valor	%
Segundo	\$51.990.866.229	\$59.624.530.242	\$57.679.687.320	\$169.295.083.791	33,0%
Tercer	\$91.665.682.595	\$96.256.985.822	\$89.464.283.049	\$277.386.951.466	54,1%
Cuarto	\$16.066.866.691	\$16.314.005.422	\$7.782.765.003	\$40.163.637.115	7,8%
Quinto	\$9.463.990.081	\$7.207.144.872	\$9.552.957.011	\$26.224.091.964	5,1%
Sexto	\$467.500	\$7.369.500	\$75.210.320	\$83.047.320	0,0%
Total	\$169.187.873.096	\$179.410.035.857	\$164.554.902.703	\$513.152.811.656	100,0%

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

La mayor facturación en este periodo es del Tercero y Segundo Nivel de Complejidad que facturaron el 87% de las actividades finales con un monto de \$446, 682 millones de pesos; mientras que el cuarto, quinto y sexto nivel sumaron en conjunto \$ 66,470 millones de pesos (Tabla 6); el quinto y sexto nivel de complejidad tuvieron un aumento significativo en el año 2006, pero principalmente el sexto nivel que aumento en este año el 46% (Fig. 4) del total de sus actividades de todo el periodo 2004 - 2006, expresado en el aumento de su valor del gasto en \$ 67.840.820 millones de pesos del año 2005 al 2006.

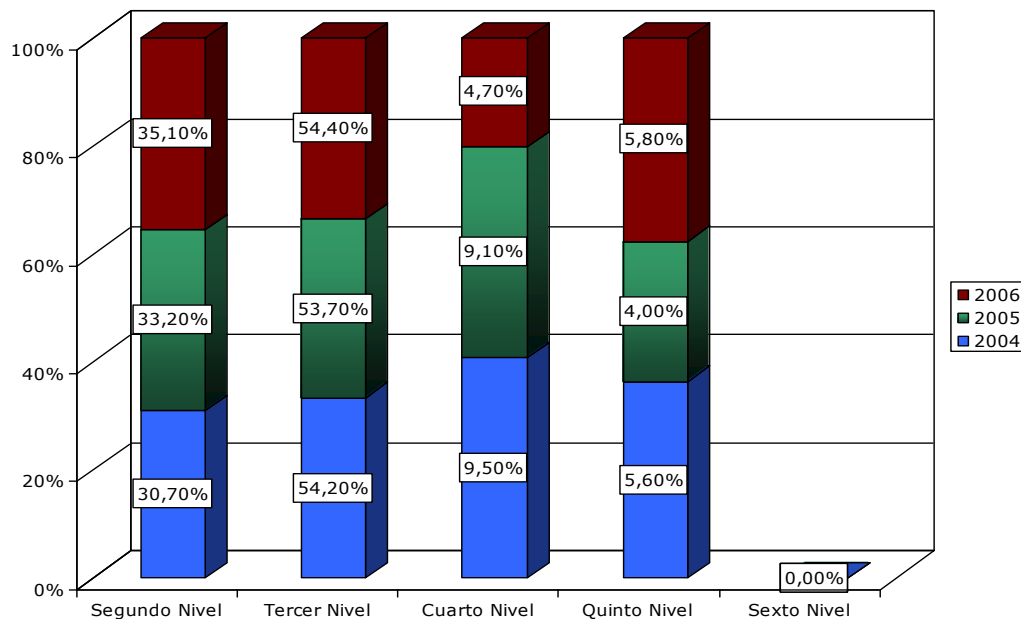


Figura 4. Comportamiento de las Actividades Finales según Nivel de Complejidad - Antioquia 2004 a 2006.

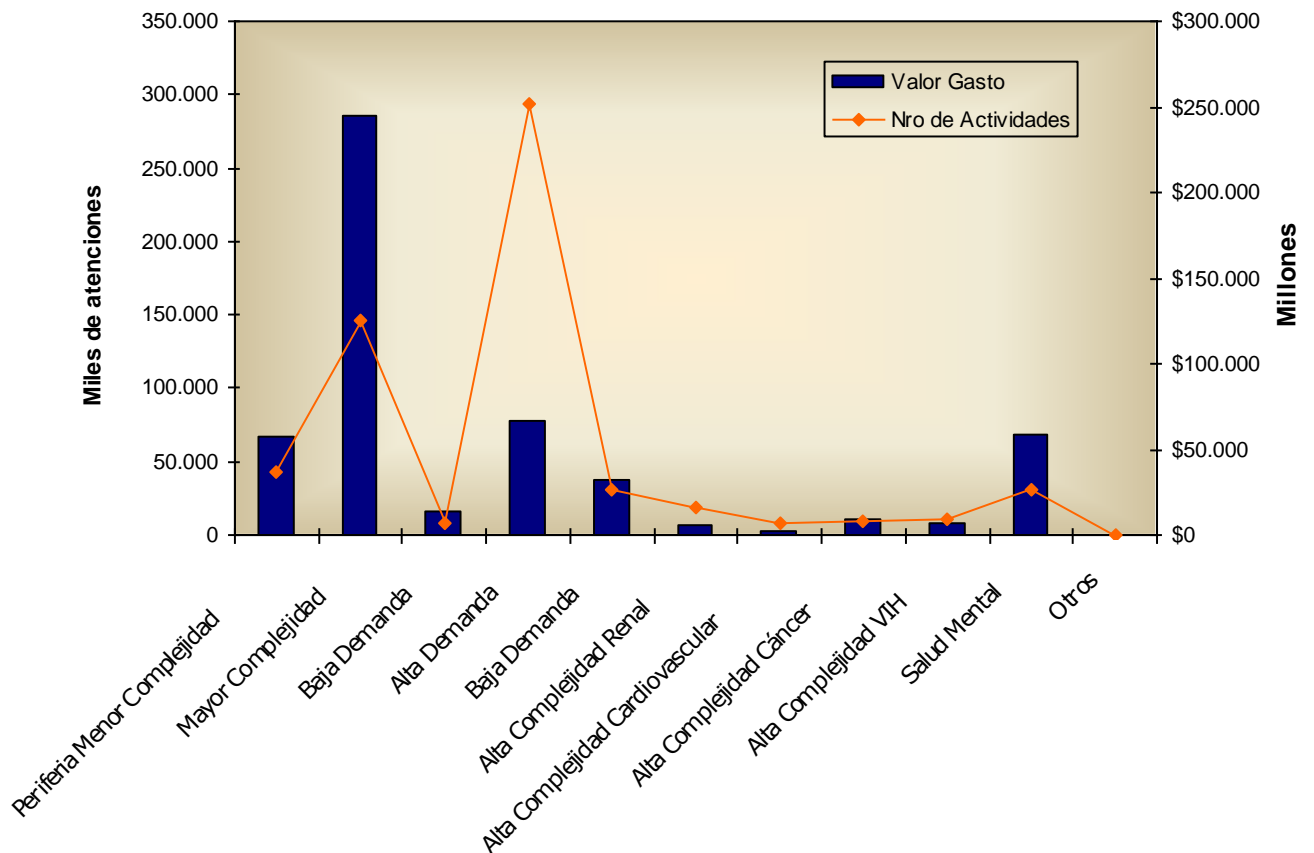


Figura 5. Composición del gasto total por actividad final según subnivel de complejidad, atenciones y valor facturado - Antioquia 2004 a 2006.

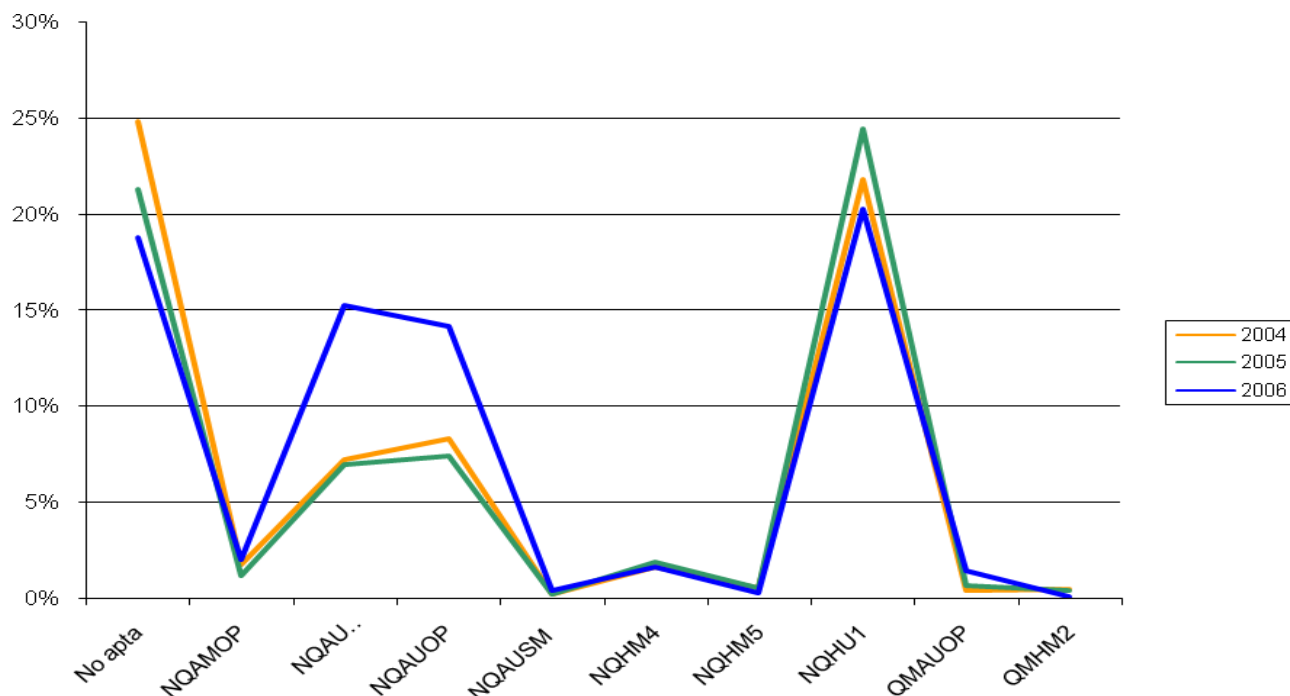
En Antioquia se realizaron en el periodo 2004 al 2007 un total de 581.933 atenciones, al clasificarlas por subniveles de complejidad, estas atenciones sumaron en total \$513.152.811.656 millones de pesos, de los cuales el subnivel de Mayor Complejidad gastó \$25.5588 millones de pesos por un total de 286.268 atenciones durante el periodo 2004 a 2006 (Fig. 5); Manteniendo el comportamiento de los años 2004 y 2005, en el último año de análisis, el subnivel con mayor facturación fue el de Alta Demanda con un 47 % en el gasto del periodo y un total de 27.993 atenciones, comparado con el subnivel Mayor complejidad que realizó un número mayor de atenciones (87.597) y un valor facturado de \$43.056 millones de pesos, registrando el 26% de la facturación del año 2006. Entre los años 2004 y 2006, se facturó anualmente en promedio \$171.050.937.218 millones de pesos, y un promedio total de atenciones anuales de 193.977.

Tabla 7. Composición del gasto total de las primeras 10 actividades finales en el subnivel 30 - Alta demanda – Antioquia 2004 a 2006.

C	Actividad Final	2004		2005		2006	
		N	Valor	N	Valor	N	Valor
1	Paciente varias cirugías y egreso qco sala gral	3.409	\$29.375.139.707	3.244	\$27.731.967.965	2.766	\$24.051.580.282
2	Egreso médico de sala general	7.256	\$16.214.007.747	7.739	\$16.013.346.179	6.984	\$16.020.401.383
3	Hosp. múltiple con UCI y múltiples cirugías	614	\$15.248.766.182	632	\$16.034.636.724	392	\$11.388.415.445
4	Paciente cirugía única y egreso qco. sala gral	3.136	\$9.110.306.605	3.016	\$9.323.122.392	2.830	\$9.042.489.331
5	Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías	347	\$4.269.585.795	497	\$6.581.716.006	567	\$7.638.943.060
6	Hospitalización en UCE no quirúrgico	533	\$2.135.765.376	594	\$2.507.261.305	563	\$2.681.060.235
7	No quirúrgico amb. único	2.751	\$625.045.198	2.350	\$660.516.881	4.878	\$1.902.144.356
8	Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico	171	\$1.544.418.418	169	\$1.794.617.913	108	\$977.934.349
9	Parto normal, atendido especialista	1.734	\$1.482.774.348	1.935	\$1.823.827.023	843	\$876.541.608
10	Suministro de medicamentos	57	\$216.585.780	71	\$417.798.374	140	\$874.299.795
	Total 10 Primeras actividades y No aptas	28.270	\$90.386.572.783	26.992	\$90.960.739.544	26.555	\$82.685.492.612
	Total	33.331	\$94.980.537.755	31.675	\$95.704.414.608	34.477	\$85.954.993.555

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

En el subnivel 30 –Alta Demanda se facturo en total \$276.639.945.919 millones de pesos durante el periodo 2004 a 2006, y se realizaron en total 99.483 atenciones. Se presentan las primeras 10 actividades finales según el valor del gasto durante todo el periodo de análisis, donde la actividad *Paciente con varias cirugías y egreso qco sala gral* con un total de 9.419 atenciones en todo el periodo, sumaron al gasto de este subnivel un valor de \$ 81.158 millones de pesos, aunque esta actividad final se ha mantenido en todo el tiempo del comparativo como la de mayor facturación, en promedio \$27.052.895.985 millones de pesos anuales. (Tabla 7)

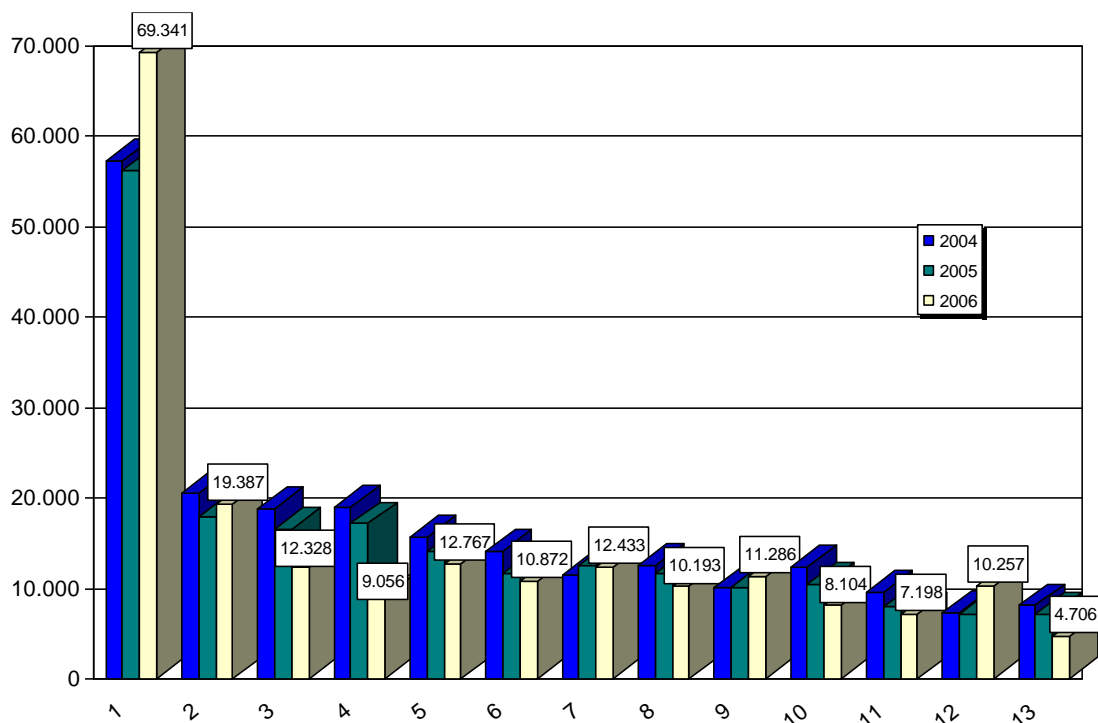


NQAMOP: Otros procs no quirúrgicos amb. múltiples
NQAUCU5: Consulta esp. única ambulatoria única
NQAUOP: No quirúrgico amb. único otros procedimientos
NQAUUSM: Suministro de medicamentos amb - pte no qco.
NQHM4: Hospitalización en UCE no quirúrgico
NQHM5: Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico
NQHU1: Egreso médico de sala general
QMAUOP: Qco. múltiple amb. único otros procedimientos
QMHM2: Hosp. múltiple con incubadora, cirugía múltiple

Figura 6. Distribución porcentual de actividades finales en el subnivel 30 - Alta demanda. Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 11).

El egreso medico de sala general (NQHU1) fue la actividad con mayor peso proporcional en el periodo de estudio y tuvo un gasto total de 48,247 millones de pesos, 17.4% del gasto total en el subnivel 30 -Alta demanda.

La consulta esp. única ambulatoria única (NQAUCU5) tuvo un ascenso importante en el año 2006, de estar reportando 2213 actividades en el año 2005 , paso a reportar 5257 actividades al siguiente año, con una diferencia en ambos años de \$ 549.411 millones de pesos facturados. De manera similar la actividad NQAUOP (No quirúrgico amb. único otros procedimientos) aumento en 5101 actividades en el 2006, contribuyendo a la facturación de todo el periodo de estudio un total de \$3.187 millones de pesos.



1. *Trastornos mentales y del comportamiento*
2. *Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias*
3. *Embarazo, parto y puerperio*
4. *Enf. Sistema Digestivo*
5. *Enf. Órganos genitales femeninos*
6. *Sínt. Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio*
7. *Enf. Sistema respiratorio*
8. *Enf. del Sistema Circulatorio*
9. *Tumores [neoplasias]*
10. *Enf. del ojo y sus anexos*
11. *Factores que influyen en el estado de salud y contacto*
12. *Enf. Sistema Osteomuscular y tejido conjuntivo*
13. *Sínt. Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio*

Figura 7. Distribución de la composición del gasto total por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM), 13 primeras actividades finales – Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 12)

Durante el periodo de análisis la CDM con mayor numero de actividades es la de *Trastornos Mentales y del Comportamiento* con un total acumulado de 57.955 actividades hasta el 2006 (8.2%) y un valor facturado en el periodo de \$25.681.002.600 millones de pesos (4.5%). Con una diferencia de 10.218 actividades la CDM *Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias* es la segunda actividad

con un peso porcentual de del 6.7 % de las actividades reportadas y en el valor facturado el 12.9%.

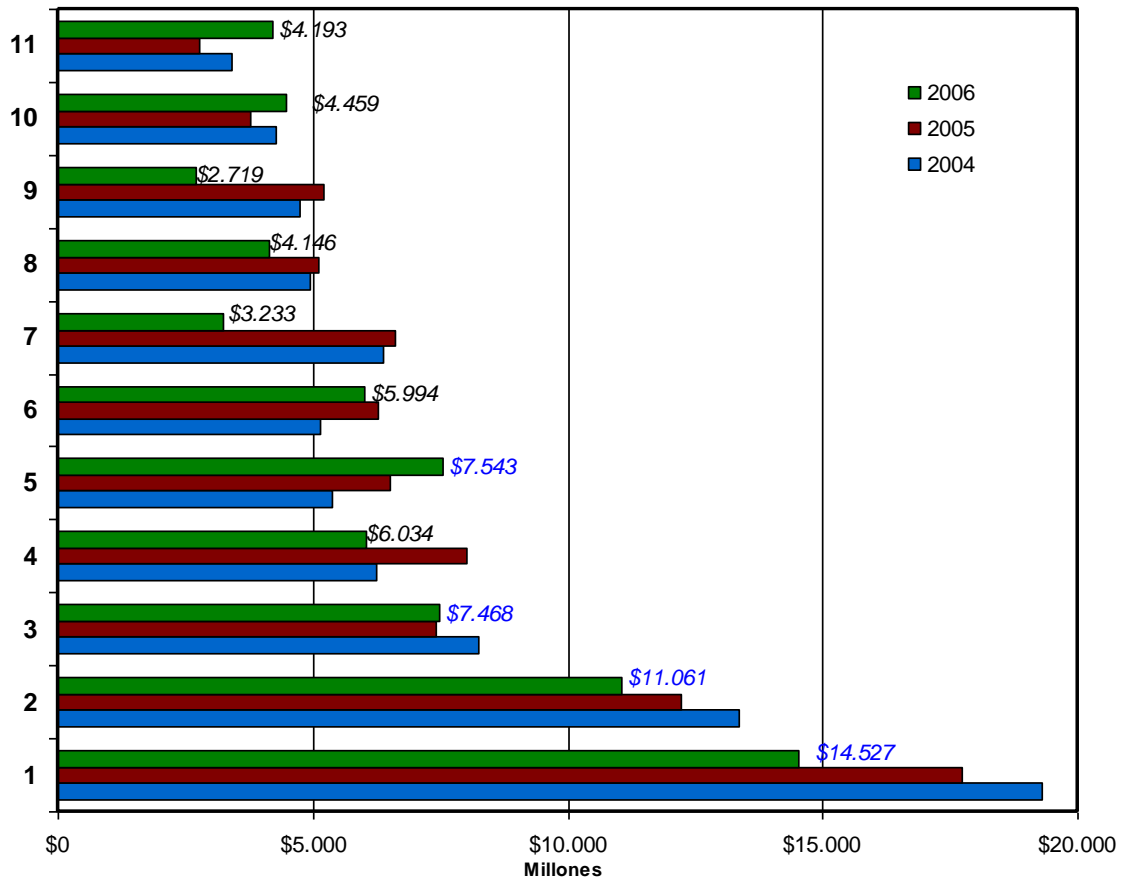
La categoría *Enf. Sistema Digestivo* presento el segundo mayor numero de actividades en el 2005 con un total de 14.107 actividades, donde el total de actividades reportadas en esta categoría fueron de 42.562 actividades en todo el periodo de análisis. (Figura 7)

Tabla 8. Composición del gasto total por las 10 primeras Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).

C	CMD	2004	2005	2006
		Valor Gasto	Valor Gasto	Valor Gasto
1	<i>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias</i>	\$26.392.629.501	\$25.740.007.951	\$21.866.947.316
2	<i>Enf. del sist. circulatorio</i>	\$17.267.256.028	\$18.470.590.444	\$17.909.798.855
3	<i>Enf. sist. digestivo</i>	\$16.019.460.125	\$15.263.139.831	\$14.533.149.310
4	<i>Enf. sist. respiratorio</i>	\$11.768.988.012	\$13.691.001.541	\$12.530.995.937
5	<i>Embarazo, parto y puerperio</i>	\$12.132.424.857	\$13.062.335.359	\$7.680.219.276
6	<i>Tumores [neoplasias]</i>	\$10.083.987.024	\$11.956.894.574	\$8.631.837.032
7	<i>Trastornos mentales y del comportamiento</i>	\$8.962.957.987	\$7.254.232.445	\$9.463.812.168
8	<i>Ciertas enf. infecciosas y parasitarias</i>	\$7.765.006.187	\$7.009.660.182	\$6.609.834.986
9	<i>Ciertas afecciones originadas período perinatal</i>	\$8.176.635.989	\$8.204.469.189	\$4.749.124.150
10	<i>Enf. sist. osteomuscular y tejido conjuntivo</i>	\$7.027.973.298	\$7.832.625.137	\$5.991.451.817
	<i>Total 10 CDM</i>	190.025.627.096	\$165.333.453.923	\$179.513.183.123
	Total	\$191.137.994.972	\$200.438.032.597	\$181.604.764.556

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

De los \$573.429 millones de pesos facturados en todo el periodo de análisis, excluyendo los diagnósticos no reportados, la categoría de *Traumatismos y envenenamientos* es la de mayor peso en este periodo 13 %, \$ 74,030 millones de pesos, aunque en el ultimo año tuvo un descenso importante en la facturación (\$3.873.060.635) entre el año 2005 y 2006. La facturación de las categorías *Embarazo, parto y puerperio* y *Ciertas afecciones originadas período perinatal* han presentado una disminución en el año 2006 substancial, en promedio restaron \$ 7.145.027.131 a la facturación total del año 2006, Mientras que *Trastornos mentales y del comportamiento* aumento en \$ 22.095.79.723 millones de pesos, con un peso porcentual en todo el periodo de análisis del 4.5%. (Tabla 8)



1. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias
2. Enf. del sist. circulatorio
3. Enf. sist. digestivo
4. Tumores [neoplasias]
5. No Reporta
6. Enf. sist. respiratorio
7. Ciertas afecciones originadas período perinatal
8. Enf. sist. osteomuscular y tejido conjuntivo
9. Embarazo, parto y puerperio
10. Ciertas enf. infecciosas y parasitarias
11. Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

Figura 7. Composición del gasto total por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) en el Subnivel 30 - Alta Demanda. (Cuadro 13).

La categoría de Traumatismos es la que tiene el mayor valor facturado durante este periodo en el subnivel 30 - Alta Demanda, pero se ve una disminución significativa en el valor facturado al año 2006, una diferencia de \$ 3, 196, 515,223 millones de pesos entre el año 2005 y el 2006. Igualmente la categoría de afecciones originadas período perinatal disminuyó en la mitad su facturación (\$ 9.825.952.116). (Figura 7)

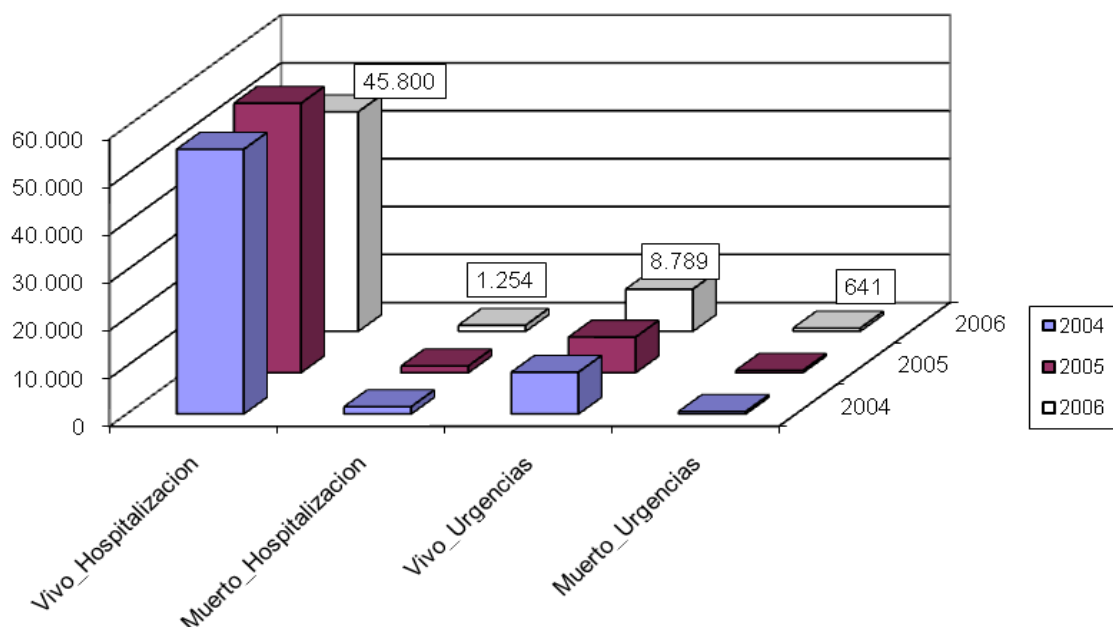


Figura 8. Estado a la salida de Hospitalización y Urgencias- Antioquia 2004 a 2006. (Cuadro 14)

En total durante el periodo se hicieron 161.388 egresos hospitalarios de los cuales el 97% salieron vivos del servicio (157.259) y en 4.129 salieron muertos (2.6%). Al hacer el análisis de las persona que salieron vivas del servicio de urgencias (26.487 atenciones) el 94% salió vivo del servicio, 24.896 atenciones y en total salieron muertos 1.591 pacientes (6%) (Cuadro 14). A la salida del servicio de hospitalización en el año 2006 se presento una disminución de 10.420 pacientes de quienes salían vivos, igualmente los casos que salieron muertos del servicio disminuyeron en el 2006 a 1254 frente al 2004 y 2005 (1.492, 1.383 respectivamente). En el servicio de urgencias hubo un aumento de los pacientes que salieron vivos del servicio (1.379 atenciones entre 2005 y 2006) y una disminución de 184 pacientes en el 2006 con relación a los pacientes que salieron muertos del servicio de urgencias en el 2005. (Figura 8)

Tabla 9. Estado a la salida de Hospitalización y Urgencias. Antioquia 2004 a 2006

Año	Estado a la salida de hospitalización		Estado a la salida de urgencias	
	Vivo	Muerto	Vivo	Muerto
2004	55,239	1,492	8,697	493
2005	56,220	1,383	7,410	457
2006	45,800	1,254	8,789	641
Total	157,259	4,129	24,896	1,591

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Tabla 10. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según total de Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) específica.

C	CMD	2004		2005		2006		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Enf. del sist. circulatorio	396	0.70	349	0.61	336	0.71	1081	0.67
2	Ciertas enf. infecciosas y parasitarias	167	0.29	135	0.23	157	0.33	459	0.28
3	Traumatismos, envenenamientos	156	0.27	156	0.27	146	0.31	458	0.28
4	Enf. sist. respiratorio	155	0.27	168	0.29	125	0.27	448	0.28
5	Enf. sist. digestivo	134	0.24	141	0.24	116	0.25	391	0.24
6	Tumores [neoplasias]	119	0.21	110	0.19	91	0.19	320	0.20
7	Ciertas afecciones originadas período perinatal	89	0.16	73	0.13	29	0.06	192	0.12
8	Sínt. signos y hallazgos anormales clínicos	42	0.07	42	0.07	40	0.09	124	0.08
9	Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	43	0.08	34	0.06	36	0.08	113	0.07
10	Enf. del sist. nervioso	36	0.06	34	0.06	31	0.07	101	0.06
11	Malf. congénitas, deformidades y anomalías	35	0.06	34	0.06	22	0.05	91	0.06
12	Enf. sist. urinario	26	0.05	14	0.02	22	0.05	62	0.04
13	Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	6	0.01	17	0.03	18	0.04	41	0.03
14	Enf. sist. osteomuscular y tejido conjuntivo	12	0.02	13	0.02	13	0.03	38	0.02
15	Embarazo, parto y puerperio	10	0.02	10	0.02	5	0.01	25	0.02
16	Enf. piel y tejido subcutáneo	4	0.01	5	0.01	9	0.02	18	0.01
17	Enf. órganos genitales femeninos	0	0.00	1	0.00	2	0.00	3	0.00
18	Trastornos mentales y del comportamiento	0	0.00	3	0.01	0	0.00	3	0.00
19	Enf. órganos genitales masculinos'	1	0.00	1	0.00	0	0.00	2	0.00
20	Factores que influyen en el estado de salud	0	0.00	1	0.00	1	0.00	2	0.00
21	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.00
22	Enf. del ojo y sus anexos	1	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.00
23	Otros trastornos sist. genitourinario	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
21	Enf. del oído y de la apófisis mastoides	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total Grupo CDM		1,492		1,383		1,254		4,130	
Total Año		56,731	100	57,603	100	47,054	100	161,419	100

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

De los egresos facturados durante el periodo de análisis, la mayor proporción de la mortalidad está concentrada en los eventos reportados con CDM Enf. del sist. Circulatorio, siendo el mayor número de casos en

todos los años de estudio con un promedio de 360 muertes al año por esta causa, a pesar de ser la categoría con mayor concentración de muertes entre el 2004 y el 2006, ha tenido una disminución considerable en el periodo, ha restado en promedio 30 muertes por año. En general estas categorías han reducido el número de muertes durante los tres años, reflejado en la disminución del número de muertos en total, como entre el año 2005 y 2006, se redujo la mortalidad en 10549 casos. (Tabla 10)

Tabla 11. Proporción de mortalidad por egreso Urgencias según las 10 primeras Categoría Diagnóstica Mayor (CMD) específica. Antioquia 2004-2006.

C	CMD	2004		2005		2006	
		M	Total	M	Total	M	Total
1	Enf. sist. digestivo	54	1.191	127	979	176	1.498
2	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias	61	2.019	61	1.702	101	2.295
3	Enf. del sist. circulatorio	133	947	53	914	73	951
4	Enf. del sist. nervioso	15	279	3	271	72	291
5	Embarazo, parto y puerperio	0	795	63	586	62	666
6	No Reporta	21	475	15	362	49	395
7	Enf. sist. respiratorio	47	668	43	515	26	565
8	Sínt. signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	11	356	1	325	19	380
9	Tumores [neoplasias]	60	492	15	459	16	495
10	Enf. sist. urinario	8	327	17	301	12	354
	Total 10 primeras causas	410	7.549	398	6.414	606	7.890
	Total General por CDM	493	9.190	457	7.867	641	9.430

V: Vivo - M: Muerto

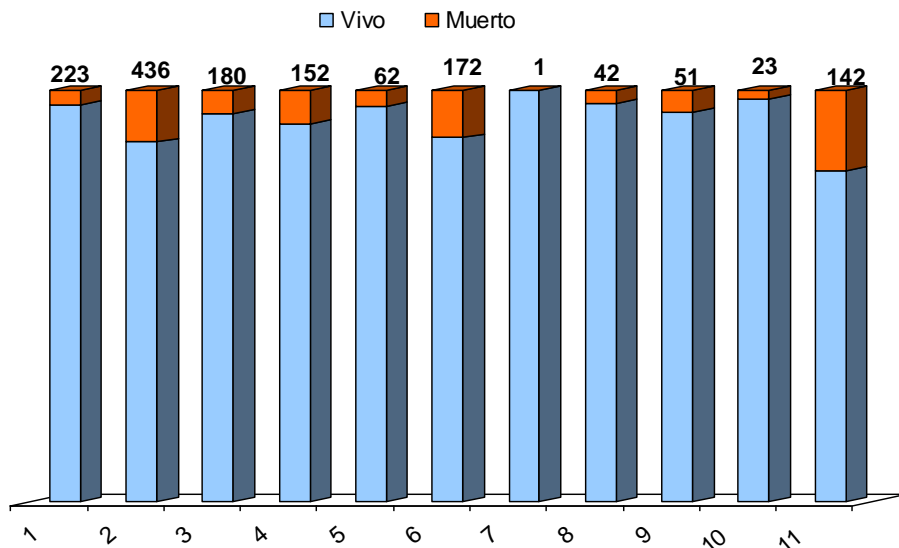
Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

En todo el periodo de análisis se presentaron en promedio 530 muertes por año, con un total de atenciones de 26. 0487, de los cuales el 6% salieron muertos (1.591) a la salida del servicio de urgencias. En el año 2006 se presentó el mayor número de muertos, el 7% de los 9.430 egresos del servicio en ese año; igualmente comparado con el total de egresos en los tres años de análisis el 2006 presentó la mayor proporción de mortalidad (2.4%) mientras que en el año 2004 y el 2005 la proporción de mortalidad fue de 1.8 % y 1.7 % respectivamente. (Tabla 11)

Analizando detalladamente el año 2006, el grupo diagnóstico agrupado en la categoría Enf. sist. Digestivo es la de mayor incidencia a la salida de urgencias, con una mortalidad del 29%, que también había tenido el más alto número de muertes en el 2005 (27% de muertes frente al total de muertes por otras causas), teniendo un ascenso importante, teniendo en cuenta que en el 2004 las muertes por diagnósticos agrupados en esta categoría tenían un peso porcentual del 10% del total de muertes por otras causas a la salida del servicio de urgencias. En el año 2004 las

muerres reportadas, clasificadas en la categoría de *Enf. del sist. Circulatorio* tuvo un descenso importante, paso de ser la primera en mortalidad 26%, a en el año 2005 tener el 11 % del peso porcentual, con una disminución de 80 casos entre estos 2 años, a pesar de haber aumentado en 20 muertes entre el 2005 y el 2006.

La categoría *Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias* ha tenido una contribución considerable de muertes en la salida de urgencias, en promedio de los egresos totales de este servicio 74 están clasificados en esta categoría y durante todo el periodo de análisis fue la CDM con el mayor numero de egresos del servicio, con una proporción de mortalidad del 14%, aunque la categoría con mayor número de muertes continua siendo la de *Enf. del sist. Circulatorio* con el 27% y 3. *Enf. sist. digestivo* con el 11% de mortalidad y la categoría con el menor número de muertes reportadas a la salida de urgencias fue *Embarazo, parto y puerperio*, donde solo se presento 1 muerte de las 1.248 atenciones de esta categoría en el servicio de urgencias (Fig. 9).



1. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias
2. Enf. del sist. Circulatorio
3. Enf. sist. digestivo
4. Enf. sist. Respiratorio
5. No Reporta
6. Tumores [neoplasias]
7. Embarazo, parto y puerperio
8. Sínt. signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio
9. Enf. del sist. Nervioso
10. Enf. sist. Urinario
11. Ciertas enf. infecciosas y parasitarias

Figura 9. Mortalidad a la Salida de Urgencias según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) específica. Antioquia 2004 a 2006.

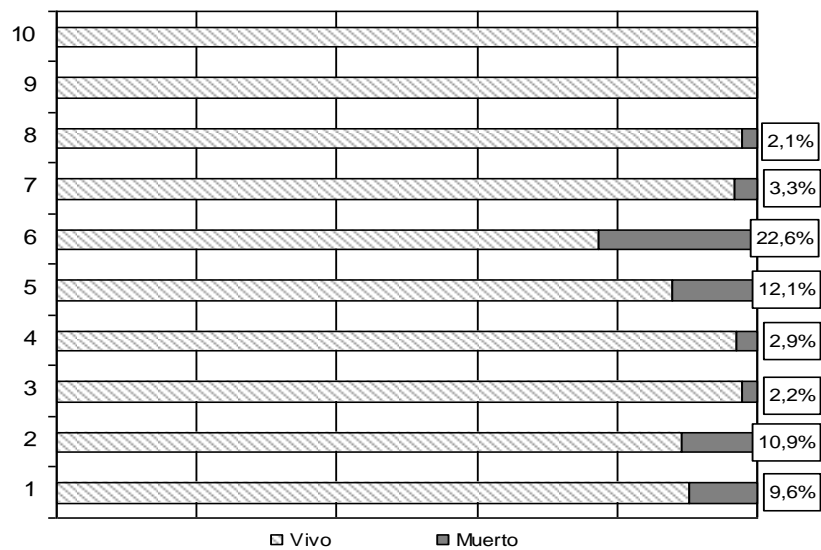
En el servicio de Hospitalización se presentaron durante el periodo de análisis 161.388 egresos, de los cuales el 2.6 % salieron muertos del servicio. La mortalidad en los egresos de hospitalización ha ido disminuyendo a lo largo del periodo de análisis, en promedio se redujo el número de muertes en 119 casos por año; en el año 2004 se presentó el mayor número de casos (1.492) en comparación al 2005 y 2006 que presentaron un total de egresos de 1.383 y 1.254 respectivamente, que salieron muertos del servicio. Al estudiar los egresos se hace un análisis de la mortalidad según la actividad final de este egreso donde se obtuvo (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según 10 primeras Actividades finales. Antioquia 2004 a 2006

Actividades Informe	Año					
	2004		2005		2006	
	N	%	N	%	N	%
<i>Egreso médico de sala general</i>	556	37,3	495	35,8	493	39,3
<i>Paciente cirugía única y egreso qco. sala gral</i>	286	19,2	234	16,9	186	14,8
<i>Paciente varias cirugías y egreso qco sala gral</i>	294	19,7	290	21,0	253	20,2
<i>Parto normal (ARO), atendido especialista</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>No apta</i>	76	5,1	80	5,8	77	6,1
<i>Cesárea sin complicaciones</i>	2	0,1	0	0,0	0	0,0
<i>Hosp. múltiple con UCI y múltiples cirugías</i>	151	10,1	155	11,2	103	8,2
<i>Hospitalización en UCE no quirúrgico</i>	40	2,7	45	3,3	70	5,6
<i>Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías</i>	58	3,9	65	4,7	57	4,5
<i>Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico</i>	26	1,7	16	1,2	12	1,0
<i>Hosp. múltiple con incubadora, cirugía múltiple</i>	3	0,2	3	0,2	3	0,2
Total Actividades Finales	1.492	100,0	1.383	100,0	1.254	100,0

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

El *Egreso médico de sala general* alcanzó la mayor proporción de muertes (39 %) en el año 2006, a pesar de la disminución en comparación a los casos presentados en el 2004 y 2005, años en los cuales también tenía la mayor proporción de muertes. En general todas las actividades finales han reducido el número de casos durante los tres años de análisis, principalmente las actividades *Paciente cirugía única y egreso qco. sala gral.* (14.8%), *Paciente varias cirugías y egreso qco sala gral.* (20.2%), que tienen un importante peso porcentual frente al total de muertes de las actividades finales y que han reducido en promedio 50 y 21 casos respectivamente. Al analizar los egresos de este servicio durante los tres años de estudio, la actividad final *Hosp. múltiple con UCI y múltiples cirugías* presenta la más alta proporción de mortalidad con 409 de un total de 1.806 (23%) (Fig. 10), seguido de la actividad final *Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías* que presentó 180 de 1.489 atenciones (12%) y *Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico* con 54 casos de 495 atenciones (11%) de las reportadas como muertes a la salida del servicio de Hospitalización.



- 1 NQHM4: Hospitalización en UCE no quirúrgico
- 2 NQHM5: Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico
- 3 NQHU1: Egreso médico de sala general
- 4 QMHM2: Hosp. múltiple con incubadora, cirugía múltiple
- 5 QMHM4: Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías
- 6 QMHM5: Hosp. múltiple con UCI y múltiples cirugías
- 7 QMHU1: Paciente varias cirugías y egreso qco sala gral
- 8 QUHU1: Paciente cirugía única y egreso qco. sala gral
- 9 QUHU1CS Cesárea sin complicaciones
- 10 QUHU1PV: Parto normal (ARO), atendido especialista

Figura 10. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según total de Actividad final - Antioquia 2004 a 2006.

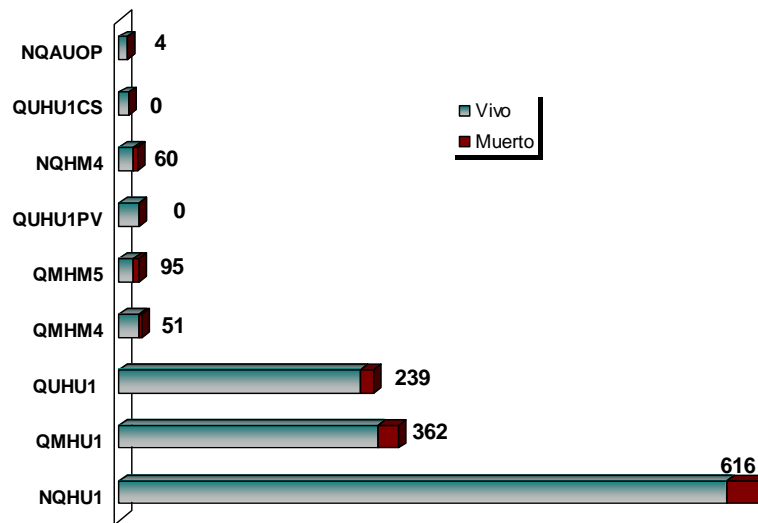


Figura 11. Distribución de mortalidad por egreso Urgencias según 10 primeras Actividad finales. Antioquia 2004 -2006.

En el servicio de Urgencias entre los años 2004 y 2006 se presentaron **26.487** egresos de los cuales el 6% salieron muertos del servicio, la actividad final con el mayor numero de casos durante este periodo fue *Egreso médico de sala general*(NQHU1) con el 38% , las actividades finales *Paciente varias cirugías y egreso qco sala gra.* (QMHU1) y *Paciente cirugía única y egreso qco. sala gra.*(QUHU1) aportaron a la mortalidad en el servicio el 22% y 15% respectivamente (Fig.11). Analizando en detalle las actividades finales reportadas en el servicio de Urgencias en cada año de estudio, se obtuvo un comportamiento similar al consolidado de los tres años, las actividades finales NQHU1 , QMHU1, QUHU1 encabezan la distribución porcentual de mortalidad, con 45%, 23 % y 14% respectivamente en el año 2005 (Tabla 13), donde se presento la mas alta mortalidad de todo el periodo de análisis, a pesar de la disminución de casos que se presentaron en el año 2006.

Tabla 13. Proporción de mortalidad por egreso Urgencias según total de Actividad final. Antioquia 2004 -2006.

Actividades Informe	Año		
	2004	2005	2006
<i>Egreso médico de sala general</i>	38,95	45,95	33,39
<i>Paciente varias cirugías y egreso qco sala gral.</i>	21,70	22,98	23,40
<i>Paciente cirugía única y egreso qco. sala gral.</i>	15,62	15,97	13,88
<i>Hosp. múltiple con UCI y múltiples cirugías</i>	3,65	5,69	7,96
<i>No apta</i>	15,21	4,16	7,33
<i>Hospitalización en UCE no quirúrgico</i>	1,42	2,19	6,71
<i>Hosp. múltiple con UCE y múltiples cirugías</i>	0,81	1,75	6,08
<i>Hospitalario múltiple con UCI no quirúrgico</i>	2,03	0,88	0,78
<i>No quirúrgico amb. único otros procedimientos</i>	0,00	0,44	0,31
<i>Otros procs no quirúrgicos amb. múltiples</i>	0,41	0,00	0,16
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

De las instituciones que prestan el servicio de hospitalización, facturaron a la DSSA un total de 161.388 egresos entre el 2004 y el 2006, de los cuales salieron muertos solo el 2.6% (4.129 casos) y al analizar las instituciones según su naturaleza jurídica, se pudo encontrar que las instituciones públicas tienen una menor proporción de mortalidad que las instituciones privadas, mientras que en las instituciones publicas se hicieron 98.991 egresos y salieron muertos del servicio 991 (24%), en las instituciones privadas hubieron 3.183 casos de 62.397 egresos facturados(75%), lo que llevo a continuar el análisis separando el tipo de institución (Fig.12 y 13).

Tabla 14. Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según instituciones públicas que facturaron a la DSSA. Antioquia 2004 a 2006.

Hospital	2004	2005	2006
<i>Rionegro</i>	19,4 %	21,1%	20,8%
<i>La María</i>	23,4%	19,8%	18,6%
<i>Caucasia</i>	10,4%	10,8%	10,6%
<i>Apartado</i>	4,6%	10,2%	9,6%
<i>ESE Rafael Uribe Uribe León XIII</i>	4,9%	0,6%	8,4%
<i>Santa fe de Antioquia</i>	4,9%	3,1%	5,6%
<i>Puerto Berrío</i>	1,7%	5,3%	5,3%
<i>La María VIH</i>	10,4%	9,3%	4,3%
<i>Metrosalud San Javier</i>	0%	0%	3,4%
<i>Itagüí</i>	2,3%	0,9%	3,1%
<i>Yolombo</i>	0,6%	1,5%	2,8%
<i>Ciudad Bolívar</i>	1,4%	0,9%	2,5%
<i>Envigado</i>	7,2%	7,1%	1,6%
<i>Bello</i>	1,2%	0,6%	0,9%
<i>Metrosalud Belén</i>	3,5%	1,9%	0,9%
<i>Caldas</i>	1,2%	2,2%	0,6%
<i>Yarumal</i>	2,3%	4,0%	0,3 %
<i>Metrosalud " HICM"</i>	0,3%	0,0%	0,3%
<i>Metrosalud Buenos Aires</i>	0,3%	0,6%	0,3%
<i>Hospital Mental</i>	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Metrosalud Manrique</i>	0,0%	0,0%	0,0%
Total Públicos	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Al analizar la facturación de las instituciones públicas del departamento que tienen contrato con la DSSA, se puede concluir que del total de egresos hospitalarios en estas instituciones durante los años 2004 al 2006 (98.99 atenciones) el 1.0% sale muerto de este servicio, mientras que en este ultimo año salieron muertos del servicio el 1.13% del total de atenciones en hospitalización, de los cuales la institución con mayor proporción de mortalidad es Rionegro con un total de 3.125 egresos y salieron muertos del servicio 67 usuarios posteriormente en el año 2005 en la misma institución la proporción de mortalidad era del 21.1%. En el año 2004 el Hospital La Maria tuvo la mayor proporción de mortalidad de todo el periodo de análisis y del año 2004, en el cual de un total de 3.512 egresos, salieron muertos del servicio 81 usuarios, equivalente al 23 % de los egresos de esta institución.

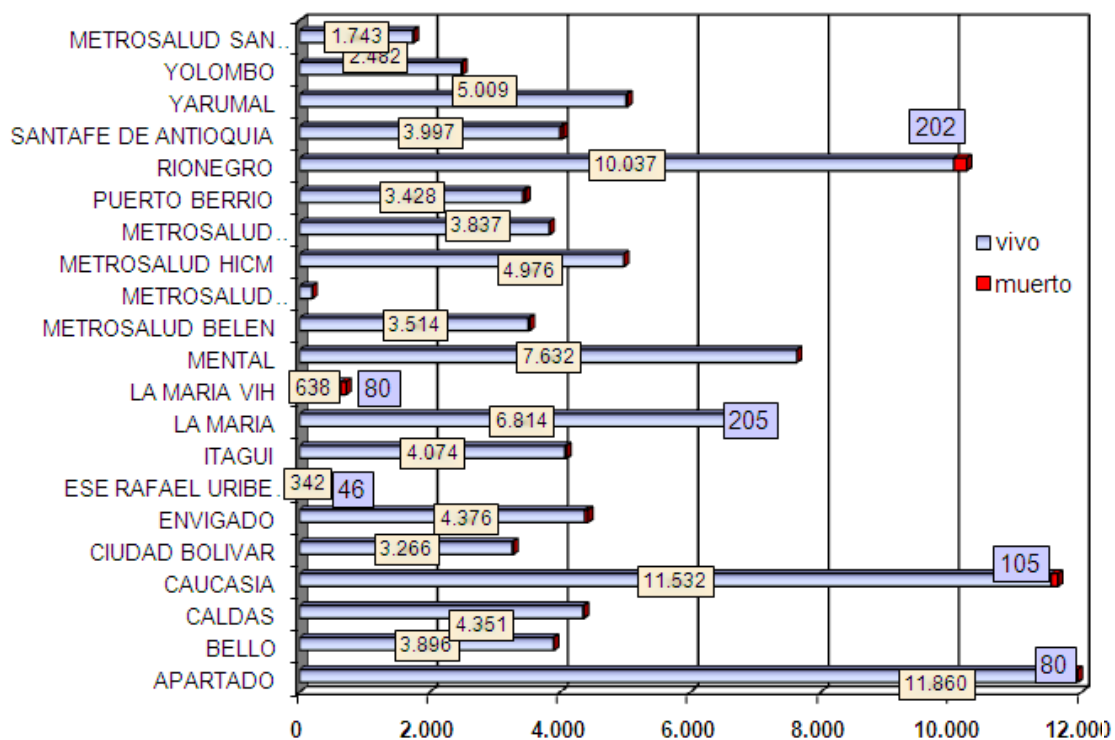


Figura 12. Estado a la Salida de Hospitalización en Hospitales Públicos - Antioquia 2004 a 2006. (Basado en el cuadro 19 Proporción de mortalidad por egreso hospitalario según instituciones que facturaron a la DSSA.)

En el grafico se detallan el número de muertes en cada institución denominada pública, que facturaron a la DSSA durante el 2004 y el 2006, se puede apreciar que las instituciones publicas de Rionegro, Caucaasia y Apartado, aunque gráficamente muestran un mayor numero de muertes

en proporción a los egresos de estas instituciones, no superan el 1% del total; a diferencia de La Maria VIH y la ESE Rafael Uribe Uribe - Clínica León XIII que si presentaron mas del 10% de muertes frente a las atenciones en el servicio de Hospitalización que realizaron entre el 2004 y el 2006.

En las instituciones privadas que tienen contrato con la DSSA, se puede observar (Figura 13) una baja mortalidad a la salida de hospitalización por institución, exceptuando los casos de la Clínica el Rosario y Serviucis S.A. que presentaron una proporción del muertes mayor del 10%, que puede ser explicado por el no reporte de RIPS en el año 2006, aunque aun así, esta proporción puede ser considerable, analizando el periodo 2004 a 2005 (Tabla 15). Al examinar la facturación por año de estas instituciones el Hospital Universitario San Vicente de Paúl es la institución que mas egresos reporto durante el 2006 con una proporción de mortalidad del 50.6%, seguido del Hospital General (36.2%) y el Hospital Pablo Tobón con el 4.4% de mortalidad en el servicio de hospitalización, lo cual puede ser explicado por la naturaleza de estas instituciones, su nivel de atención y complejidad y contratos existentes con la DSSA.

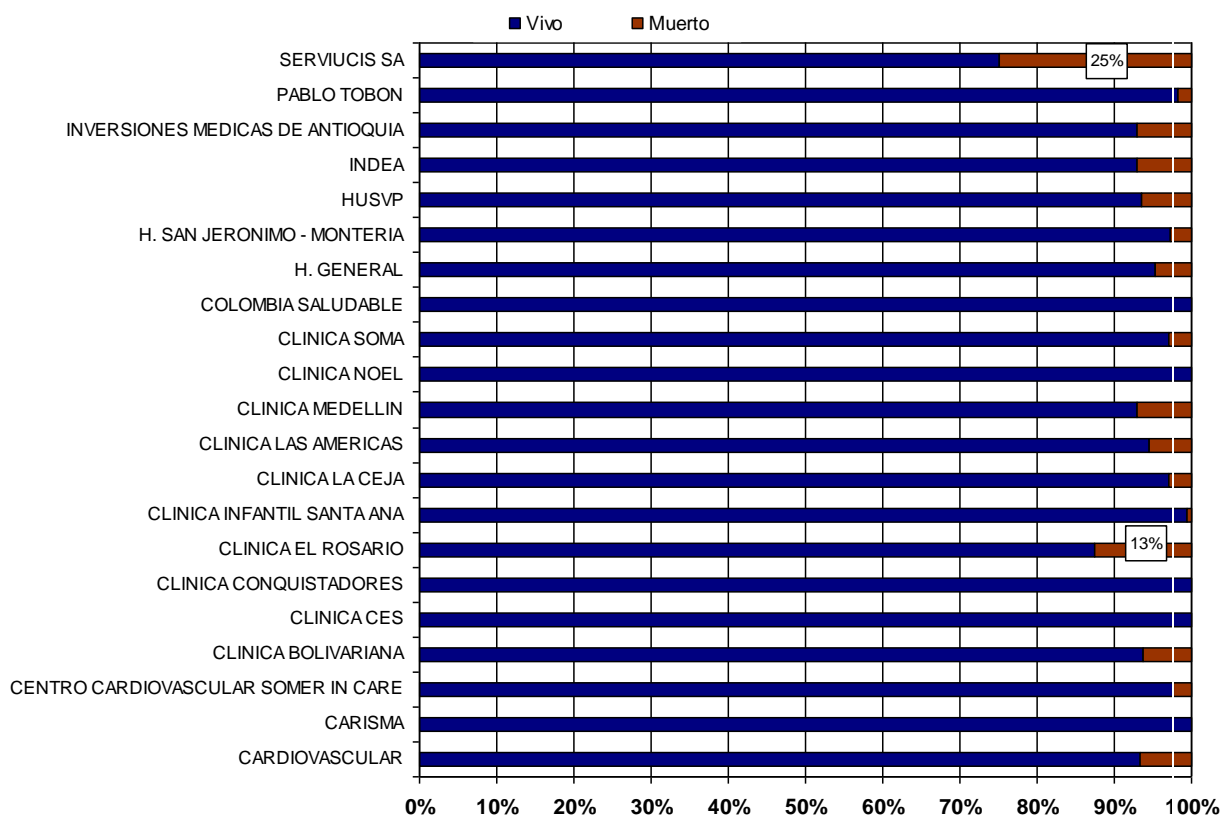


Figura 13. Estado a la Salida de Hospitalización en Hospitales Privados - Antioquia 2004 a 2006.

Tabla 15 . Mortalidad por egreso hospitalario según instituciones privadas que facturaron a la DSSA – Antioquia 2004 a 2006

Hospital	Año						Total
	2.004		2.005		2.006		
	V	M	V	M	V	M	
HUSVP	7.419	623	8.376	526	7.688	472	8.160
H. General	9.663	458	9.564	448	6.483	337	6.820
Carisma	756	0	751	0	933	0	933
Pablo Tobón	1.011	0	946	6	694	41	735
H. San Jerónimo - Montería	506	19	946	20	569	16	585
INDEA	0	0	0	0	398	30	428
Clínica Medellín	4	0	414	31	206	16	222
CARDIOVASCULAR	36	5	153	12	177	9	186
Colombia Saludable	0	0	24	0	175	0	175
Clínica Noel	69	0	137	0	141	0	141
Clínica La Ceja	0	0	0	0	67	2	69
Clínica Bolivariana	22	0	44	5	54	3	57
Clínica Soma	7	0	21	1	40	1	41
Clínica Las Américas	304	14	23	2	35	5	40
Clínica CES	8	0	9	0	19	0	19
Inversiones Médicas de Antioquia	4	0	2	1	7	0	7
Total Privados	19.999	1.146	21574	1.060	17.686	932	18.618

V= Vivo M = Muerto

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

En las instituciones privadas se hicieron 18.618 egresos con una proporción de mortalidad del 5 % durante los tres años de análisis y con un promedio de 1.040 muertes por año. El año con mayor número de muertes fue el 2004 con una mortalidad del 5%, donde el Hospital San Vicente de Paúl reporto el mayor número de muertes, el 54% de las muertes en ese año, un comportamiento similar tuvo en los años 2005 y 2006 la mayor proporción de muertes entre las instituciones privadas, del 49% y el 50% respectivamente. El Hospital General de Medellín también tiene un peso porcentual importante, aunque a disminuido el número de muertes a la salida de este servicio durante los tres años, con un reducción promedio de 60 muertes al año. La ESE Carisma no reporto ninguna muerte durante todo el periodo debido a que la naturaleza de sus servicios no se presentan muertes al egreso de hospitalización.

Tabla 16. Total de la Proporción de mortalidad por egreso Urgencia según instituciones que facturaron a la DSSA – Antioquia 2004 a 2006.

Hospital	Muertes		Total
	N	%	N
APARTADO	1	14%	7
BELLO	2	0%	1.544
CALDAS	1	6%	16
CARDIOVASCULAR	0	0%	17
CAUCASIA	0	0%	6
CIUDAD BOLIVAR	0	0%	33
CLINICA BOLIVARIANA	6	6%	109
CLINICA CONQUISTADORES	0	0%	1
CLINICA EL ROSARIO	1	13%	8
CLINICA LAS AMERICAS	23	10%	220
CLINICA NOEL	0	0%	4
CLINICA SOMA	2	3%	68
ENVIGADO	0	0%	16
ESE RAFAEL URIBE URIBE LEON XIII	46	12%	388
H. GENERAL	1.055	7%	14.526
H. SAN JERONIMO - MONTERIA	16	6%	260
H. SAN VICENTE DE PAUL	419	5%	7.943
INSTITUTO NEUROLOGICO DE ANTIOQUIA	11	4%	312
INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA	1	8%	13
ITAGUI	0	0%	244
LA MARIA	3	2%	129
LA MARIA VIH	0	0%	19
METROSALUD BELEN	0	0%	134
METROSALUD BUENOS AIRES	0	0%	1
METROSALUD HICM	0	0%	13
METROSALUD MANRIQUE	0	0%	12
PABLO TOBON	1	0%	207
PUERTO BERRIO	0	0%	18
RIONEGRO	1	1%	119
YARUMAL	2	3%	73
YOLOMBO	0	0%	3
METROSALUD SAN JAVIER	0	0%	24
Total	1.591	6%	26.487

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Basado en el Tabla 16 Proporción de mortalidad por egreso Urgencia según instituciones que facturaron a la DSSA. En el periodo 2004 a 2006, se presentaron 26487 egresos por urgencias, de los cuales el 94 % de los pacientes salieron vivos del servicio. Tomando como referencia el total de atenciones en el servicio, si el porcentaje de muertes es superior del 10% , es necesario conocer a profundidad las diversas situaciones que pudieron influir en esta proporción de mortalidad, tal es el caso de la institución del municipio de Apartado, aunque tuvo pocos egresos en

urgencias en el periodo, la proporción de mortalidad es del 14% durante 2004 y 2006; La Clínica el Rosario también tiene una de las proporciones mas altas en el análisis (13%) el cual podría ser explicado por la falta de información ya que no se incluyeron las atenciones del 2006; La ESE Rafael Uribe Uribe tiene un proporción de mortalidad en el servicio del 12% , aunque en el periodo y por las características de la institución presto poco servicios, a comparación con otras instituciones similares.

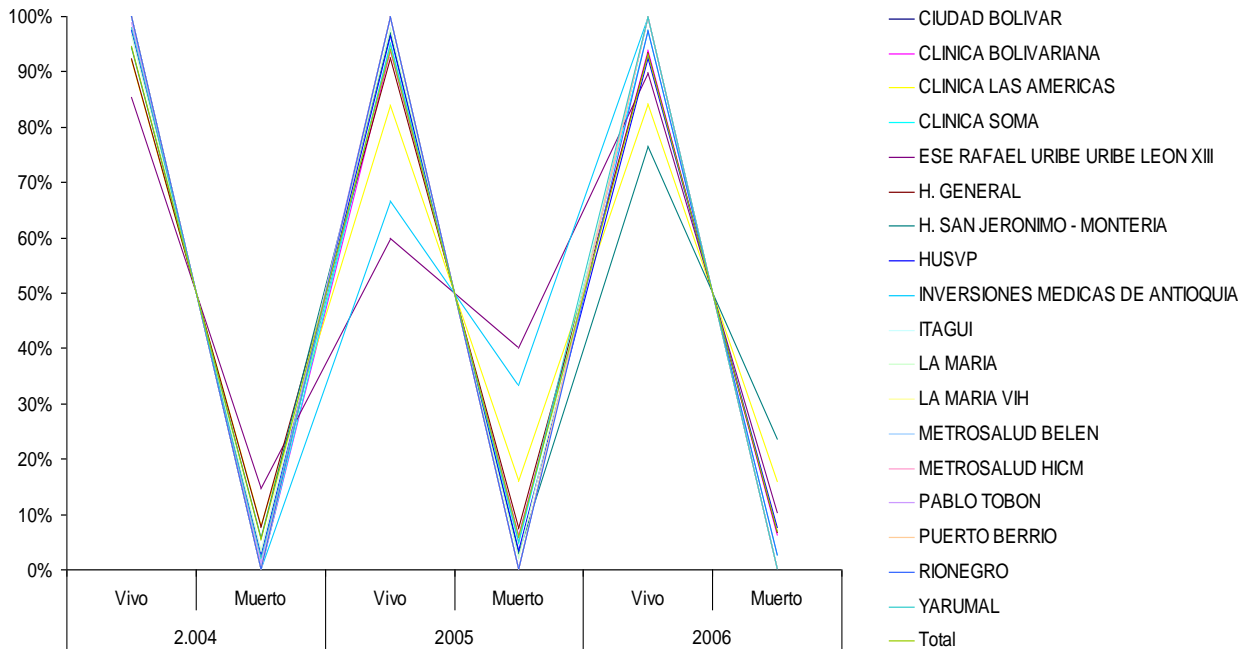


Figura 13. Proporción de Mortalidad a la Salida de Urgencias - Antioquia 2004 a 2006.

Nota: en este grafico se excluyen las instituciones que no reportaron RIPS a la DSSA en algunos de los años del periodo 2004 -2006, con el fin de tener información comparable para su análisis.

Se puede observar una gran uniformidad en el comportamiento de los egresos de urgencias en este periodo, donde los mayores porcentajes se presentan en egresos de este servicio con pacientes vivos, aunque es de destacar el comportamiento de los egresos en las ESE Rafael Uribe Uribe en el 2005, en el cual se hicieron 5 atenciones de los cuales 2 salieron muertos del servicio lo que puede explicar su comportamiento frente al resto de instituciones; una conducta similar tuvo la institución Inversiones Medicas de Antioquia en este año, de 3 pacientes atendidos murió 1, lo

que le hace ver diferencias entre las proporciones de pacientes muertos en Urgencias en ese periodo.

Tabla 17. Estadísticos de los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)- Antioquia 2004 a 2006

		Días en UCI				
		Total				Error estándar de la media
		Promedio	N	Mínimo	Máximo	
Estado a la salida de hospitalización	Vivo	6,5	2.136	1,0	219,0	0,2
	Muerto	7,8	537	1,0	161,0	0,6
	Total	6,7	2.673	1,0	219,0	0,2
Estado a la salida de urgencias	Vivo	7,9	386	1,0	91,0	0,6
	Muerto	9,5	126	1,0	139,0	1,5
	Total	8,3	512	1,0	139,0	0,6

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

El estado de los pacientes que estuvieron en UCI a la salida de hospitalización permanecieron en promedio 7 días, de los cuales los pacientes que salieron vivos permanecieron en el servicio 6, mientras que los pacientes que salieron muertos del servicio estuvieron internados durante 8 días. Los pacientes de UCI en hospitalización permanecían como mínimo un día y máximo 219 días a diferencia de los pacientes de UCI atendidos en el servicio de Urgencias que permanecían como máximo 139 días, independientemente que el paciente hubiera salido vivo o muerto, y es una cifra que es considerable para este tipo de servicio. (Tabla 17) Las personas que salen muertas después de haber estado en la UCI del servicio de Urgencias, permanecieron en promedio 9 días, mientras que las personas que salieron vivas de este servicio solamente permanecieron 8 días (Figura 15); Los pacientes atendidos en este servicio durante el periodo 2004 a 2006 estuvieron en total 512 días.

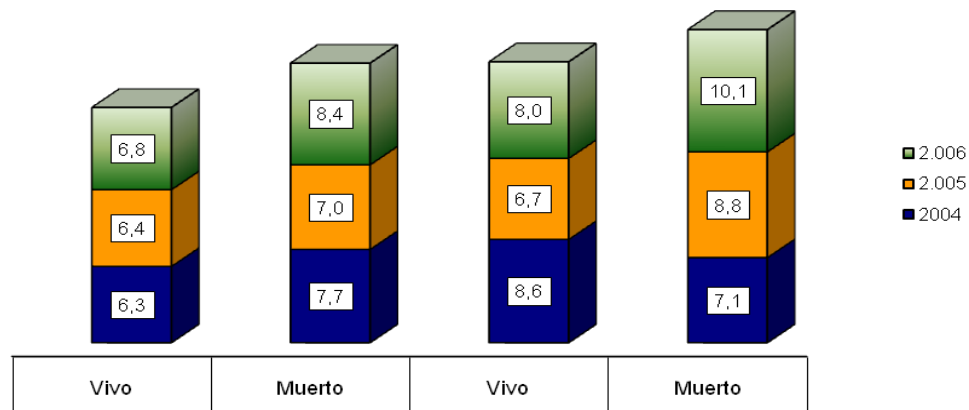


Figura 14 .Promedio de Días de permanencia en UCI - Antioquia 2004 a 2006

Tabla 18. Proporción total días de hospitalización- Antioquia 2004 a 2006.

	Año		
	2004	2005	2006
Días de hospitalización			
1	179.485	160.992	167.665
2	19.755	18672	13.475
3	26.350	27488	21.938
4	14.493	15138	13.373
5	5.690	5511	5.021
6	5.005	4.345	4.120
Total	250.778	232.146	225.592

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Entre 2004 y el 2006 los pacientes que ingresaron a hospitalización permanecieron en el servicio durante 708.516 días en promedio 236.172 días al año, de los cuales el 71% de los usuarios permanecieron un solo día en el servicio mientras que el 10 % estuvieron hospitalizados hasta 3 días. El comportamiento de la permanencia en el servicio en cada año no varía mucho al consolidado de los 3 años, en el año 2006 el 74% de los usuarios permaneció durante 1 día y el 9% estuvo durante 3 días en el servicio y el 17 % restante se quedó hospitalizado 2 días y de 4 a 6 días. El promedio de usuarios que permanecieron en el servicio durante 1 día fue de 169.380 por año y en el año 2005 se presentó una reducción importante en el total de usuarios que estuvieron hospitalizados un día con respecto al total del 2004 (-18.493 usuarios), aunque en el año 2006 haya aumentado en 6.673 usuarios. (Tabla 18)

Tabla 19. Proporción de la población atendida según departamento de residencia. Antioquia 2004 a 2006.

Departamento	Valor Gasto	% Gasto
Antioquia	\$ 566.413.972.415	98,78
Córdoba	\$ 734.611.976	0,13
Valle	\$ 660.100.768	0,12
Santa fe De Bogotá D.C.	\$ 600.475.629	0,10
Choco	\$ 409.509.104	0,07
Caldas	\$ 316.031.726	0,06
Santander	\$ 216.719.283	0,04
Boyacá	\$ 190.658.765	0,03
Nariño	\$ 119.553.501	0,02
Bolívar	\$ 115.563.785	0,02
Huila	\$ 78.501.005	0,01
Risaralda	\$ 60.507.392	0,01
Sucre	\$ 53.356.299	0,01
Tolima	\$ 51.303.639	0,01
Quindío	\$ 37.781.834	0,01
Cauca	\$ 35.888.583	0,01
Cundinamarca	\$ 35.081.157	0,01
Norte De Santander	\$ 30.469.883	0,01
Magdalena	\$ 24.602.722	0,00
Casanare	\$ 13.741.176	0,00
Vichada	\$ 12.622.866	0,00
Atlántico	\$ 11.744.713	0,00
San Andrés	\$ 11.651.464	0,00
Meta	\$ 10.782.032	0,00
Putumayo	\$ 5.969.111	0,00
Cesar	\$ 5.770.740	0,00
Guajira	\$ 5.218.662	0,00
Caquetá	\$ 5.111.594	0,00
No Reporta	\$ 643.420	0,00
Guaviare	\$ 596.337	0,00
Arauca	\$ 500.920	0,00
Amazonas	\$ 91.050	0,00
Guainía	\$ 45.810	0,00
Total	\$ 573.429.397.604	100%

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA.

Al estudiar el comportamiento del gasto según el lugar de residencia de la población atendida, excluyendo los usuarios de Antioquia que tienen el 98 % de la proporción de gasto facturado a la DSSA, es importante la participación porcentual de los usuarios provenientes de los departamentos de Córdoba, el departamento del Valle y la Ciudad de Bogotá, que facturaron un total de 311, 378 y 265 atenciones respectivamente, donde Córdoba facturo el mayor valor \$ 734 millones de pesos entre el 2004 y el 2006.(Tabla 19)

Al hacer el seguimiento año a año, el 2005 presento el mayor número de reportes en estos tres departamentos, encabezado por el Valle con una total de 217 atenciones, que al año 2006 disminuyo en 108 usuarios; La ciudad de Bogotá también redujo el número de usuarios entre el 2005 y el 2006 en 129 usuarios, ya que en el año 2004 solo reportaron 10 usuario. En el total de departamentos de los cuales se presento algún reporte, disminuyeron en promedio 4 usuarios entre el 2005 y el 2006,

mientras que Antioquia disminuyo en promedio 356 usuarios entre estos dos años.

6.4 Análisis comparativo del gasto en la atención de pacientes de alto costo durante el periodo 2004-2006

Al hacer el análisis de actividades consideradas como outliers, se presentaron durante todo el periodo un total de 18.809 outliers, el 4.18% del total de actividades facturadas. Al revisar como fue el comportamiento de los outliers según el nivel de complejidad , el subnivel N22 Baja Demanda presento el mayor peso porcentual durante todo el periodo de análisis, 4.95% de outliers, seguido del subnivel N20 Periferia Menor Complejidad con un 4.73 de outliers. Al examinar los outliers por año, el 2004 tuvo el mayor número de outliers en el subnivel N21 Mayor Complejidad con 5.159 actividades reportadas, aunque en el 2005 y 2006 redujo en promedio 312 outliers por año. En el año 2006 el subnivel con mayor porcentaje de outliers fue el N22 Baja Demanda con el 4.67% del total de actividades de este año.

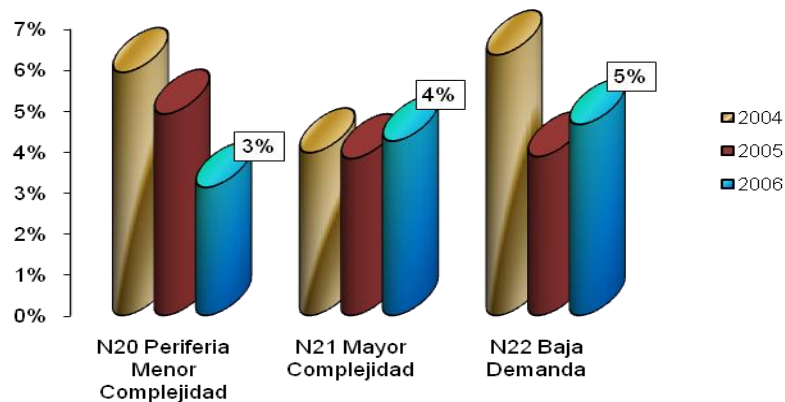


Figura 14. Proporción de Outliers según subnivel de Complejidad N20, N21 y N22 - Antioquia 2004 a 2006

La proporción de outliers en el subnivel de baja demanda tuvo un crecimiento importante en el año 2006, pero es necesario tener en cuenta el aumento permanente durante este periodo de los outliers en el subnivel de mayor complejidad, teniendo en cuentas las instituciones y servicios que se prestan en este subnivel, pero principalmente el costo de éstos.

Tabla 20. Participación del valor de los outliers del subnivel 20 y 21 sobre el gasto total. Antioquia 2004 a 2006.

Año

Nivel total (subnivel)	2004	2005	2006	Total
N20 Periferia Menor Complejidad	\$1.495.058.840	\$1.890.896.468	\$1.677.666.268	\$5.063.621.576
N21 Mayor Complejidad	\$9.179.277.583	\$11.247.913.348	\$12.965.039.659	\$33.392.230.590
N22 Baja Demanda	\$511.013.901	\$467.296.998	\$498.526.307	\$1.476.837.206
Total	\$11.185.350.324	\$13.606.106.814	\$15.141.232.234	\$39.932.689.372

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA

El gasto por outliers en los subniveles 20, 21 y 22, totalizan 39.932 millones de pesos frente a 190.885 millones de pesos que se facturan en estos subniveles; la mayor facturación de outliers en estos subniveles se expresa en los 12.965 millones de pesos facturados en el 2006 en el subnivel de mayor complejidad, quien presentaba el mismo comportamiento en el 2004 y el 2005, frente a los subniveles de periferia mayor complejidad y de baja demanda.

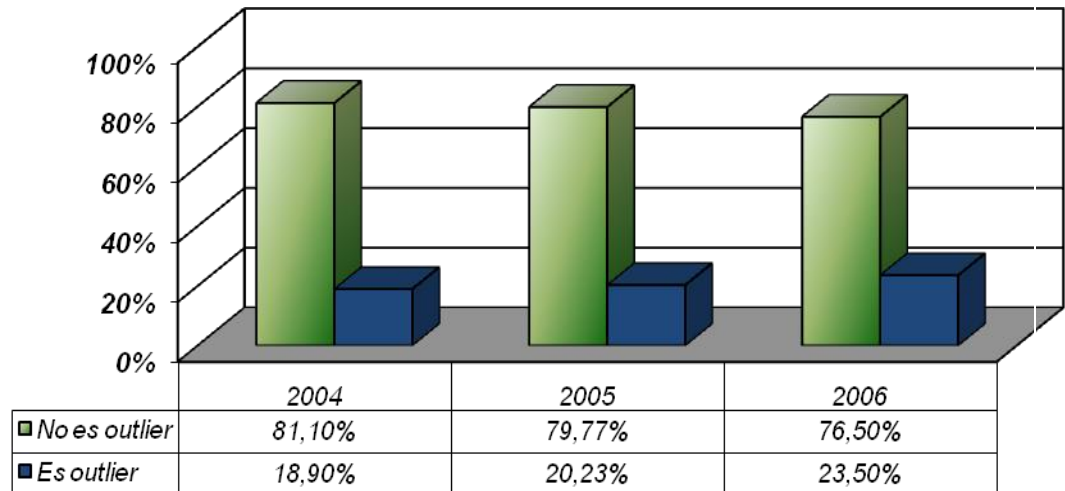


Figura 15. Participación proporcional de los Outliers del subnivel 20, 21 y 22 - Antioquia 2004 a 2006.

La proporción de outliers en este periodo (2004 -2006) aumento, específicamente en el periodo 2005 a 2006 en un 3%, aunque el número de actividades finales que no son consideradas como outliers superan el 50% de las que sí lo son.

6.2 Caracterización de pacientes atendidos por acción de tutela en el 2006.

Al importar y consolidar la información de los pacientes se pudo hacer un análisis descriptivo de las atenciones y servicios prestados a la población que fue atendida utilizando la acción de tutela para acceder al servicio de salud.

Atenciones por acción de tutela a cargo de la DSSA. Antioquia, 2006

La acción de tutela es el recurso jurídico mediante el cual el ciudadano exige del Estado el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando considera que hay violación de este. En el caso de la salud, las tutelas proceden por la conexividad de ésta con el derecho fundamental a la vida¹³. Desde esta sanción de la constitución nacional y el empoderamiento del conocimiento de los derechos y deberes,“ la población empieza a asumir la prestación de servicios, ya no como “asistencia pública” o caridad, si no como derecho, con obligaciones concretas del Estado para garantizarlo”¹⁴. La atención de la población vinculada está a cargo de la DSSA, adicionalmente acoge a la población asegurada a las EPS-S para las atenciones por fuera del POS y las personas en situación de desplazamiento, reinsertados e indigentes, para ello debe garantizar administrativamente que la atención sea brindada a quien realmente y legalmente tenga derecho a ella, donde las atenciones NO POS son las principales solicitudes presentadas por los usuarios en protección del derecho a la vida relacionados con la salud. Para ello se crea una oficina de atención, donde se da respuesta a los requerimientos jurídicos de la población a cargo del departamento. Esta oficina ubicada en instalaciones del Hospital La María, recibió desde el 2002 hasta marzo de 2007 un total de **52.839** tutelas, en este último año se han recibido en promedio 50 acciones de tutelas por día, lo que nos muestra un importante crecimiento en la presentación de este requerimiento a la DSSA (Figura 16), donde se tiene en promedio un incremento anual de 1765 acciones presentadas, además hay que resaltar como en los meses transcurridos hasta el 2007 se habían recibido 1485 acciones de tutelas más que el total presentado en el 2006.

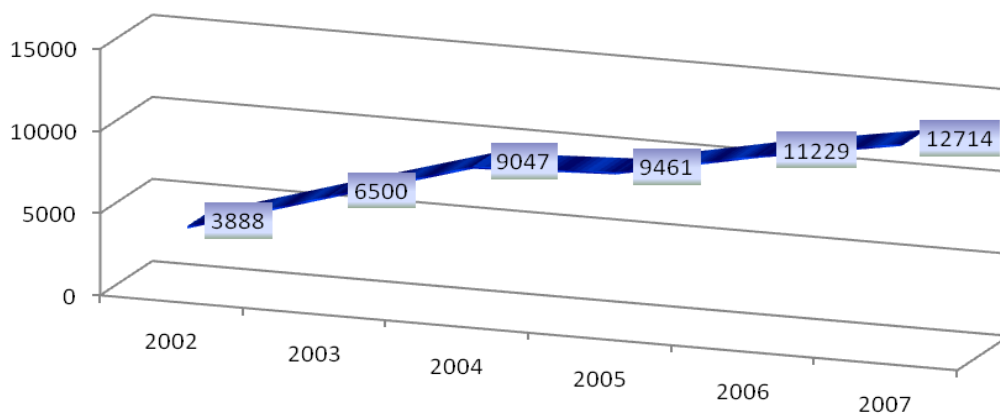


Figura 16. Tutelas presentadas para atención a cargo del departamento. Antioquia 2006

Posteriormente, después de conocer la sentencia de la acción de tutela, cuando es ganada por el demandante, el servicio debe ser prestado al usuario, por lo tanto se genera un registro individual de atención en la institución donde se dio la atención y el cobro de esta será cargada a la DSSA; a partir de este RIPS, se puede hacer el pago a la IPS y adicionalmente permite a la DSSA conocer y caracterizar la población que fue atendida utilizando este recurso constitucional. En base a la información reportada a la DSSA entre enero y diciembre del 2006, se analizara la población atendida por medio de la acción de tutela:

6.2.1 Caracterización de la población Atendida:

Las atenciones por tutela cargo de la DSSA durante el 2006 fueron en total 16.560, donde los usuarios a quienes se les brindaron atenciones en la red de prestación de servicios contratada por la DSSA en todo el departamento, se caracterizaban principalmente por ser mujeres 59% (9.776), mientras que los hombres que fueron atendidos (6.780) participaron con el 41%. Según el tipo de afiliación, los usuarios pertenecientes al régimen de vinculado y subsidiado, tiene el mayor numero de atenciones 7.216 (43%) y 7.285 (46%) respectivamente, al estudiar el tipo de afiliación según género (Tabla 21), se dio un comportamiento parejo en las atenciones, tanto mujeres como hombres, tuvieron el mayor número de atenciones en el régimen vinculado con 4.315 (56%) y 3.370 (44%) a pesar de las 945 atenciones de diferencia al analizarlos frente a los totales según el género.

Tabla 21 . Distribución de la población atendida por tutela según el género y el tipo de afiliación. Antioquia 2006.

Tipo de Usuario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Vinculado	4.315	3.370	7.685
Subsidiado	4.477	2.739	7.216
Otro	733	482	1.215
Particular	163	122	285
Contributivo	89	70	159
Total	9.777	6.783	16.560

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006.

Al estudiar la pirámide poblacional (Ver Figura 17) se observó la amplia participación del grupo de edad de 15 a 44 años 39% (6.458), donde del total de mujeres atendidas, aportaron a este grupo de edad el (40.5%), mientras que en el grupo de 60 años y más (2.780) la proporción de atenciones fue similar (16%) y (17%) para ambos géneros. El 50% de las personas atendidas tenían más de 42 años en las mujeres, mientras que la población masculina tenía menos de 35 años.

Antioquia es el principal lugar de procedencia de los usuarios atendidos 99% (16.514), principalmente usuarios residentes en el área metropolitana 78% (13.034), mientras que las personas provenientes de municipios del resto del departamento y del país fueron de 21% (3.508) y 0,1% (20) respectivamente.

Las principales instituciones receptoras de estas atenciones, ubicadas en el municipio de Medellín, fueron el Hospital La María con un total de 11.033 atenciones, seguido del Hospital San Juan de Dios de Rionegro y el Hospital Manuel Uribe Ángel 1.436 y 995 atenciones respectivamente; la participación porcentual del resto de instituciones que atendieron usuarios por tutelas se presenta en la Figura 17.

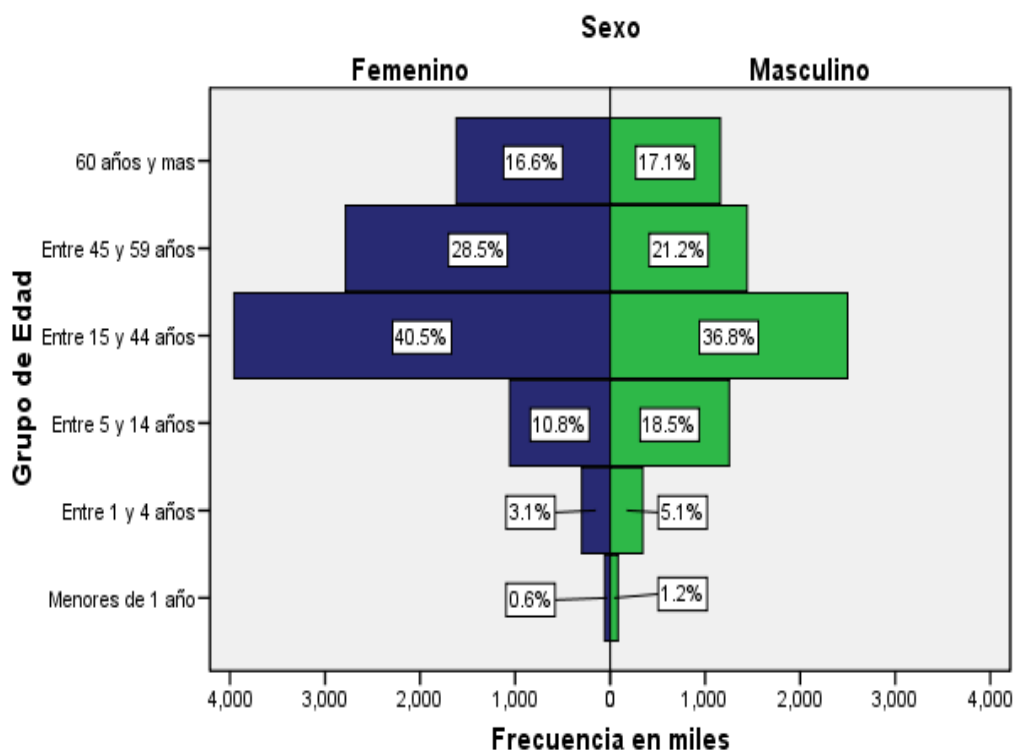


Figura 17. Distribución por grupos de edad y género de los usuarios atendidos por tutela a cargo de la DSSA. Antioquia 2006.

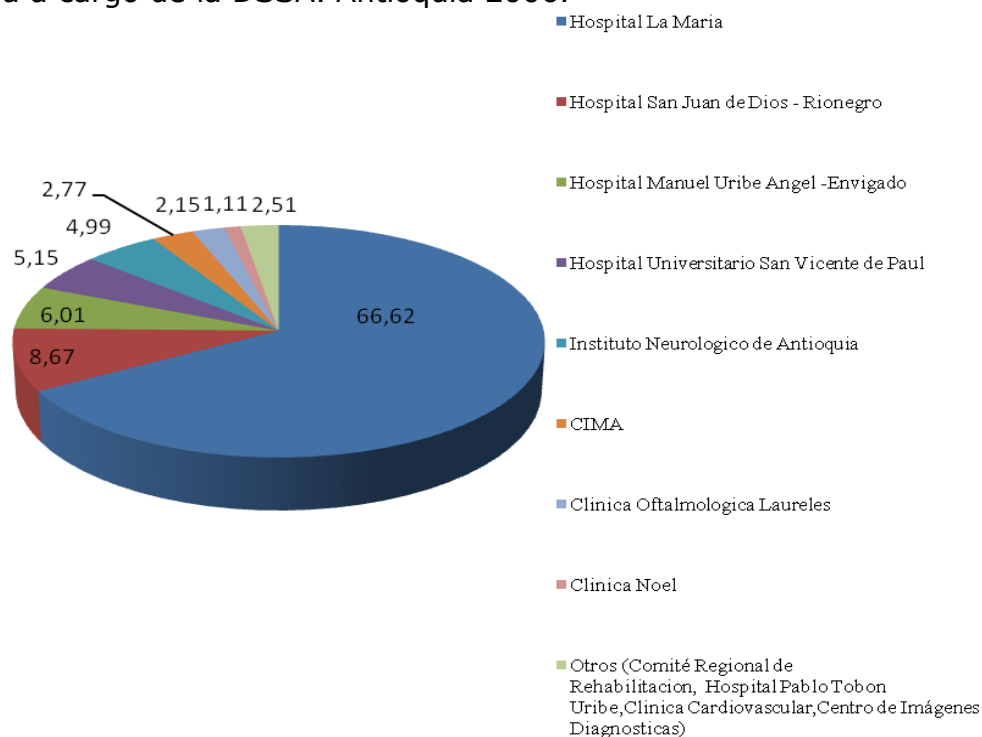


Figura 18. Principales instituciones que prestaron servicios de salud a cargo de la DSSA por acción de tutela. Antioquia 2006

6.2.2 Caracterización de los servicios:

Los pacientes atendidos por medio de la acción de tutela, les fueron prestados los servicios de consulta externa (5.3%), hospitalización (1.6%) y procedimientos quirúrgicos (21.8%), mientras los recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico como los medicamentos y materiales e insumos, tuvieron una participación mayor 53.8% y 17.4% respectivamente (Tabla 2); Particularizando el costo de los principales servicios prestados se encontró que durante el 2006 el gasto en Medicamentos fue el más alto con \$ 8.177.926.014, seguido de Hospitalización (\$ 2.888.444.525) y Procedimientos (\$ 1.994.845.514), el rubro de materiales e insumos contribuyó a la facturación en \$ 541.772.963) y los servicios de Consulta Externa Especializada sumaron (\$ 103.187.686). Las atenciones por tutela son prestadas por el departamento para servicios de II y III nivel de complejidad, haciendo más costosa la atención de esta población, lo que obliga a buscar mecanismos de pago diferentes entre la DSSA y las IPS públicas y privadas con el fin de dar sostenibilidad al Departamento para futuras atenciones. (Figura 18)

Tabla 22. Servicios prestados a la población a cargo del departamento que presentaron tutela para acceder al servicio. Antioquia 2006

Servicio	Número
Consulta Externa	4.172
Hospitalización	1.237
Procedimientos	17.276
Medicamentos	42.693
Materiales e Insumos	13.785
Otros Servicios (Traslados y Honorarios)	239
Total	79.402

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006

Al detallar las atenciones hechas en la red de IPS públicas y privadas que tienen contrato vigente con la DSSA para la prestación de servicios a esta población, en la tabla 23 se detalla el pago hecho a las instituciones receptoras de esta población.

Como se había hablado en la primera parte, el Hospital La María tuvo el mayor número de atenciones, por ende presentó la mayor facturación (65%), mientras instituciones como el Hospital Universitario San Vicente de Paul y el Hospital Pablo Tobón Uribe que solo hicieron el 5,2 % y 0.8 % respectivamente, del total de atenciones prestadas, representaron en el gasto el 21.9%, facturando a la DSSA un total \$ 2.450.383.548, esto debido a la naturaleza de estas instituciones donde las atenciones prestadas son principalmente de III nivel de complejidad.

Tabla 23. Valor facturado a la DSSA según institución que prestó el servicio. Antioquia 2006

Institución	Valor
Hospital La María	\$ 7.317.975.365
Hospital Universitario San Vicente de Paul	\$ 2.078.573.356
Instituto Neurológico de Antioquia	\$ 513.704.546
Hospital Pablo Tobón Uribe	\$ 371.810.192
Hospital Manuel Uribe Ángel - Envigado	\$ 280.595.664
Clínica Cardiovascular	\$ 195.511.029
Hospital San Juan de Dios - Rionegro	\$ 152.044.407
Clínica Oftalmológica Laureles	\$ 136.917.030
Comité de Rehabilitación de Antioquia	\$ 42.736.786
CIMA	\$ 38.062.004
Clínica Noel	\$ 33.147.043
Centro de Imágenes Diagnosticas	\$ 18.378.927
Total Facturado	\$11.179.456.349

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006

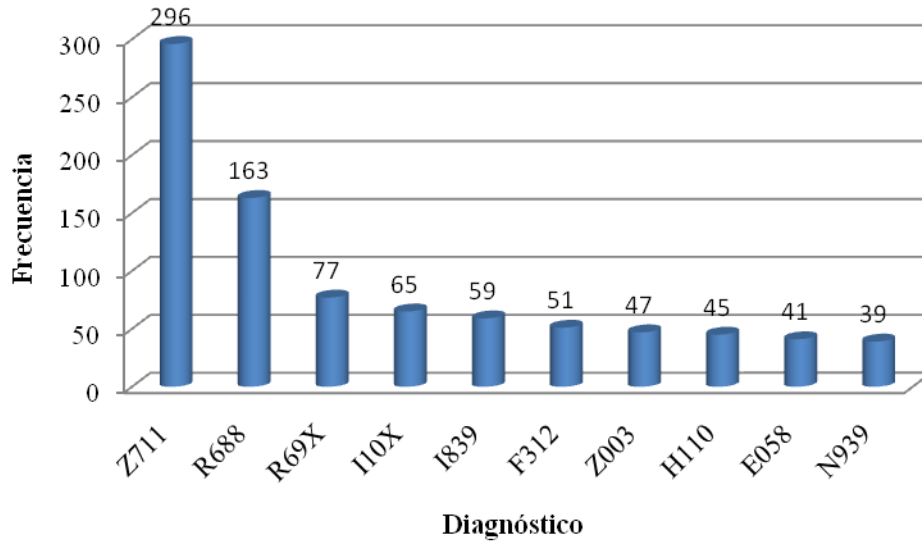
6.2.3 MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Morbilidad:

De las 4.172 consultas realizadas en el 2006, se extraen las principales causas de consultas y los diagnósticos, resultado de éstas atenciones; la principal causa de consulta fue por enfermedad general (3.934), Otras causas (197) y otros tipo de accidentes (27);

De 941 diagnósticos dados en este servicio, el que tuvo mayor prevalencia fue " Z711 Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnostico", figura 19, ya que esta categoría no especifica la evaluación hecha por el médico , fue necesario buscar en fuentes bibliográficas para conocer en detalle el porqué de esta denominación, a lo cual se pudo encontrar que "Para la mayoría de los médicos de cuidado primario, la consulta de pacientes con multiplicidad de síntomas es frustrante y clínicamente es posible clasificar los enfermos como un desorden de somatización,...,Por tanto, es mejor pensar en una categoría diagnóstica propuesta por Kroenke et al. denominada «desórdenes multisomatormorfes», que se puede definir como tres o más síntomas simultáneos e inexplicados de dos años de evolución con marcadas alteraciones en la vida del paciente y que se acompañan de una frustración profunda por parte del médico. Con esta definición en mente se puede aproximar a la prevalencia real de este desorden identificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE 10) en el Capítulo XVIII (síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de

laboratorio, no clasificados en otra categoría), y en el Código Z71 (persona que teme estar enferma a quien no se hace diagnóstico) ¹⁵, lo que permite concluir que esta diagnóstico también está relacionado con el “F450 Trastornos de Somatización”.



Z711 - Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico

R688 - Otros síntomas y signos generales especificados

R69X - Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas

I10X - Hipertensión esencial (primaria)

I839 - Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación

F312 - Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos

Z003 - Examen del estado de desarrollo del adolescente

H110 - Pterigión

E058 - Otras tirotoxicosis

N939 - Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada

Figura 19. 10 primeros diagnósticos en Consulta Externa en la población atendida por tutela. Antioquia 2006

En segundo y tercer lugar, se tienen los diagnósticos R688 - Otros síntomas y signos generales especificados R69X - Causas de morbilidad desconocida y no especificada, que muestran como la codificación de los diagnósticos en consulta, necesita de un esfuerzo mayor de los médicos tratantes, ya que las decisiones para la inversión en salud, se basan en los perfiles de morbilidad; La “Hipertensión primaria” fue diagnosticada al 6.9% de la población atendida, seguida de “Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación con el 6.3%”; el diagnóstico “Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas

psicóticos” también tuvo una participación importante con el 5.4%, y es de resaltar debido a que en ultimo años se ha intensificado el diagnostico e intervención, en salud mental por parte de los diferentes actores del SGSSS.

Mortalidad:

Con base a la información de los servicios de hospitalización y urgencias se caracterizara la mortalidad en esta población; En el servicio de urgencias de las 16 atenciones practicadas durante el 2006, solo 1 usuario salió muerto del servicio; para el servicio de hospitalización (297 atenciones), los usuarios permanecieron en promedio durante 9 días y de quienes egresaron, salieron muertos del servicio 11, usuarios donde las principales causas de muertes fueron:

Tabla 24. Causas de muerte a la salida de Urgencias y Hospitalización de pacientes atendidos por tutela. Antioquia 2006

Causa de Muerte	Urgencias Nº	Hospitalización Nº
Vasculitis limitada a la piel, sin otra especificación	1	
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada		2
Otros tipos especificados de linfoma no hodgkin		2
Leucemia linfoblastica aguda		1
Tumor benigno de la hipófisis		1
Anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas en otra parte		2
Enfermedad aterosclerótica del corazón		1
Lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas		1
Paro respiratorio		1
Total Muertes	1	11

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006.

6.3 Caracterización de la población desplazada atendida en la red de servicios contratada por la DSSA. Antioquia 2006.

El departamento tiene como prioridad la atención de la población desplazada, a continuación se presenta un estudio descriptivo de las atenciones prestadas a esta población según los RIPS reportados.

Servicios de salud prestados a la población desplazada a cargo de la DSSA. Antioquia, 2006

La Ley 387 de 1997 define que el desplazado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su

localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas a los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público. Con esta ley, el Estado comienza a proteger los derechos de la población desplazada, que además señaló las obligaciones de las autoridades para garantizar la atención en salud de esta población, "incluyen las acciones inmediatas para garantizar la atención humanitaria en alimentación, atención médica y psicológica, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, con atención especial a las mujeres y niños; y medidas de mediano y largo plazo para propiciar la sostenibilidad económica y social para la población desplazada, en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento, para el acceso a la oferta pública social, incluyendo los servicios de salud"¹⁶.

El proceso de atención iniciaba con la verificación, por parte de las IPS y la Red de Solidaridad Social, entidad encargada de coordinar el Sistema Nacional de Atención a la Población Desplazada, de la inscripción del beneficiario en el Sistema de Registro del usuario a atender, para después reclamar al Ministerio de Salud el pago correspondiente de los servicios prestados. Posteriormente mediante la expedición del Decreto 2131 de 2003, que busca incluir a esta población en el esquema de atención de la población en general, donde deben inscribirse en el Sistema de Identificación de Beneficiarios de los programas sociales SISBEN, para que luego sean afiliados a una entidad privada de salud. La población desplazada no asegurada en salud y sin capacidad de pago, es decir, la que no se encuentra afiliada a ningún régimen, puede solicitar los servicios de salud en las instituciones prestadoras públicas o privadas que defina la entidad territorial receptora.¹⁷

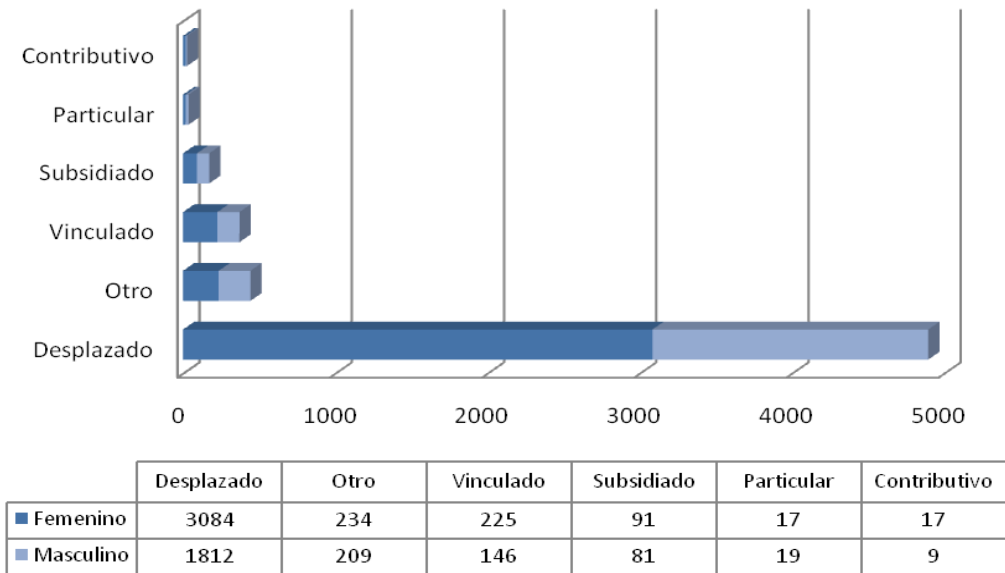
La DSSA atiende la población desafiliada y sin capacidad de pago en servicios de II y III nivel de complejidad, donde se suscriben contratos con las instituciones del departamento y las cuales facturan al departamento las atenciones prestadas, teniendo como soporte los RIPS de atención, a partir de los cuales se hizo un análisis descriptivo, que busca conocer de manera global que servicios se les han prestado a la población en situación de desplazamiento.

6.3.1 Caracterización de la población atendida:

Las atenciones brindadas a la población desplazada durante el 2006 fueron en total 5.944, caracterizada principalmente por un mayor número de atenciones en las mujeres (61,7%), que en los hombres con

un (38.2%). Al estudiar las atenciones según el tipo de usuario o de afiliación al SGSSS (Figura 20), el 82% fueron en personas en situación de desplazamiento, de los cuales el 62% fueron mujeres. Para otro tipo de usuario y de usuarios del régimen vinculado, se prestó el servicio al 13% del total de atenciones en el año y quienes principalmente eran mujeres (12%) y en los hombres con estos tipos de usuario, una participación del (15%).

Al ilustrar la distribución por grupos de edad (Ver Figura 21) se aprecia cómo tanto en el sexo masculino como en el femenino el grupo de 15 a 44 años tiene el mayor número de atenciones, seguido del grupo de edad de 45 a 59 años para el sexo femenino con un 20.4% entre las mujeres, mientras que en el sexo masculino el grupo de 5 y 14 años tiene el 24.4% de las atenciones hechas a los hombres.



Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006.

Figura 20. Atenciones brindadas a la población desplazada según tipo de usuario. Antioquia 2006

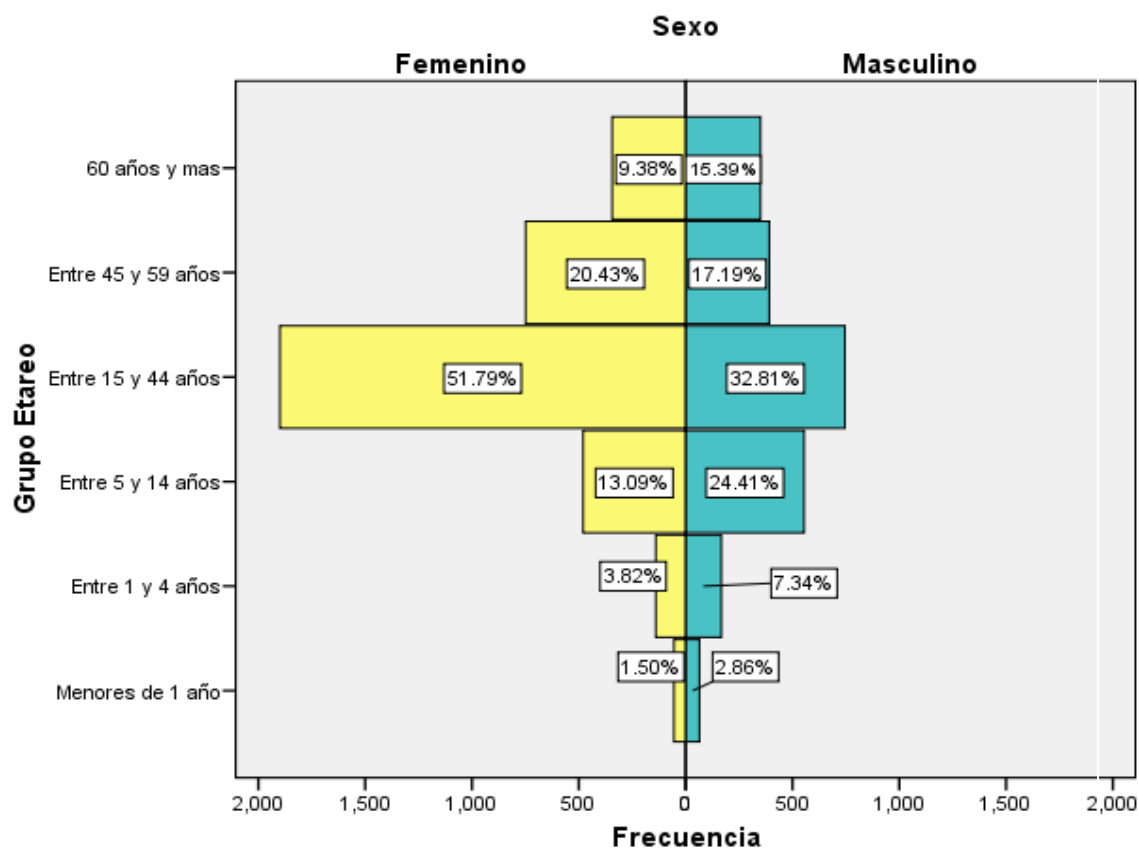


Figura 21. Distribución por grupos de edad y género de los usuarios desplazados a cargo de la SSA. Antioquia 2006.

El promedio de edad de la población atendida es de 32.7 años con una variabilidad entre los edades con respecto a la media de 21.061.

El departamento de residencia con mayor número de desplazados después de Antioquia 98,3% (5.848), es Choco con 28 usuarios (0,471%), similar comportamiento tuvo el departamento de Córdoba con 25 usuarios (0,420%). Al estudiar la población según el municipio de residencia , los 8 municipios con mayor participación en el lugar de residencia en usuarios desplazados a cargo de la DSSA se muestran en la Figura 22, donde Cauca presenta el mayor número de desplazados residentes en este municipio con 2.049 usuario (35%), seguido por Medellín con 1.184 usuarios (20,2%).

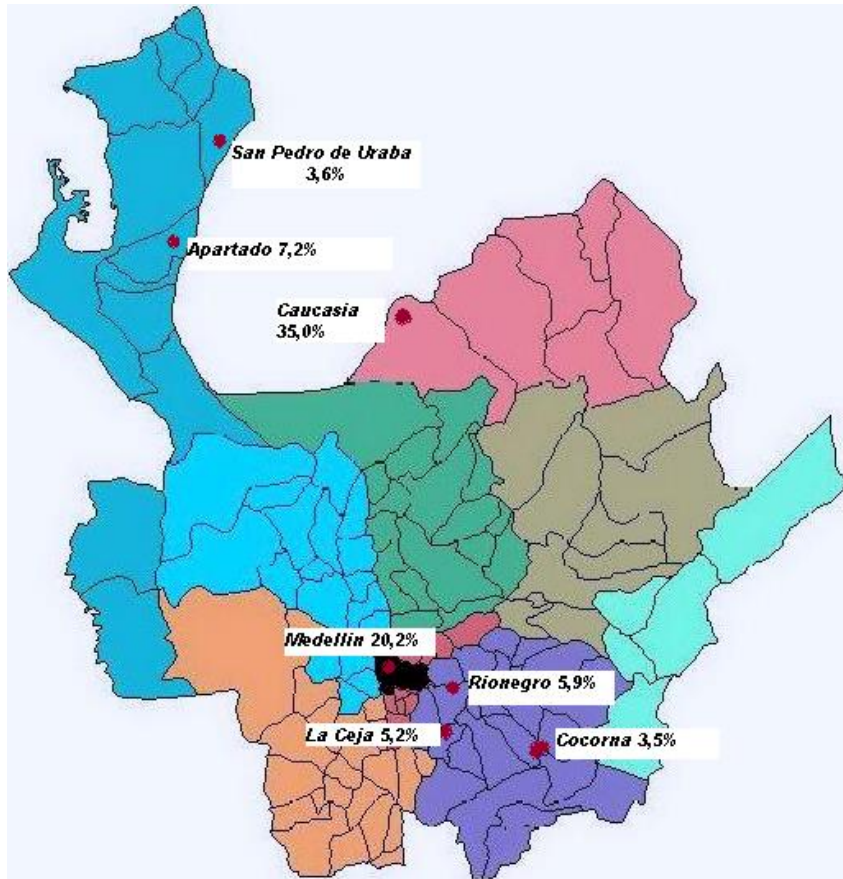


Figura 22. Proporción de usuarios desplazados según municipio de residencia a cargo de la DSSA. Antioquia 2006

Las principales instituciones receptoras de las atenciones a la población en situación de desplazamiento (Figura 23) están ubicados en la región de Uraba, donde la ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita realizo 2.097 atenciones y la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartado apporto 709 atenciones, le sigue la región del Oriente Antioqueño con 975 atenciones en el municipio de Rionegro, Hospital San Juan De Dios y en el municipio de la Ceja, con 259 atenciones realizadas en la Clínica San Juan de Dios; el resto de atenciones se hicieron en el área metropolitana, específicamente en el municipio de Medellín, el Hospital San Vicente de Paul y el Hospital Pablo Tobon Uribe hicieron 695 y 182 atenciones respectivamente, y en el municipio de Bello la ESE Hospital Mental con 222 atenciones y la ESE Marco Fidel Suarez con 181 atenciones prestaron servicios de salud a esta población durante el año 2006.

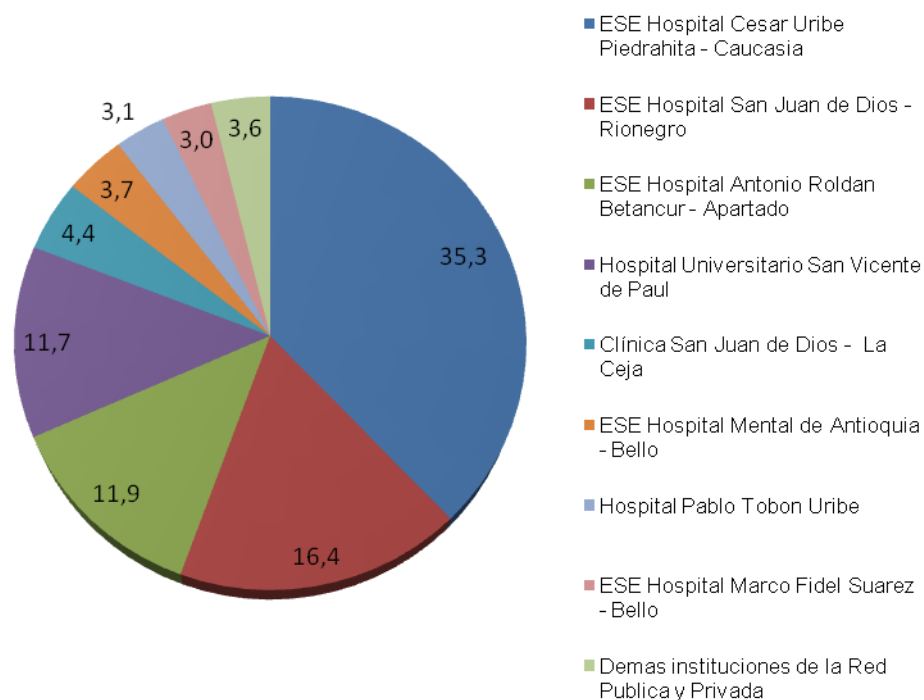


Figura 23. Principales instituciones que prestaron servicios de salud a la población desplazada a cargo de la DSSA. Antioquia 2006

6.3.2. Caracterización de los servicios

Durante el 2006, la población desplazada fue atendida principalmente en los servicios de consulta externa especializada (8.9%) y hospitalización (3.12%), con una baja proporción de atenciones en el servicio de urgencias (0,08%) (Tabla 25).

Tabla 25. Valor y Servicios prestados a la población desplazada cargo del departamento. Antioquia 2006.

Servicio	N	Valor
Hospitalización y Estancias	1.903	1.920.257.558
Procedimientos	18.911	701.889.740
Medicamentos	18.599	471.066.459
Urgencias	52	336.394.385
Materiales e Insumos	15.213	241.731.387
Consulta	5.457	127.655.230
Otros Servicios (Traslados, Honorarios)	693	99275522
Total	60.828	3.898.270.280

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006.

En estos servicios se realizaron principalmente procedimientos (30,4%), Traslados y Honorarios (29%), se utilizaron 15.213 Materiales e Insumos (25,0%) y se suministraron 18.599 medicamentos (29,9%), de los cuales se facturaron a la DSSA los valores más altos, principalmente los procedimientos con \$701.889.740 y los medicamentos con \$471.066.459. Al detallar las atenciones hechas en la red de IPS públicas y privadas que tienen contrato vigente con la DSSA para la prestación de servicios a esta población, el valor total de las prestaciones se distribuye así en las 8 instituciones con mayores valores facturados en el 2006 (Tabla 26).

Tabla 26. Valor facturado a la DSSA según institución que prestó el servicio. Antioquia 2006

Institución	Valor
Hospital Universitario San Vicente de Paul	854.328.336
ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita - Caucasia	348.773.367
ESE Hospital Antonio Roldan Betancur - Apartado	255.677.329
ESE Hospital San Juan de Dios - Rionegro	220.914.642
Hospital Pablo Tobón Uribe	128.366.975
ESE Hospital Mental de Antioquia - Bello	116.264.408
ESE Hospital Marco Fidel Suarez - Bello	93.095.598
ESE Hospital San Rafael -Itagüí	21.578.580

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006

El Hospital San Universitario San Vicente de Paul factura el 38% del valor total de los servicios prestados a la población desplazada a cargo de la DSSA, explicado en la complejidad de los servicios contratados con esta institución; las ESEs de los municipios de Caucasia y Apartado, de donde se hicieron el mayor numero de atenciones, con un nivel de complejidad II, facturaron el 15,8 % y el 11,6% respectivamente de lo facturado a la DSSA durante el 2006.

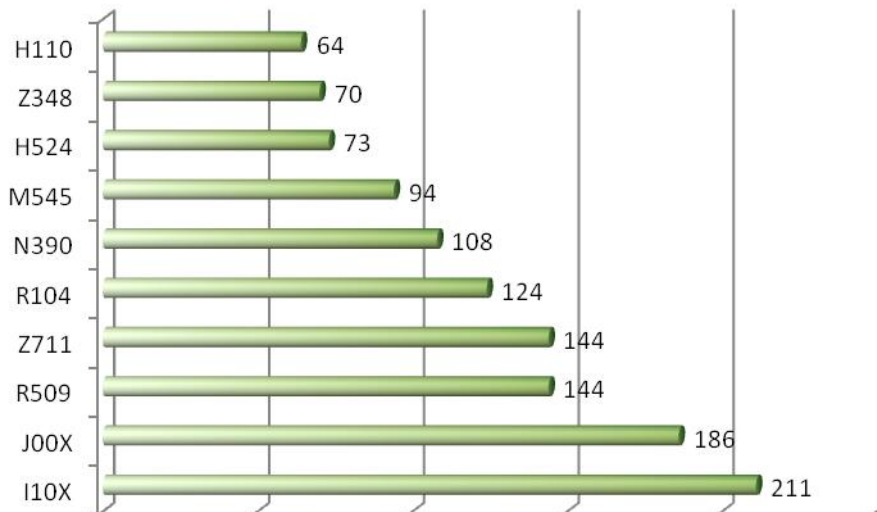
6.3.2 Morbilidad y Mortalidad

Morbilidad: Durante el 2006 se realizaron 5.457 consultas especializadas, de las cuales según los RIPS enviados a la DSSA se extrajeron las principales causas de consultas y los diagnósticos, resultado de éstas atenciones;

Las causas de consulta más representativas son por enfermedad general (4861), seguido por las por Otras Causas y Otro tipo de accidentes con 423 y 51 reportes respectivamente; del resto de causas vale la pena resaltar una alta proporción de usuarios que tenían como causa de consulta lesión por agresión con un total de 17 reportes.

Los principales diagnósticos reportados se detallan en la figura 5, durante el 2006 fueron consignados en los RIPS 5.407 diagnósticos, donde la

Hipertensión esencial primaria fue el principal diagnóstico (3,9%), seguido del resfriado común (3,4%) y la fiebre no especificada (2,66%). (Figura 5)



I10X Hipertensión esencial **J00X** Rinofaringitis aguda [resfriado común]
R509 Fiebre, no especificada **Z711** Persona que teme estar enferma, sin diagnóstico
R104 Otros dolores abdominales y no especificados
N390 Infección de vías urinarias, sitio no especificado
M545 Lumbago no especificado **H524** Presbicia
Z348 Supervisión de otros embarazos normales
H110 Pterialión

Figura 24. Diez primeros diagnósticos en Consulta Externa en la población desplazada. Antioquia 2006.

Mortalidad:

Con el fin de caracterizar la mortalidad en esta población, se analizara el estado de los usuarios a la salida de los servicios de hospitalización y urgencias. En el servicio de urgencias se hicieron 52 atenciones practicadas durante el 2006, salieron muertos del servicio 4 usuarios y las causas de muerte fueron Septicemia debida a otro estafilococo especificado, Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico, Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, Muerte obstétrica de causa no especificada. En el servicio de hospitalización (578 atenciones), los usuarios permanecieron en promedio durante 6 días y de quienes egresaron, salieron muertos del servicio 14, usuarios donde las principales causas de muertes fueron: (Ver Tabla 27)

Tabla 27. Causas de muerte a la salida de Hospitalización de usuarios desplazados. Antioquia 2006.

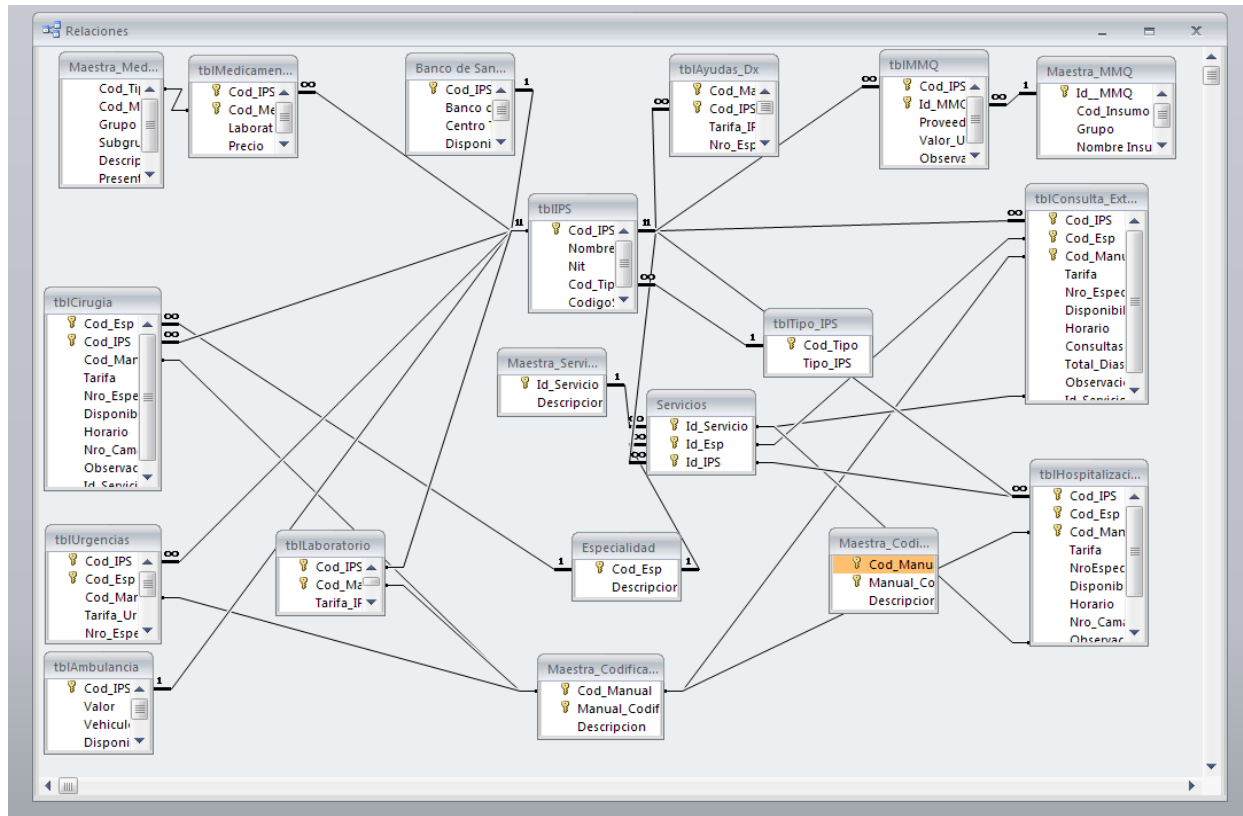
Causa de Muerte	Urgencias	Hospitalización
	Nº	Nº
Vasculitis limitada a la piel, sin otra especificación	1	
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada		2
Otros tipos especificados de linfoma no hodgkin		2
Leucemia linfoblastica aguda		1
Tumor benigno de la hipófisis		1
Anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas en otra parte		2
Enfermedad aterosclerótica del corazón		1
Lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas		1
Paro respiratorio		1
Total Muertes	1	11

Fuente: RIPS de IPS de II y III nivel de atención en salud que facturaron a la DSSA durante el 2006.

6.5 Base de datos local en Access de la red contratada por el Departamento para la atención de su población objetivo.

Se creó una base de datos con el fin de poder consultar los portafolios de servicios de las instituciones ubicadas en el departamento, la tarifa ofrecida a la DSSA para la contratación de servicios de salud y la disponibilidad horaria para los usuarios, es decir la población pobre y vulnerable a cargo del departamento. Anexo 3

Figura 25. Diagrama entidad y relación base de datos de servicios de salud.



- **Formularios Ingreso de Información**

Figura 26. Formulario Servicio de Consulta Externa

SERVICIO DE CONSULTA AMBULATORIA ESPECIALIZADA - OFERTA 2007

Institucion: CLINICA INFANTIL SANTA ANA
Especialidad: PEDIATRIA
Codigo Manual Tarifa: 39143
Tarifa: \$ 52.000

Nro_Especialistas: 2
Nro Consultas al Mes ofertadas: 100
Dias de Atención: 5 DIAS A LA SEMANA
Total_Dias Mes ofertados:
Horario: LUNES A VIERNES 9 AM A 11 AM Y 2 PM A 4 PM
Observaciones: LA CONSULTA INCLUYE RAYOS X SIMPLE, HEMOGRAMA, CITOQUIMICO Y
Id: 01

Agregar especialidad

Registro: 19 de 329 Sin filtrar Buscar

Figura 27. Formulario Servicio de Hospitalización

SERVICIO DE HOSPITALIZACION - OFERTA 2007

Institucion: APARTADO
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Cod_Manual: 39130
Tarifa: \$ 34.200

NroEspecialista: 1
Disponibilidad: 7 DIAS A LA SEMANA
Observaciones:
Horario:
Nro_Camas:
Total_DiasMes:
Id: 02

Buscar Codigos Manuales

Registro: 1 de 99 Sin filtrar Buscar

Figura 28. Formulario Servicio de Urgencias

Urgencias

SERVICIO DE URGENCIAS - 2007

Institucion: CIUDAD BOLIVAR

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Codigo_Manual: 39145

Disponibilidad: LUNES A DOMINGO

Tarifa: \$ 28.500

Cantidad Especialistas:

Horario: DISPONIBILIDAD PERMANENTE

Observaciones: TOTAL DIAS MES: 30

Registro: 1 de 21 Sin filtro Buscar

Figura 29. Formulario Servicios de Ayudas Diagnosticas

Ayudas_Dx

AYUDAS DIAGNOSTICAS 2007

Codigo Soat: 20101

Detalle: Estudio con tinciones de rutina

Institucion: CAPRECAN

Tarifa_IPS: \$ 35.000

Cantidad: 500

Observaciones: TARIFA PARA ESTUDIO CON TINCIONES DE DIFERENCIALES

Registro: 1 Sin filtro Buscar

Figura 30 . Informes de Consulta Externa

Servicio de Consulta Externa

Institución	Especialidad	Codigo Manual	Tarifa	Especialistas	Disponibilidad	Horario	N° Consultas por Mes	Total Dias por Mes	Observaciones
APARTADO									
	<i>OFTALMOLOGIA</i>								
		39143	\$ 25.010		BRIGADAS				TARIFA SOAT 2007
	<i>ORTOPEDIA</i>								
		39143	\$ 29.400	1	LUNES A SABADO	6 HORAS DIURNO			
	<i>PEDIATRIA</i>								
		39143	\$ 29.400	0,5	LUNES A SABADO	4 HORAS DIURNO			
	<i>ANESTESIA</i>								
		39143	\$ 29.400	1	LUNES A SABADO	8 HORAS DIURNO			
	<i>CIRUGIA GENERAL</i>								
		39143	\$ 29.400	1	LUNES A SABADO	8 HORAS DIURNO			
	<i>DERMATOLOGIA</i>								
		39143	\$ 25.010		BRIGADAS				TARIFA SOAT 2007
	<i>GINECOBSTRICL.</i>								
		39143	\$ 29.400	1,5	LUNES A SABADO	12 HORAS DIURNO			
CIUDAD BOLIVAR									
	<i>MEDICINA INTERN.</i>								
		39143	\$ 25.010		LUNES A SABADO	LUNES A VIERNES 11 AM -1.	180	24	
	<i>OFTALMOLOGIA</i>								
		39143	\$ 25.010		JUEVES A SABADO	JUEVES 9 AM A 12M Y 1 PM /	56	3	
	<i>ORTOPEDIA</i>								
		39143	\$ 25.010		LUNES, MIERCOLES	LUNES Y MIERCOLES 8 AM.	236	16	
	<i>OTORRINOLARING</i>								

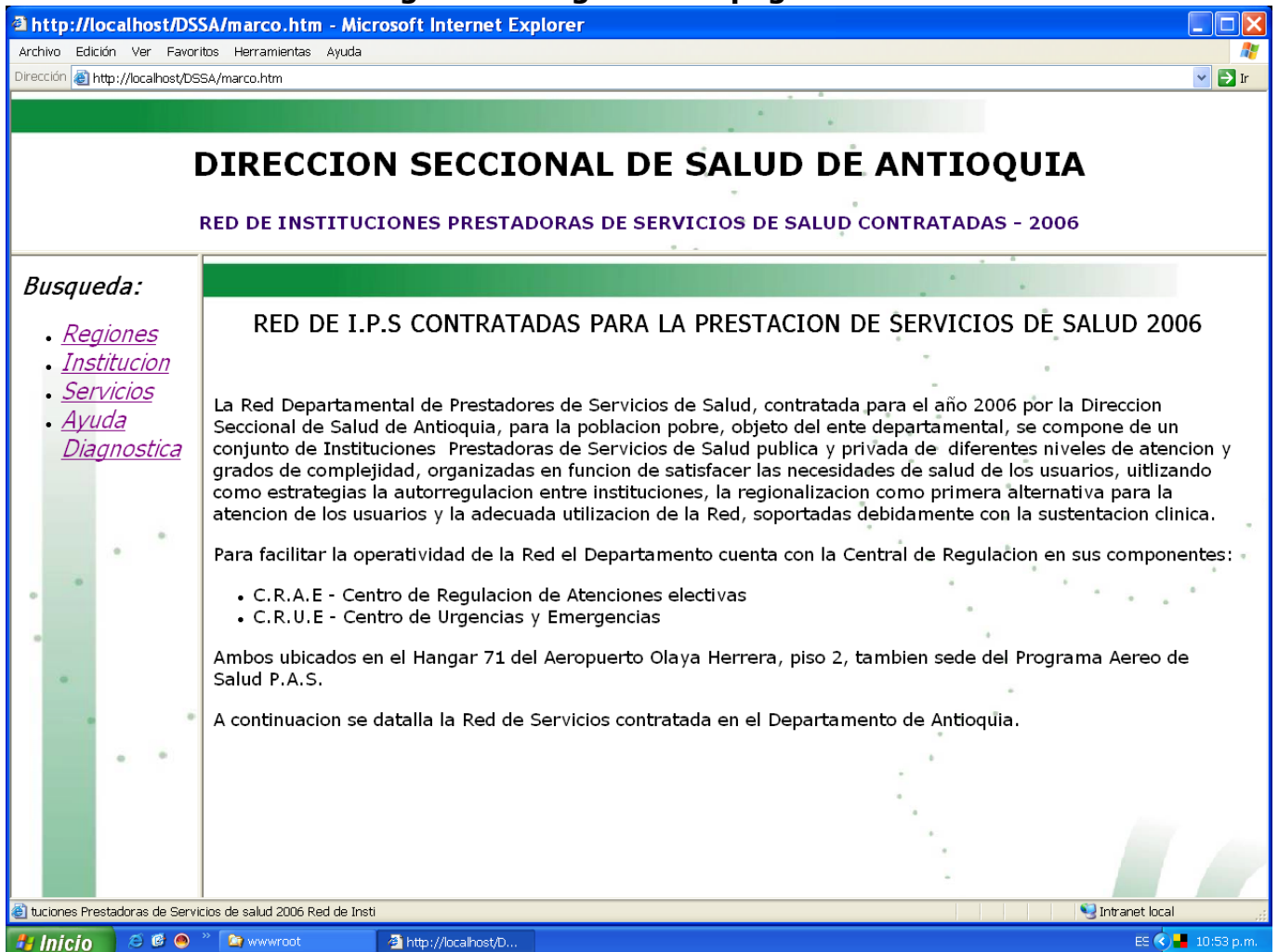
6.6 Publicación del portafolio de servicios por medio de la página web de la DSSA.

Aplicativo Web desarrollado para conocer la información de los servicios ofrecidos por las diferentes instituciones con contrato vigente con la DSSA.

Anexo 4

A continuación se detalla el diseño y el funcionamiento de la página:

Figura 31. Ingreso a la página web



Búsqueda de servicios de salud

Figura 32. Búsqueda Por Regiones pagina web

The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window displaying a web page titled "DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA" and "RED DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADAS - 2006". The page features a search section on the left with a "Busqueda:" label and a list of links: [Regiones](#), [Institucion](#), [Servicios](#), [Ayuda](#), and [Diagnostica](#). The main content area is titled "Búsqueda por Región" and includes the instruction: "Escoja la región que desea visualizar para conocer las diferentes instituciones y los servicios que tienen contrato con la Dirección Seccional de Salud para el 2006". Below this is a map of Antioquia divided into eight regions, each color-coded: Bajo Cauca (pink), Magdalena Medio (light green), Nordeste (tan), Norte (green), Occidente (cyan), Oriente (purple), Suroeste (orange), Urabá (blue), and Valle de Aburrá (red). A compass rose is located in the bottom right corner of the map area. The browser's address bar shows "http://localhost/DSSA1/marco.htm". The taskbar at the bottom includes the "Inicio" button, several open windows, and a system tray showing the time as 10:54 p.m.

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
RED DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADAS - 2006

Busqueda:

- [Regiones](#)
- [Institucion](#)
- [Servicios](#)
- [Ayuda](#)
- [Diagnostica](#)

Búsqueda por Región

Escoja la región que desea visualizar para conocer las diferentes instituciones y los servicios que tienen contrato con la Dirección Seccional de Salud para el 2006

Regiones

- Bajo Cauca
- Magdalena Medio
- Nordeste
- Norte
- Occidente
- Oriente
- Suroeste
- Urabá
- Valle de Aburrá

W N E S

Figura 33. Búsqueda de Ayudas Diagnosticas pagina web

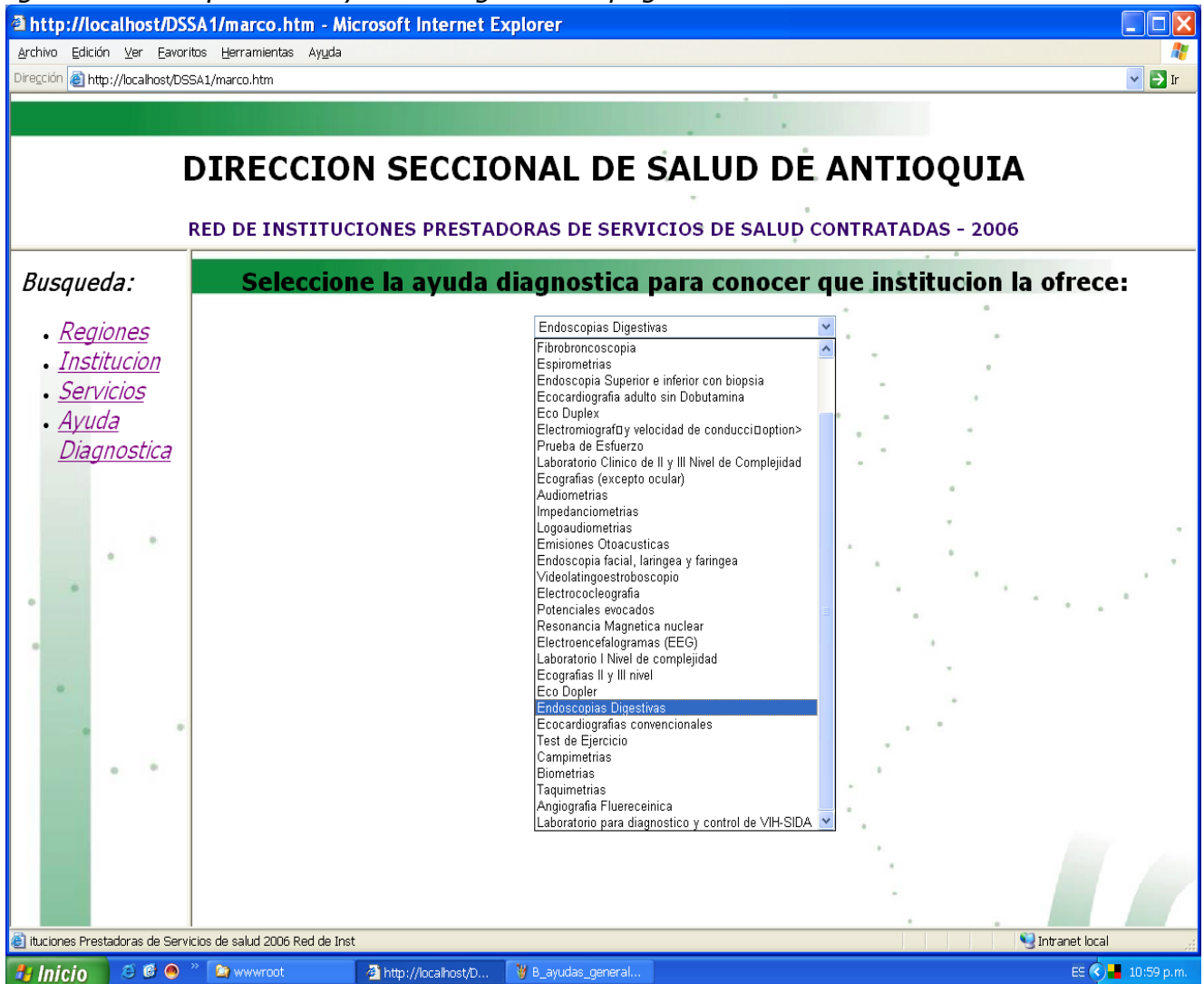


Figura 34. Búsqueda Por Servicios pagina web

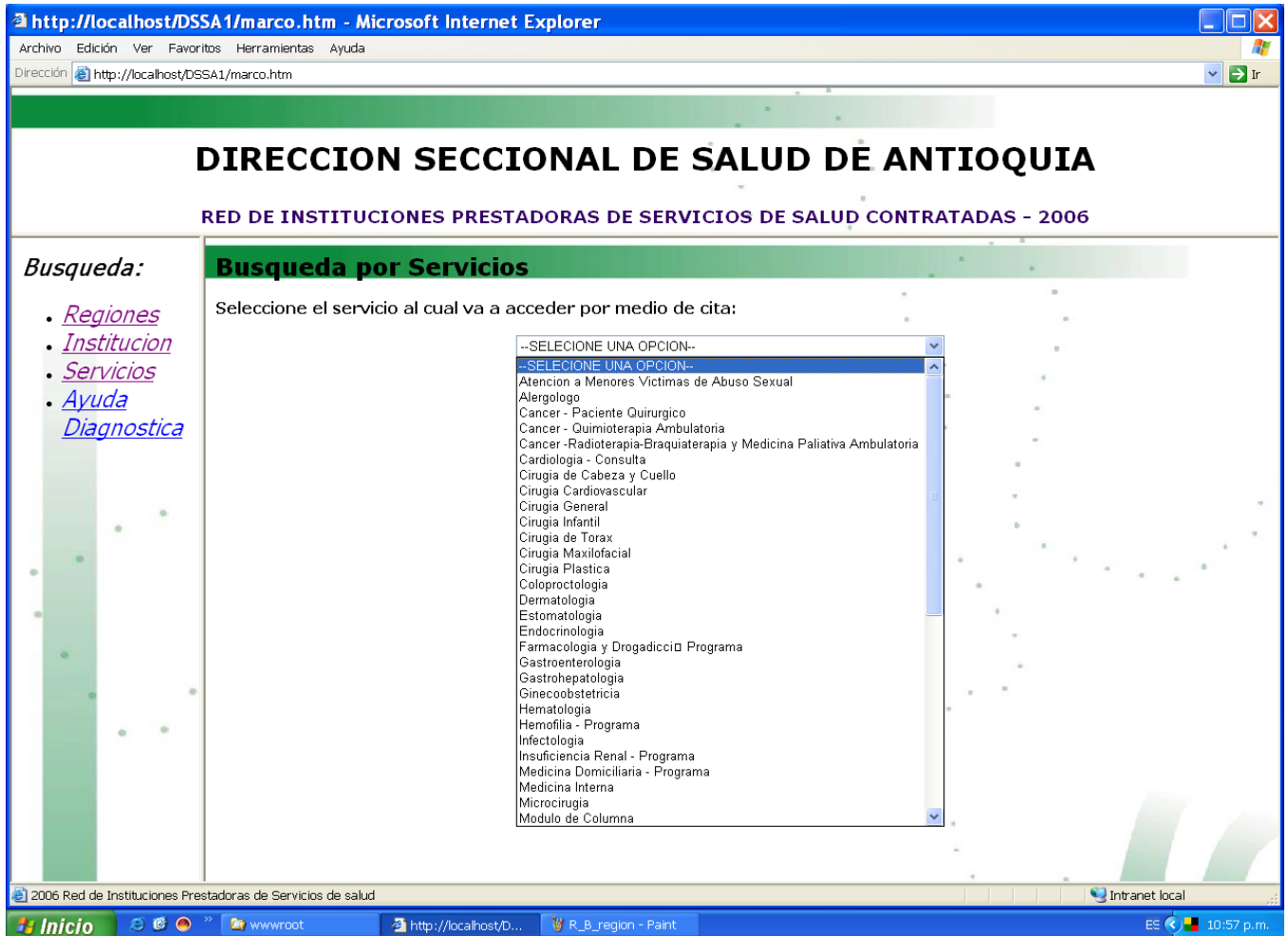


Figura 35. Resultados de búsqueda en pagina web

http://localhost/DSSA1/marco.htm - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Dirección http://localhost/DSSA1/marco.htm

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

RED DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADAS - 2006

Busqueda:

- [Regiones](#)
- [Institucion](#)
- [Servicios](#)
- [Ayuda Diagnostica](#)

INSTITUCIONES QUE TIENEN CONTRATO EN MEDELLIN:

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	CONTRATO	OBSERVACIONES
Centro de Imágenes Diagnosticas Cecilia Navarro	Carrera 78 # 46-40	2505102 -414464	No	
Centro de Investigaciones Medicas de Antioquia - CIMA	Calle 63 # 41-27	2541800	No	
Clinica Bolivariana	Calle 78 B # 72 A -109	4376464	No	
Clinica Cardiovascular	Calle 78 B # 751	4422200	No	
Clinica de Occidente de Otorrinolaringologia	Calle 34 # 63 A -92	2658584	No	
Clinica Infantil Santa Ana	Calle 14 # 43B-130	2665490	No	
Clinica Medellin	Calle 54 # 46 - 27 piso 6	5116444	No	
Clinica Noel	Calle 64 # 50-39	2636046	No	
Clinica Oftalmologica de Laureles	Transversal 74 Circular 1-123	4111000	No	
Colombia Saludable	Calle 62 # 50 A-31	2914849	No	
Comité de Rehabilitación de Antioquia	Calle 65 # 49-04	2110505	No	
ESE Carisma	Carrera 93 # 34 AA-01	4924000	No	
ESE Metrosalud Belen	Calle 28 # 77-124	3432525	No	
Fundación Lucerito	Calle 46 # 69-28	4364164	No	Atención a Menores entre 5 y 14 años
Hospital General de Medellín	Carrera 48 # 32-102	3847300	No	
Hospital Infantil Concejo de Medellín	Calle 72 A # 48A -130	2637000	No	
Hospital La María	Calle 92 EE # 67-61	2677511	No	
Hospital Pablo Tobón Uribe	Calle 78 B # 69-240	4415252	No	
Hospital Universitario San Vicente de Paúl	Calle 64 # 51-154	4441333	No	
Instituto Neurológico de Antioquia - INDEA	Calle 55 # 46-36	5766666	No	
IPS Universitaria	Carrera 51 A # 62-42	2630171	No	
Laboratorio Clínico Santa María - Congregación Mariana	Calle 52 # 42-30	2291754	No	
Oncología Integral	Calle 5 # 45-54	3120222	No	

salud 2006 Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de s

Intranet local

Inicio

wwwroot

http://localhost/D...

R_B_Institucion - ...

ES 10:56 p.m.

Figura 36. Resultado de búsqueda en pagina web por Servicio

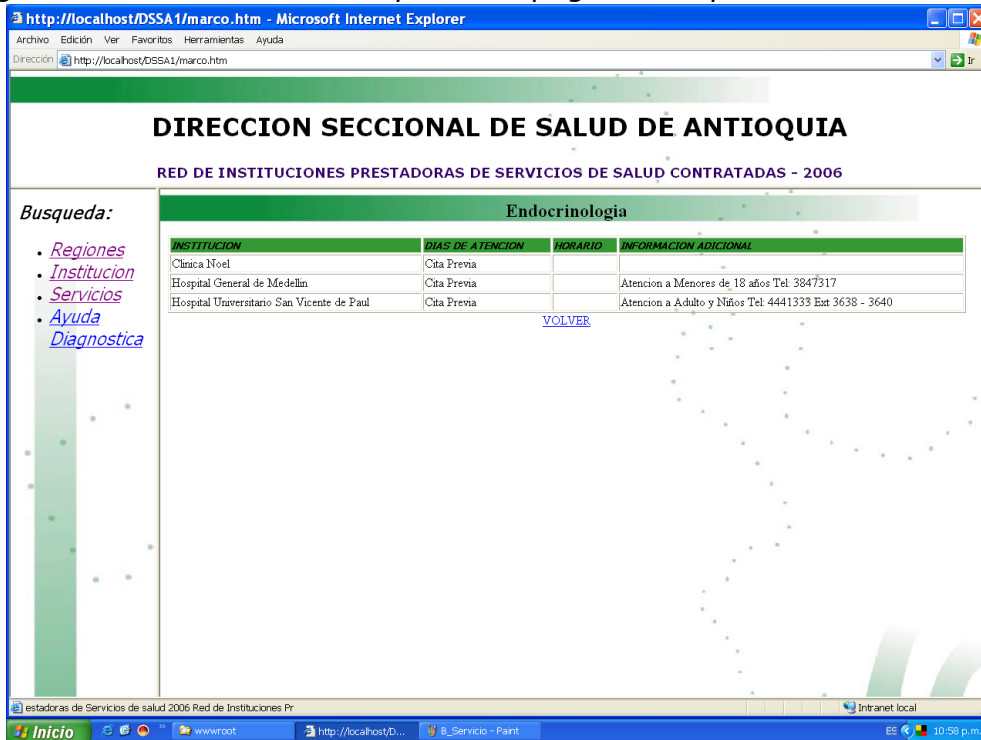
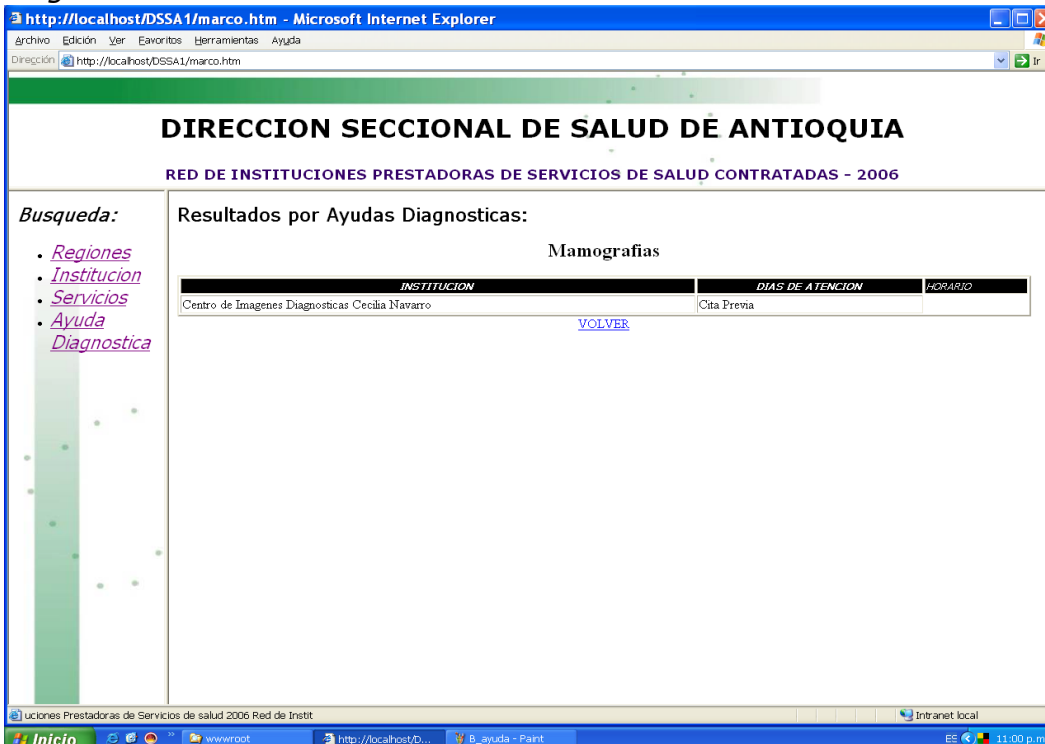


Figura 37. Resultado de búsqueda en pagina web por ayuda diagnostica



Anexo 1. Actividades Finales

Actividad	Descripción Actividad
NA	No aplica (no clasificado)
NQAMCM2	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
NQAMCM4	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
NQAMCM5	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
NQAMCM6	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. General
NQAMCM7	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
NQAMCU2	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Interconsulta
NQAMCU4	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Preanestésica
NQAMCU5	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Especializada
NQAMCU6	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. General
NQAMCU7	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Urgencia
NQAMOP	No quirúrgico Ambulatorio múltiple Otros Procedimientos
NQAUCM2	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
NQAUCM4	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
NQAUCM5	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
NQAUCM6	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. General
NQAUCM7	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
NQAUCU2	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Interconsulta
NQAUCU3	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Prequirúrgica
NQAUCU4	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Preanestésica
NQAUCU5	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Especializada
NQAUCU6	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. General
NQAUCU7	No quirúrgico Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Urgencia
NQAUOP	No quirúrgico Ambulatorio único Otros Procedimientos
NQHM2	No quirúrgico Hospitalario múltiple Max. Hosp. Incubadora
NQHM4	No quirúrgico Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio
NQHM5	No quirúrgico Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI
NQHU1	No quirúrgico Hospitalario único Max. Hosp. Normal
QMAMCM2	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
QMAMCM4	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
QMAMCM5	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
QMAMCM7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QMAMCSCM5	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
QMAMCSCM7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QMAMCSCU7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta única Max. Cons. Urgencia
QMAMCSOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Cesárea Otros Procedimientos
QMAMCU2	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Interconsulta

Actividad	Descripción Actividad
QMAMCU4	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Preanestésica
QMAMCU5	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Especializada
QMAMCU7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Urgencia
QMAMOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Otros Procedimientos
QMAMPVOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio múltiple Parto normal Otros procedimientos
QMAUCM2	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
QMAUCM4	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
QMAUCM5	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
QMAUCM7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QMAUCSOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Cesárea Otros Procedimientos
QMAUCU2	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QMAUCU4	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Preanestésica
QMAUCU5	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Especializada
QMAUCU7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Urgencia
QMAUOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Otros Procedimientos
QMAUPVCU7	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Parto normal Consulta única Max. Cons. Urgencia
QMAUPVOP	Quirúrgico múltiple Ambulatorio único Parto normal Otros procedimientos
QMHM2	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. Incubadora
QMHM3	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. Quemado
QMHM4	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio
QMHM4CS	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio Cesárea
QMHM5	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI
QMHM5CS	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI Cesárea
QMHM5PI	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI Parto intervenido
QMHU1	Quirúrgico múltiple Hospitalario único Max. Hosp. Normal
QMHU1CS	Quirúrgico múltiple Hospitalario único Max. Hosp. Normal Cesárea
QMHU1PI	Quirúrgico múltiple Hospitalario único Max. Hosp. Normal Parto intervenido
QMHU1PV	Quirúrgico múltiple Hospitalario único Max. Hosp. Normal Parto normal
QMHU5	Quirúrgico múltiple Hospitalario único Max. Hosp. UCI
QUAMCM2	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
QUAMCM4	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
QUAMCM5	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
QUAMCM7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QUAMCSCM7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QUAMCSCU2	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QUAMCSCU4	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta única Max. Cons. Preanestésica
QUAMCSCU5	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta única Max. Cons. Especializada

Actividad	Descripción Actividad
QUAMCSCU7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAMCSOP	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Cesárea Otros Procedimientos
QUAMCU2	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QUAMCU4	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Preanestésica
QUAMCU5	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Especializada
QUAMCU7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAMOP	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Otros Procedimientos
QUAMPICU7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto intervenido Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAMPIOP	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto intervenido Otros Procedimientos
QUAMPVCM7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto normal Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QUAMPVCU2	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto normal Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QUAMPVCU5	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto normal Consulta única Max. Cons. Especializada
QUAMPVCU7	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto normal Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAMPVOP	Quirúrgico único Ambulatorio múltiple Parto normal Otros Procedimientos
QUAUCM2	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Interconsulta
QUAUCM4	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Preanestésica
QUAUCM5	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Especializada
QUAUCM7	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QUAUCSCM7	Quirúrgico único Ambulatorio único Cesárea Consulta múltiple Max. Cons. Urgencia
QUAUCSOP	Quirúrgico único Ambulatorio único Cesárea Otros procedimientos
QUAUCU2	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QUAUCU4	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Preanestésica
QUAUCU5	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Especializada
QUAUCU6	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. General
QUAUCU7	Quirúrgico único Ambulatorio único Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAUOP	Quirúrgico único Ambulatorio único Otros procedimientos
QUAUPIOP	Quirúrgico único Ambulatorio único Parto intervenido Otros Procedimientos
QUAUPVCU2	Quirúrgico único Ambulatorio único Parto normal Consulta única Max. Cons. Interconsulta
QUAUPVCU7	Quirúrgico único Ambulatorio único Parto normal Consulta única Max. Cons. Urgencia
QUAUPVOP	Quirúrgico único Ambulatorio único Parto normal Otros Procedimientos
QUHM2	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. Incubadora
QUHM3	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. Quemado
QUHM4	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio
QUHM4CS	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio Cesárea
QUHM4PV	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. Intermedio Parto normal
QUHM5	Quirúrgico único Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI
QUHU1	Quirúrgico único Hospitalario único Max. Hosp. Normal
QUHU1CS	Quirúrgico único Hospitalario único Max. Hosp. Normal Cesárea
QUHU1PI	Quirúrgico único Hospitalario único Max. Hosp. Normal Parto intervenido
QUHU1PV	Quirúrgico único Hospitalario único Max. Hosp. Normal Parto normal

Actividad	Descripción Actividad
QUHU5	Quirúrgico único Hospitalario único Max. Hosp. UCI
NQAUSM	No Quirúrgico Ambulatorio único Sólo Medicamentos
NQAUSO	No Quirúrgico Ambulatorio único Sala de Observación
NQHU5	No quirúrgico Hospitalario único Max. Hosp. UCI
QMHM5PV	Quirúrgico múltiple Hospitalario múltiple Max. Hosp. UCI Parto vértice

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

¹ Colombia. Constitución Política de Colombia, 1991. Artículo 49. Bogotá: El Congreso, 1991.

² Colombia. Congreso. Ley 715 de 2001, diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Congreso, 2001.

³ ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Apoyo a la gestión de información de contratación para las atenciones en salud de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago (vinculados) a cargo del Departamento – DSSA. Año 2004 - 2005. Informe Final. Medellín: La Dirección ,2006. 11 p.

⁴ ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Sistema de Gestión de la Calidad. Gestión de Seguridad Social: Gestión de la prestación de servicios de salud a cargo del departamento. Medellín: La Dirección ,2006. 1 p.

⁵ *Ibíd.*, p.1

⁶ DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Lineamientos para la prestación de servicios de salud 2006. Dirección de Seguridad Social, Grupo de Contratacion.pag 7

⁷ *Ibíd.*, p 9.

⁸ Colombia. Red de Solidaridad Social (1997). Ley 387 de 1997, 18 de julio, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la república de Colombia. Bogota: Red de Solidaridad Social.

⁹ *Op.cit.*, p. 22.

¹⁰ ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Apoyo a la gestión de información de contratación para las atenciones en salud de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago (vinculados) a cargo del Departamento – DSSA. Año 2004 - 2005. Informe Final. Medellín: La Dirección ,2006. 8 p.

¹¹ ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Los indicadores, la base para el análisis cualitativo del sector salud. Medellín: La Dirección, 1988.

¹² HENAO ESCOVAR, Santiago. Sistema de Información para el Mecanismo de Pago de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Manual de Usuario: Aplicativo Mecanismo de Pago. Medellín: Dirección Seccional de Salud, 2003. 3 p.

¹³ ARANGO G, LOPEZ Victoria, Fernández S. Descentralización y participación en servicios de salud en un contexto regional colombiano. Papeles de Población 041, 1-7-2004:195-215.

¹⁴ ECHEVERRY E. Balance de los Procesos de Descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90'. Rev. Fac. Nac. Salud Publica;2000: 19-40.

¹⁵ SERNA J, LEE J, CHARRY Maritza et al. Enfoque biopsicosocial e interdisciplinario en una paciente polisintomática. Colomb. Med., Junio 2006, vol.37, no.2, suppl.1, p.59-64.

¹⁶ BUSTILLOS J. El derecho a la salud de los desplazados en Colombia: entre la formalidad y la realidad. RMF 19/20 pág. 1

¹⁷ *Ibíd.*; pág. 2