

Propuesta nota técnica a partir del análisis de suficiencia de unidad de pago por capitación
régimen especial

Juliana Carvajal Marín

William Bejarano Iguita

Director:

Dr. Cesar Augusto Arias Hernández.



Pontificia Universidad Javeriana Cali

Facultad de ciencias económicas y administrativas

Maestría en gerencia de organizaciones en salud

Santiago de Cali

2025

Propuesta nota técnica a partir del análisis de suficiencia de unidad de pago por capitación
régimen especial

Juliana Carvajal Marín

William Bejarano Iguita

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en
Gerencia de Organizaciones en Salud

Director:

Dr. Cesar Augusto Arias Hernández.



Pontificia Universidad Javeriana Cali

Facultad de ciencias económicas y administrativas

Maestría en gerencia de organizaciones en salud

Santiago de Cali

2025

Santiago de Cali, 4 de diciembre 2024

Doctor

Fabián Fernando Osorio

Tinoco Decano

Facultad de ciencias Económicas y Administrativas Pontificia Universidad javeriana.

Por medio de la presente estamos entregando a usted el trabajo de Grado cuyo título es

“Propuesta nota técnica a partir del análisis de suficiencia de unidad de pago por capitación régimen especial”.

Esperamos que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Juliana Carvajal Marín
Iguita

Cedula 30391239



William Bejarano

Cedula 16702877

Santiago de Cali, 12 de diciembre 2024

Doctor

Fabián Fernando Osorio

Tinoco Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Propuesta de nota técnica a partir del análisis de suficiencia de unidad de pago por capitación régimen especial”.

realizado por los estudiantes de Maestría en Gerencia de Organizaciones de salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Juliana Carvajal Marín c/c 30391239 y William Bejarano Iguita c/c 16702877 y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,




CÉSAR AUGUSTO ARIAS HERNÁNDEZ

Director del Trabajo de Grado

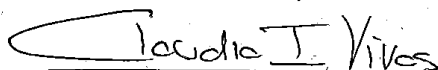
ARTÍCULO 23 de la resolución No 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

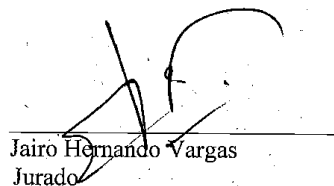
“PROPUESTA NOTA TÉCNICA A PARTIR DEL ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN RÉGIMEN ESPECIAL.” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



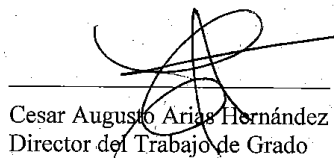
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Jairo Hernando Vargas
Jurado



Cesar Augusto Arias Hernández
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 05 febrero de 2025

Agradecimientos

Desde niña mi padre me enseñó a agradecer por todo lo que pasaba en mi vida las cosas buenas (y también las que no parecen ser tan buenas) por eso este trabajo, se lo dedico a él, quien me enseñó a que debía aprender, estudiar, ver el mundo de manera diferente sin limitaciones y sin imposibilidades; a mi querida Julia, a mi señor padre, quien es mi súper héroe, que luchó por mi hasta que la vida se lo permitió y que aún hoy vive en cada acto de mi vida.

*Ana mi madre Gracias, por darme la vida por su paciencia, por darme la posibilidad de experimentar lo maravillosa que es su sabiduría y su resiliencia, con sus ojos melancólicos
alegra mis días.*

A mi familia Jerónimo, David, Natali, Alexis, Andrés gracias porque siempre están presentes en días buenos, como en los malos, en mi estilo bohemio siempre han estado.

*Finalmente, a mi compañero de tesis, quien también fue un gran jefe, un verdadero líder, un hombre muy inteligente que me recuerda a papa, que no se deja cortar las alas a pesar de los malos momentos mi admiración, y gratitud por enseñarme y ayudar a transformar esta sociedad
en un mejor mundo.*

Juliana Carvajal Marín.

A mi amada esposa, cuyo amor, paciencia y apoyo incondicional han sido el pilar fundamental en cada paso de este viaje. Tu fe en mí ha iluminado los momentos más desafiantes, y tu compañía ha hecho más dulce cada logro.

A mis hijos, quienes son mi mayor inspiración. Sus sonrisas, curiosidad y entusiasmo por la vida me motivan a ser mejor cada día. Este trabajo es también para ustedes, como ejemplo de que, con esfuerzo y dedicación, todo es posible.

A mis nietas, que con su espontaneidad e inocencia llenan la casa de alegría e iluminan más mi creatividad.

A mi familia, gracias por ser mi razón y mi motor. Este logro es tan suyo como mío.

A Juliana, mi compañera de tesis, por su compromiso, esfuerzo y compañerismo inquebrantable a lo largo de este camino. Este proyecto no solo refleja nuestro trabajo académico, sino también el valor de la colaboración, el respeto mutuo y la perseverancia.

Gracias por compartir ideas, superar desafíos y mantenerme motivado todo el tiempo. Este logro es un reflejo del esfuerzo conjunto, y me enorgullece haber recorrido este camino contigo.

A nuestro Director de trabajo de grado Dr. Cesar Augusto Arias, por su liderazgo acompañamiento, conocimiento y apoyo en este tiempo, en el cual basado en su experticia, conocimiento y habilidades técnicas en área financiera en nuestro sistema de salud colombiano y en el conocimiento específico de pagos globales prospectivos de acuerdo a la legislación vigente del país con énfasis en la realización de notas técnicas, con el fin de guiarnos en el paso a paso de la construcción de este trabajo.

William Bejarano Iguita.

Índice

Resumen.....	18
Abstract.....	19
Introducción	20
Marco referencial	22
Marco conceptual.....	22
Marco Teórico.....	23
Caracterización de la población a diciembre de 2022	24
Análisis de Datos.....	26
Priorización.....	27
Presentación de la información.....	28
Objetivos específicos	28
Caracterización de los determinantes sociales en salud contexto territorial	29
Estructura Demográfica.....	29
Pirámide Poblacional de la Población Asignada al Operador	29
Indicadores de Dinámica Demográfica	36
Análisis de la mortalidad.....	39

Modelo de atención en salud	51
Afiliación	52
Planeación de la atención en salud	52
Red de prestación de servicios de salud	52
Tipos de sedes	52
Prestación de la atención de servicios en salud	53
Ámbito Ambulatorio	54
Ámbitos hospitalario y domiciliario	54
Ámbito Urgencias	54
Reembolso.....	54
Plan de beneficios en salud	60
Cobertura.....	61
Contratación	61
Estructura financiera.....	62
Definiciones	63
Marco legal.....	70
Objetivos	77
Objetivo General	77

Objetivos Específicos.....	77
Metodología	78
Fase 1: Recopilación de información.....	78
Fase 2: Validación y cuantificación de la Información	79
Fase 3: Cuantificación del costo real de los servicios.....	79
Fase 4: Evaluación de financiamiento de la UPCM comparado con la sostenibilidad financiera.....	79
Variables analizadas	80
Continuas, cuantitativas de medición	80
Discretas y cuantitativas de conteo.....	80
Participantes.....	80
Criterios de inclusión:.....	80
Criterios de exclusión	80
Criterios de eliminación	80
Desarrollo de la Metodología.....	81
Descripción de los RIPS	81
Estructura	82
Revisión y análisis de los RIPS presentados durante el periodo 2019 -2023	86
Hallazgos en la Calidad del Registro.....	90

Hallazgos en la calidad de los registros.....	94
Exámenes de evaluación de la función renal.....	108
Perfiles Lipídicos y Glucémicos.....	109
Evaluación Hematológica	110
Hallazgos de Calidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.....	117
Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS AM medicamentos.....	120
Individual de Prestaciones de Salud	124
Nota técnica (Decreto 441 de 2022) Ministerio de salud y de protección Social	126
Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología de salud	127
La frecuencia de uso de estos servicios y tecnologías.....	128
Los valores acordados para cada uno, y finalmente	128
Identificación de los servicios y tecnologías	129
Riesgo primario.....	129
Riesgo técnico.....	129
Riesgo técnico de morbilidad evitable.....	130
Riesgo técnico de utilización:	130
Fuentes de información para la construcción de la nota técnica.....	130
Archivo de control: CT	131

Archivo de transacciones: AF	131
Metodología para la realización de la nota técnica del operador.....	131
Cuadro de mando agrupadores nota técnica	132
Nota técnica soportada en el decreto 441 de 2022.....	147
Metodología	147
Cálculos y Análisis	148
Resultados esperados	150
Nota técnica Caldas.....	151
Nota técnica Cauca	154
Nota Técnica Quindío	157
Nota técnica Risaralda.....	160
Nota técnica Valle	163
Valor margen de riesgo según exposición mes por departamento.....	169
Hallazgos.....	170
Conclusiones.....	174
Recomendaciones	177
Referencias.....	179

Lista de tablas

Tabla 1 Distribución poblacional por ciclo de vida y por departamento	31
Tabla 2 Indicadores de estructura demográfica del operador	33
Tabla 3 Población en condición de discapacidad	35
Tabla 4 Indicadores de dinámica poblacional regiones 2 y 9	37
Tabla 5 Mortalidad general por grandes causas	39
Tabla 6 Indicadores Mortalidad Materno- Infantil	42
Tabla 7 Indicadores de mortalidad enfermedades de riesgo cardio cerebro metabólico (RIAS). .	44
Tabla 8 Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito Ambulatorio año 2022.....	46
Tabla 9 Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito hospitalario	47
Tabla 10 Diez primeras Causas de morbilidad atendida por ámbito de Urgencias Región 2 Y 9 año 2022.....	48
Tabla 11 Morbilidad trazadora región dos y nueve años 2022.....	49
Tabla 12 Patologías de alto costo región dos y nueve en el año 2022.....	50
Tabla 13 Registro de indicadores de oportunidad regiones dos y nueve año 2022	58
Tabla 14 Total, de consultas por año por departamento durante el periodo 2019-2023.....	87
Tabla 15 Descripción de la consulta según finalidad periodo 2019-2023	89
Tabla 16 Descripción de la consulta según causa externa registrada por departamento periodo 2019-2023	91
Tabla 17 Descripción de RIPS por tipo de consulta periodo 2019-2023.....	94
Tabla 18 Descripción de consultas de control.....	96
Tabla 19 Registro de actividades por departamento durante el periodo 2019-2023.....	99
Tabla 20 Distribución por año por finalidad y por ámbito de atención periodo 2019-2023.....	101

Tabla 21 Procedimientos por ámbito de servicio en el periodo 2019-2023	103
Tabla 22 Registro de procedimientos por ámbito de atención y servicio prestado periodo 2019-2023.....	106
Tabla 23 Registro de laboratorios por frecuencia en el periodo 2019 -2023.....	107
Tabla 24 Actividades de imagenología, radiología por año y por frecuencia periodo 2019- 2023	111
Tabla 25 Registro de principales tomografías por frecuencia y por año durante el periodo 2019-2023.....	113
Tabla 26 Registro de las principales resonancias magnéticas en el periodo 2019-2023.....	114
Tabla 27 Registros clínicos sin reporte de diagnóstico principal periodo 2019-2023.....	117
Tabla 28 Descripción de inconsistencias en los RIPS AP periodo 2019- 2023.....	119
Tabla 29 Estructura registro de medicamentos en el Registro Individual de Prestaciones en Salud	121
Tabla 30 Inconsistencia de calidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de medicamentos	125
Tabla 31 Cuadro de mando agrupadores nota técnica.....	133
Tabla 32 Ficha técnica agrupador consulta	135
Tabla 33 Ficha técnica agrupador laboratorio	137
Tabla 34 Ficha técnica agrupador banco de sangre.....	137
Tabla 35 Ficha técnica agrupador imagenología.....	138
Tabla 36 Ficha Técnica Agrupador Procedimiento.....	140
Tabla 37 Ficha Técnica Agrupador Promoción y Mantenimiento de la Salud.....	142
Tabla 38 Ficha Técnica Agrupador Atención Domiciliaria	143

Tabla 39 Ficha técnica agrupador hospitalización.....	144
Tabla 40 Nota técnica Caldas.....	152
Tabla 41 Ficha nota técnica Cauca.....	154
Tabla 42 Ficha nota técnica Quindío.....	157
Tabla 43 Ficha nota técnica Risaralda.....	160
Tabla 44 Ficha nota técnica Valle del Cauca	163
Tabla 45 Nota técnica general	166
Tabla 46 Total, valor margen de riesgo según exposición	169

Lista de figuras

Figura 1 Pirámide poblacional por ciclo de vida y genero	30
Figura 2 Población por ciclo de vida distribuida por departamento	31
Figura 3 Población por tipo de afiliación	32
Figura 4 Población en condición de discapacidad.....	36
Figura 5 Procedimientos por finalidad periodo 2019-2023.....	102
Figura 6 Procedimientos por ámbito de servicio periodo 2019-2023.....	104
Figura 7 Registro de procedimientos por ámbito de atención y servicio periodo 2019-2023	116

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo establecer la suficiencia de la unidad de Pago por Capitación del Régimen especial, a través de un modelo de nota técnica soportado en la consolidación y análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios, durante el periodo de noviembre 2019 a 2023. Se determinó calcular los costos y las frecuencias de uso correspondientes a la prestación de servicios de atención en salud suministrada a los usuarios durante la vigencia del contrato en el periodo 2019-2023. La recolección de datos se realizó de manera cuantitativa por medio de un análisis estadístico, evaluando la calidad del dato, teniendo en cuenta valores de referencia como la población, la frecuencia de uso y los costos de los servicios de salud por cada año objeto de estudio. La metodología del trabajo tuvo cuatro fases: la primera fue la recolección de la información empleando los RIPS, el informe poblacional, caracterización de la población; la segunda fue la validación y cuantificación de la información, análisis de la calidad de los registros aportados, cuantificación de los eventos por ámbito de atención; en la tercera fase se llevó a cabo las cuantificaciones del costo real de los servicios por ámbito de atención; y en la fase final se realizaron las evaluaciones de financiamiento de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Especial comparado con la sostenibilidad financiera. Con los resultados obtenidos se generó una nota técnica adecuada que permita comparar costos y frecuencias de uso en pro de la sostenibilidad financiera manteniendo la calidad en la prestación de los servicios.

Palabras clave: régimen especial, nota técnica, atención en salud, servicios de salud, sostenibilidad financiera.

Abstract

This research aims to establish the sufficiency of the Capitation Payment Unit of the special regime, through a technical note model supported by the consolidation and analysis of the Individual Service Provision Records, during the period from November 2019 to 2023. It was determined to calculate the costs and frequencies of use corresponding to the provision of health care services provided to users during the term of the contract in the period 2019-2023. Data collection was carried out quantitatively through statistical analysis, evaluating the quality of the data, taking into account reference values such as population, frequency of use and costs of health services for each year under study. The work methodology had four phases: the first was the collection of information using the RIPS, the population report, characterization of the population; The second was the validation and quantification of the information, analysis of the quality of the records provided, quantification of events by area of care; In the third phase, quantifications of the real cost of services by area of care were carried out; and in the final phase, the financing evaluations of the Capitation Payment Unit of the Special Regime were carried out compared to financial sustainability. With the results obtained, an appropriate technical note was generated that allows comparing costs and frequencies of use in favor of financial sustainability while maintaining quality in the provision of services.

Keywords: special regime, technical note, health care, health services, financial sustainability.

Introducción

En el régimen especial, la contratación de los servicios se realiza mediante licitaciones públicas que incluyen anexos contractuales obligatorios. Estos anexos requieren que el operador contratado, registre todas las actividades realizadas, detallando los costos asociados a la prestación de los servicios (Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, 2023). Para el caso del Modelo de Atención en Salud, se especifican por parte del contratante, las frecuencias y actividades a ejecutar según la población asignada, frecuencias determinadas por el contratante. Esto permite al contratante calcular la Unidad de Pago por Capitación, la cual cumple una doble función: pago prospectivo y prima de aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2016). Esta estructura refleja que los operadores ofrecen tanto servicios de salud como funciones de aseguramiento, lo que facilita la estipulación de una prima fija basada en variables como edad, género y ubicación geográfica, similar al régimen contributivo.

Sin embargo, este método de cálculo no contempla adecuadamente las patologías prevalentes según indicadores epidemiológicos ni los determinantes en salud como hábitos saludables, factores de protección, riesgos, estrés, condiciones ambientales, garantía de servicios públicos, accesibilidad a la prestación de servicios en salud, educación, empleo y nutrición (Organización Mundial de la Salud [OMS] , 2023). Además, el manejo técnico de la salud exige incorporar tendencias como nuevas tecnologías, la presión de la industria frente a estas nuevas tecnologías, la capacidad resolutive y la suficiencia de los prestadores de servicios en salud. Esto produce brechas estructurales entre el cálculo de los recursos asignados y lo efectivamente ejecutado por el operador.

La suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del régimen especial, según el Minsalud (2022) representa una oportunidad de mejora para asegurar la sostenibilidad a largo plazo del operador contratado; los resultados del contrato vigente desde noviembre de 2017 muestran un balance negativo en términos de utilidades, lo que ha llevado a proponer la creación de una Nota Técnica. Esta permitiría validar información relevante como el perfil epidemiológico, las frecuencias de uso, y los costos asociados a los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y autorizaciones.

Para elaborar una nota técnica que refleje con precisión la realidad de los servicios de salud que reciben los usuarios, es fundamental basarse en fuentes de información confiables y de alta calidad, como son los Registros Individuales de Prestación de Servicios, el sistema de autorizaciones del operador y los informes financieros. Además, resulta indispensable que las áreas responsables revisen y analicen detalladamente estas fuentes antes de acceder a los documentos (Minsalud, 2022).

El desarrollo de una nota técnica basada en la revisión de estas premisas, junto con el análisis de la caracterización poblacional, permitiría crear una herramienta de contratación eficaz para la empresa. Además, sería útil para medir indicadores que permitan evaluar la ejecución en términos de gestión de riesgos y la gestión clínica de manera costo-efectiva.

Finalmente, esta investigación proporcionará una nota técnica retrospectiva que evaluará si la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen especial está correctamente calculada con base en el perfil epidemiológico y la caracterización de la población. Además, permitirá evaluar las fuentes de información y la calidad en el registro de los datos.

Marco referencial

Marco conceptual

Se pretende la revisión de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Especial a partir de una nota técnica que permita sintetizar la información técnica, científica y relevante sobre la atención de servicios de salud durante el periodo evaluado, proporcionará orientación precisa y basada en la evidencia que brindan las fuentes de información.

Para la construcción de la nota técnica la fuente de información utilizada corresponde a la base de datos poblacional que entrega Fiduprevisora cada mes; también el registro de las atenciones en la prestación de los servicios de salud presentadas por el operador, a partir de los registros individuales de prestación de servicios, los registros de las autorizaciones realizadas por el prestador y la radicación de facturación presentada por el operador (Minsalud, 2022).

Adicionalmente, se contará con la información presentada en los formatos de información de atenciones en salud. Toda la información corresponde al periodo de 2019 al 2023. El alcance de la nota técnica se circunscribe solo a la población de afiliados al régimen especial, evaluando la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Especial durante el periodo registrado.

La base poblacional aporta nombre completo, fecha de nacimiento, edad, ciclo de vida, departamento, municipio, barrio, determina zona urbana o rural. En los Registros Individuales de Prestación de Servicios se describe el archivo de consultas, hospitalización, urgencia, medicamentos, procedimientos y otros servicios que contienen información sobre diagnósticos y valores de las consultas realizadas a cada uno de los usuarios.

Los Formatos de Información de Atención en Salud sirven como referencia de prestación de servicios, a través de los cuales están clasificados los niveles de atención, soportan las actividades realizadas en cuanto a frecuencia, y registran el costo de ella de manera individual y agrupada, permitiendo establecer rangos de frecuencias y costo medios de los eventos.

Marco Teórico

La Ley 91 de diciembre 29 de 1989, crea un régimen especial, en la cual se registra: independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital (Función Pública, 1989). Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la Comisión que, en desarrollo de este, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen.

En lo referente a salud, esta ley registra en su artículo 5, numeral 2 Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo. De acuerdo con el artículo 6 de esta ley, el consejo directivo de la entidad del régimen especial está conformado por:

- El ministro de Educación Nacional o el viceministro, quien lo presidirá.
- El ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
- El ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado.
- Dos representantes de la entidad, designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados.
- El gerente de la entidad fiduciaria con la cual se contrate, con voz, pero sin voto.

Según lo registrado en el Acuerdo 009 de 2016, emitido por la Entidad Fiduciaria, se contrató un grupo de expertos para la revisión integral del funcionamiento del régimen exceptuado en salud. Este grupo entregó recomendaciones relacionadas con un modelo de atención, así como recomendaciones sobre el valor que debe reconocerse a los contratistas (Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, 2016).

A partir de estas recomendaciones, de acuerdo a la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente (2023) el consejo directivo de la Entidad estableció las condiciones de contratación que se presentaron en la licitación pública del año 2016 en los anexos establecidos. Dentro de los cuales se destacan los siguientes: anexo uno, donde se registra la cobertura y plan de beneficios a que tienen derecho los afiliados al régimen especial.

Anexo dos, administración y contratación. Se registran lineamientos con los cuales el operador de salud asignado debe cumplir durante el periodo de contratación, garantizando así la prestación de los servicios a todos los afiliados asignados según la región que corresponda (Minsalud, 2016).

Anexo tres, se registra el modelo de atención y la estructura en la prestación de servicios para los afiliados a la Entidad. En este anexo se destaca la construcción de la caracterización de la población. El operador en el 2022 realiza dicha actividad referenciado por la normatividad vigente, resolución 1536 de 2015 (Minsalud, 2015).

Caracterización de la población a diciembre de 2022

De acuerdo a la resolución 1536 de 2015 expedida por Minsalud (2015) define la caracterización poblacional como una metodología de análisis de riesgos, características y

circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las poblaciones afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Administradoras de Riesgos Laborales contempladas en los Planes de Beneficios”. Con esta Resolución se pretende estandarizar la información de salud del país para que los diferentes actores del sistema puedan realizar las comparaciones correspondientes.

El Operador de salud ha identificado en la Caracterización de la Población la posibilidad de generar un análisis integral que le permita definir prioridades a intervenir, individual y colectivamente. La caracterización poblacional permitirá al operador entre otros, disponer de información que soporte las acciones de contratación de servicios de tal manera que las decisiones tomadas sean coherentes con las necesidades de la población.

Este documento que resume el proceso de caracterización de la población será utilizado como insumo en la contratación de la red de servicios, al mismo tiempo que dará elementos para planear la intervención del riesgo en salud. Todo el marco normativo, conceptual y especificidades metodológicas de la caracterización poblacional, se encuentran en la Guía Conceptual y Metodológica para la Caracterización Poblacional de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. A continuación, se presentan aspectos metodológicos relevantes de la caracterización del 2022.

La población corresponde a todos los afiliados asignados al operador, durante el periodo enero-diciembre de 2022. Las fuentes de información como puerta de entrada en el proceso de la Caracterización Poblacional provienen de la Base de Informe de Población del operador, los

Registros Individuales de Prestación de Servicios de la red contratada, las matrices nominales de seguimiento y gestión de grupos de riesgo, bases de datos de natalidad y mortalidad, el consolidado de indicadores empresariales, la base de SIVIGILA y de los eventos de alto costo. Adicionalmente, se incluyó información resultante de la encuesta de caracterización de la población asignada al operador.

Análisis de Datos

El método de análisis está soportado en el uso de frecuencias absolutas, relativas, para las variables cualitativas; promedios, desviaciones típicas, coeficientes de variación para las variables cuantitativas, presentadas en tablas y mapas.

La tasa de mortalidad se ajustó por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, enfermedades transmisibles, tumores (neoplasias), enfermedades del aparato circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas de traumatismos, envenenamientos, y las demás enfermedades.

Se analizó la tendencia de los indicadores y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en

menores de cinco años si se presentaron.

El retraso en la notificación de estadísticas vitales por parte de los funcionarios responsables de la actividad, generan un atraso en la publicación de estadísticas vitales. También el tiempo dedicado a la codificación manual, la realización de auditoría a la base de datos genera atraso en dicha actividad.

Priorización

El proceso de priorización de problemas de salud lo hace el operador cada año, eligiendo los indicadores, según lineamientos de la Guía conceptual y metodológica publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta esta metodología y el Anexo de priorización, se listan los componentes, se identifican los indicadores que tienen opción de ser priorizados y se incluyen en la matriz de priorización. Esta matriz permite calificar gravedad del efecto y factibilidad de la intervención que realizará el operador, otorgando un puntaje, que finalmente permite definir los indicadores priorizados que serán objeto de intervención y los cuales se reportan a la dirección de la empresa.

El equipo de Intervención del Riesgo en Salud en cada una de las sedes departamentales califica la gravedad del efecto y la factibilidad de la intervención con participación de todos los procesos que gestionan el aseguramiento de los usuarios. Se seleccionan cinco (5) indicadores priorizados por Departamento/Distrito y dos (2) indicadores priorizados por Municipio. Para la priorización se tienen en cuenta los grupos de riesgo definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que los intolerables evitables en salud.

Presentación de la información

Los análisis fueron presentados en tablas y mapas, con el ánimo de resumir la información, se adaptó una estructura acorde con la disponibilidad de información trimestral, dividiendo el contenido del informe, que se presentan a continuación:

- Caracterización Territorial y Demográfica. Grupos poblacionales.
- Mortalidad Morbilidad atendida.
- Caracterización de la Morbilidad notificada y confirmada al SIVIGILA Objetivos de la caracterización.
- Establecer criterios conceptuales, técnicos y metodológicos para el análisis de la información destinada a caracterizar la población afiliada al Operador. Esto permitirá identificar y priorizar problemas de salud, desglosados por departamento, distrito y municipio. Asimismo, busca enfocar la gestión del riesgo de los afiliados, en coherencia con el marco de coordinación intersectorial y transectorial definido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031.

Objetivos específicos

- Describir la estructura demográfica de la población afiliada.
- Identificar la morbimortalidad por grupos y subgrupos definidos por Organización Panamericana de la Salud.
- Evaluar la participación, efectividad y seguridad de las actividades de atención primaria en salud.
- Evaluar la participación, efectividad y seguridad de los programas y actividades del programa de riesgo cardio metabólico.
- Generar estrategias que permitan producir impacto positivo en la población de riesgo a partir del análisis de la situación en salud de la población afiliada.
- Analizar el estado de las patologías de alto costo con el fin de realizar seguimiento, y control.
-

Caracterización de los determinantes sociales en salud contexto territorial

Los determinantes sociales de salud son aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, según la (OMS, 2023). Para la caracterización de los determinantes sociales de salud de la población afiliada al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales, se realizó un análisis del perfil sociodemográfico que incluyó la distribución poblacional por curso de vida, por departamento, indicadores demográficos y el contexto socioeconómico; adicionalmente se analizó el perfil epidemiológico desde sus componentes de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Los datos corresponden al periodo del año del 2022.

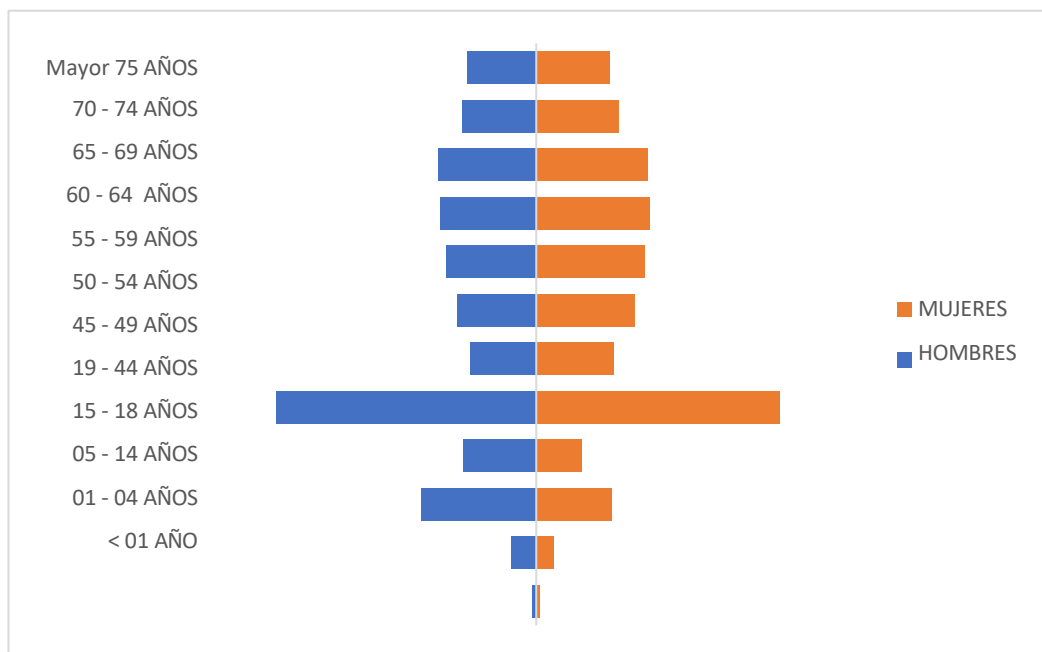
Estructura Demográfica

Pirámide Poblacional de la Población Asignada al Operador

Pirámide poblacional del operador, acorde a los resultados se trata de una pirámide de tipo regresiva con unas tasas de mortalidad bajas, pero mayores a las tasas de natalidad, con un crecimiento vegetativo negativo de la población en donde el número de fallecidos supera al número de nacidos (Minsalud, 2015).

Figura 1

Pirámide poblacional por ciclo de vida y genero



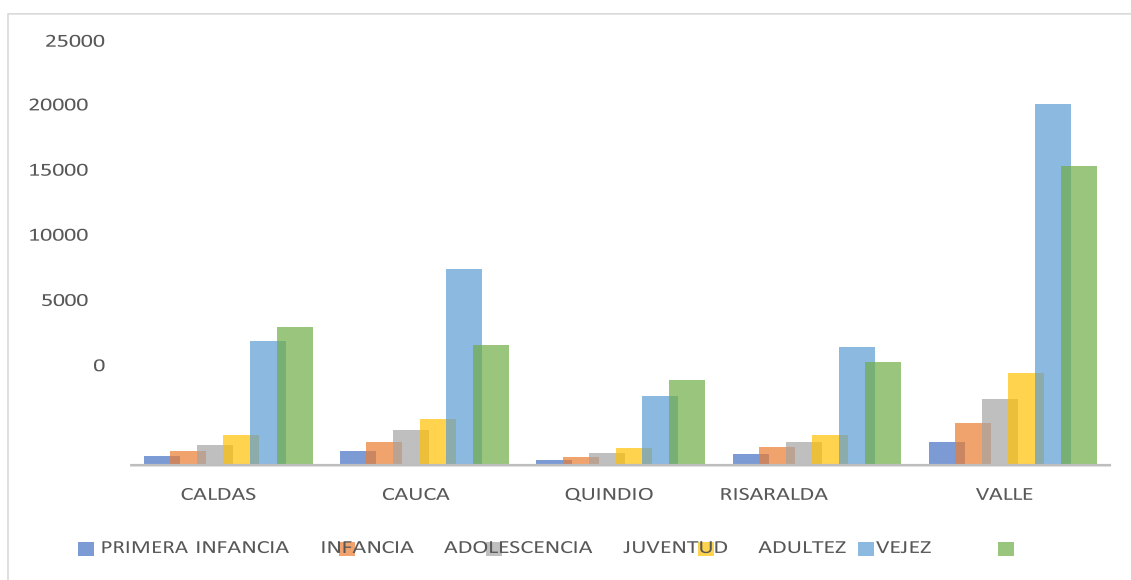
Nota. La Figura 1 indica la pirámide poblacional por ciclo de vida y género. Fuente: Minsalud (2015).

Se observa en la Figura 1 que el rango con mayor densidad de población para el año 2022 corresponde a los grupos etarios de 60-64 y 65-69 años, con un 11%. Los rangos donde menor población se presenta son los menores de un año hasta cuatro años, mayores de 80 años con un porcentaje de 3% respectivamente. Se observa que la mayor población se concentra en los rangos de Mayores de 40 años, con un peso porcentual del 67%. En cuanto al sexo se presenta mayor población en el femenino con el 60%, mientras que el masculino está representado por un 40%.

Tabla 1*Distribución poblacional por ciclo de vida y por departamento*

Ciclo de vida	Caldas	Cauca	Quindío	Risaralda	Valle del Cauca
Primera infancia	529	786	251	645	1325
Infancia	824	1315	459	1029	2399
Adolescencia	1126	2022	671	1337	3916
Juventud	1773	2665	984	1782	5371
Adulthood	7291	7136	4026	6927	14366
Vejez	8213	10990	5053	6173	25529
Total	19756	24914	11444	17893	52906

Nota. La Tabla 1 muestra la distribución poblacional por ciclo de vida y por departamento.

Figura 2*Población por ciclo de vida distribuida por departamento*

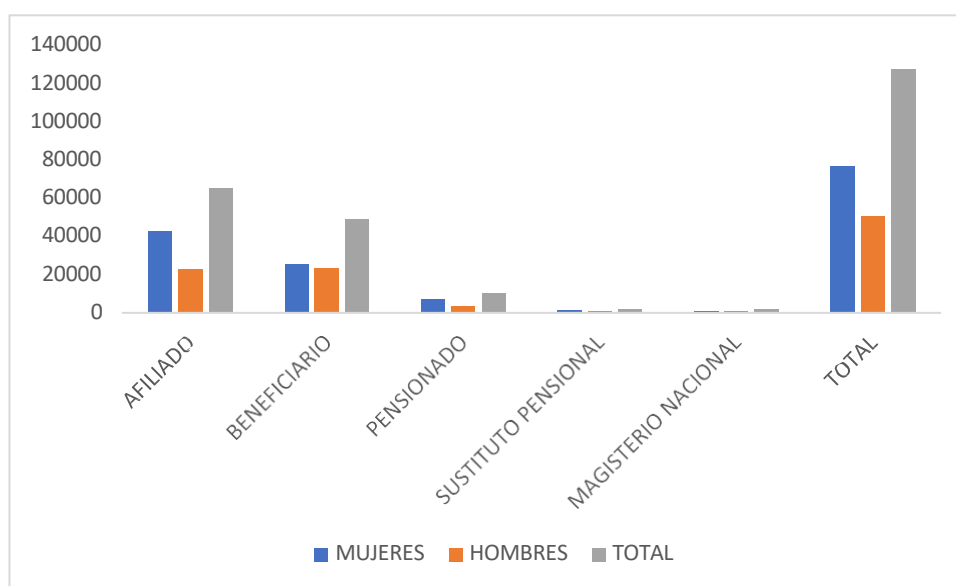
Nota. La figura 2 indica la población por ciclo de vida distribuida por departamento.

Se observa en la Figura 2, que el departamento que presenta más población es el Valle del Cauca, 40%, seguido de Cauca, 20%, y Caldas con 16%. En cuanto a los ciclos de vida, se evidencia que el mayor valor se encuentra en los ciclos de adultez y vejez, que sumados se

reporta un 75%, lo cual es muy similar en los cinco departamentos. El ciclo de menor valor corresponde a los de primera infancia seguido del ciclo de infancia. Esto coincide con lo presentado en la pirámide poblacional.

Figura 3

Población por tipo de afiliación



Nota. La Figura 3 muestra la población por tipo de afiliación.

El grupo de afiliados que muestra la Figura 3 corresponde a los cotizantes, trabajadores activos, este grupo representa el 51% de la población total. El grupo de beneficiarios corresponde a los familiares del cotizante, hijos, padres, cónyuge, este grupo representa un 38%. Los tres grupos restantes pensionados, sustitutos pensionales y magisterio nacional corresponden a los usuarios en modalidad de pensionados y suman el 11% del total de la población. En cuanto al sexo, se observa mayor número de mujeres en el grupo de afiliados y es muy similar en el grupo de beneficiarios.

Tabla 2*Indicadores de estructura demográfica del operador*

Índices	2018	2019	2020	2021
Dependencia	44,3	89	109,3	116,2
Dependencia del adulto mayor	25,4	66	75,2	81,9
Dependencia infantil	18,9	34	34,1	33,4
Envejecimiento	134,8	370,5	512	483
Friz	86,8	166,2	161,5	157,3
Infancia	13,1	22,3	22,5	22
Juventud	15,3	30,7	30,2	32

Nota. La Tabla 2 muestra los indicadores de estructura demográfica del operador. Fuente: caracterización de la población asignada al Operador 31.

Como se indica en la Tabla 2 el índice de dependencia, muestra el indicador el cual, representa la relación entre el número de personas dependientes (niños y adultos mayores) y la población en edad laboral, en donde se observa un aumento significativo de manera progresiva, casi triplicándose entre 2018 y 2021, lo que indica un notable crecimiento en la proporción de población dependiente durante ese período.

El índice de dependencia del adulto mayor refleja la relación entre la población adulta mayor dependiente y la población productiva, se observa un aumento significativo de manera progresiva. Esto refleja un envejecimiento de la población, lo que puede llevar a mayor consumo de servicios de salud, principalmente enfermedades de tipo cardiovascular y oncológicas.

El índice de dependencia infantil es la relación entre la población menor de 15 años y la población económicamente productiva, muestra la carga económica que la población productiva de una sociedad debe asumir por los menores de 15 años, el cual presentó aumento significativo en el 2018 pero se estabilizó entre 2020 a 2022. Este resultado está influenciado por la

disminución de la tasa de natalidad en esta población.

En cuanto al índice de Envejecimiento, se muestra que es la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En la Tabla 2 se evidencia un incremento progresivo durante el periodo analizado, resultado que es coherente con lo reportado en la pirámide poblacional y la distribución por ciclo de vida. Este resultado es influenciado por la longevidad del grupo poblacional, por la poca participación de los jóvenes activos en este grupo poblacional y la disminución en la tasa de natalidad.

Índice de Friz: calcula la proporción de adultos mayores en comparación con niños, mostrando un incremento general, aunque con una leve disminución entre 2020 y 2021. Este comportamiento confirma la tendencia hacia el envejecimiento.

Infancia: se evidencia un leve crecimiento en los últimos años, estabilizándose en torno a 22 entre 2019 y 2021, lo que sugiere una tasa relativamente constante de niños en la población.

Juventud: muestra un aumento general, pero sin cambios drásticos en los últimos años. Esto podría ser un indicador positivo de una población juvenil estable.

Envejecimiento de la población: la población muestra una tendencia clara hacia el envejecimiento, reflejada en el aumento tanto del índice de dependencia del adulto mayor como del índice de envejecimiento. Este fenómeno podría tener importantes repercusiones en las políticas públicas, particularmente en sectores como la atención en salud, los servicios sociales y el de pensiones.

Aumento en la carga de dependencia: La población en edad de trabajar tiene que sostener un número cada vez mayor de dependientes, tanto niños como adultos mayores. Esto puede

generar presiones económicas y sociales, afectando la productividad y el bienestar general de la sociedad.

Estabilidad en la dependencia infantil: A diferencia del crecimiento en la dependencia del adulto mayor, la dependencia infantil ha mostrado una estabilidad relativa en los últimos años. Esto podría estar relacionado con tasas de natalidad que no crecen al mismo ritmo que el envejecimiento poblacional.

Juventud relativamente estable: su estabilidad indica que el crecimiento de este grupo es moderado en comparación con los adultos mayores, lo que podría significar que la proporción de jóvenes no está aumentando tan rápidamente como otras categorías demográficas.

Tabla 3

Población en condición de discapacidad

Discapacidad	Región dos	Región nueve	Total
Física	327	401	728
Mental / psíquica	141	185	326
Auditiva	39	63	102
Visual	67	23	90
Sordo ceguera	0	1	1
Total, general	574	673	1247

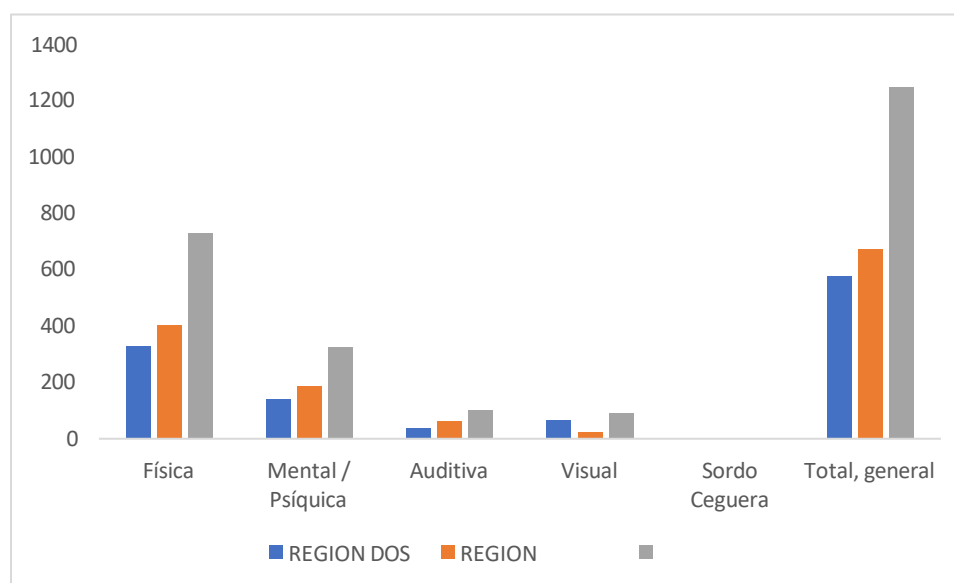
Nota. La Tabla 3 muestra la población con algún grado de discapacidad.

En la Tabla 3 se observa el mayor número de pacientes con discapacidad física principalmente adquirida en relación con procesos osteomusculares y secuelas por eventos de tipo cerebrovascular, influenciados por la edad avanzada en esta población. La segunda causa de discapacidad es la población con patología de salud mental, muy frecuente en este grupo del

régimen especial, asociado al estrés laboral y la longevidad de la esta población. Los registros de discapacidad visual y auditiva están muy relacionados con la edad avanzada en este grupo poblacional.

Figura 4

Población en condición de discapacidad



Nota. La Figura 4 muestra la población en condición de discapacidad.

Con un total de 1,247 personas con discapacidad en ambas regiones, se destaca la necesidad de desarrollar políticas y programas específicos para mejorar su calidad de vida. Estas iniciativas deben abordar aspectos como accesibilidad, apoyo económico, servicios de salud y educación inclusiva, adaptándose a las necesidades particulares de cada discapacidad.

Indicadores de Dinámica Demográfica

La dinámica poblacional analiza, a través de métodos estadísticos, los mecanismos que afectan tanto el tamaño como la estructura (distribución) de las poblaciones. Entre estos mecanismos se incluyen la natalidad, mortalidad, fecundidad, crecimiento y migración, los

cuales están estrechamente vinculados con los determinantes de salud. Para este análisis, se considerarán los datos relacionados con la natalidad, fecundidad y mortalidad

Tabla 4

Indicadores de dinámica poblacional regiones 2 y 9

Dinámica poblacional	Región dos	Región nueve	Total
Tasa bruta de mortalidad	10,15	1,3	11,45
Tasa bruta de natalidad	4,11	0,53	4,64
Tasa general de fecundidad	19,18	2,66	21,84
Total	33,44	4,49	37,93

Nota. La Tabla 4 muestra los indicadores de dinámica poblacional por regiones 2 y 9.

La Región dos muestra un mayor dinamismo poblacional en términos de mortalidad, natalidad y fecundidad comparada con la Región nueve. Tasa Bruta de Mortalidad alta indica una mayor incidencia de fallecimientos, lo que podría estar relacionado con una población envejecida o con problemas de salud más severos. También está influenciado por el periodo de pandemia del covid-19 donde se presentó un aumento de la mortalidad de la población en general.

En cuanto a la Región nueve presenta una baja tasa de natalidad y fecundidad, lo que sugiere un menor número de nacimientos por mujer. Esto puede ser indicativo de una población envejecida, una tendencia hacia familias más pequeñas. En tanto que, la Región dos se beneficia de un enfoque centrado en la atención a la salud pública, la reducción de la mortalidad y la

promoción de la salud materna, mientras que la Región 9 requiere incentivos para fomentar la natalidad y mejorar las condiciones para las familias y jóvenes

*Análisis de la mortalidad***Tabla 5***Mortalidad general por grandes causas*

Causas de mortalidad grandes causas 6/67	Suma de tasa mortalidad grandes causas por cada 1000 afiliados femenino		Suma de tasa mortalidad grandes causas por cada 1000 afiliados masculino		Total, suma de tasa mortalidad grandes causas por cada 1000 afiliados femenino	Total, suma de tasa mortalidad grandes causas por cada 1000 afiliados masculino
	R2	R9	R2	R9		
Causas externas	0.06	0	0.06	10.18	0.06	10.25
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0.11	0	0.06	18.33	0.11	18.4
Enfermedades del sistema circulatorio	1.15	6.7	1,52	0	7.88	1.52
Enfermedades transmisibles	2.9	13.5	5.02	0	16,36	5.02
Neoplasias (tumores)	1.24	26.9	1	16.3	28.15	17.3
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	0.06	3.4	0.19	14.26	,43	14.45

Todas las demás enfermedades	2,88	790,7	4,96	955,33	793,62	960,29
------------------------------	------	-------	------	--------	--------	--------

Nota. La Tabla 5 muestra la mortalidad general por grandes causas.

En la Tabla 5 se puede observar que en la Región nueve se registran tasas de mortalidad significativamente más altas en casi todas las categorías, especialmente por enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades transmisibles y neoplasias. Además, los hombres en la Región Nueve presentan una tasa de mortalidad notablemente elevada por causas externas (10.18), lo que podría estar relacionado con factores como violencia, accidentes laborales o de tránsito, que afectan mayormente a este grupo.

La mortalidad por tumores también es considerablemente más alta en la Región nueve, probablemente debido a la falta de acceso a programas de detección temprana y tratamientos eficaces. Abordar esta situación debe ser una prioridad para reducir las tasas de mortalidad en esta región. La elevada mortalidad por causas mal definidas, especialmente en la Región nueve, indica posibles deficiencias en los sistemas de diagnóstico y en el registro de las causas de muerte. Esto resalta la importancia de fortalecer la capacidad diagnóstica y mejorar la precisión en la codificación de las causas de muerte.

Tabla 6*Indicadores Mortalidad Materno- Infantil*

Indicador	Región dos				Región nueve			
	Suma de Tasa mortalidad femeninos	Suma Tasa mortalidad masculino	Suma Total casos Masculino	Suma Total Casos Femenino	Suma Tasa mortalidad femeninos	Suma Tasa mortalidad masculino	Suma Total casos Masculino	Suma total casos femenino
Razón de mortalidad materna a 42 días x 100.000 nacidos vivos	0	0	0	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) x 1000 nacidos vivos	0	9,26	1	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda x 100.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por	0	128,37	1	0	0	0	0	0

infección respiratoria aguda x 100,000 habitantes Tasa de mortalidad perinatal x 1000 nacidos vivos	4,72	0	0	1	10,31	10,31	1	1
---	------	---	---	---	-------	-------	---	---

Nota. La Tabla 6 muestra los Indicadores Mortalidad Materno- Infantil

Los indicadores que se observan en la Tabla 6, reflejan la salud de un país y se calculan a partir de la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social. En lo reportado en la tabla 6 se evidencia que no se presentaron casos de mortalidad materna. Se presentó un caso de mortalidad en menores de cinco años. En mortalidad perinatal, ambas regiones reportan un caso, pero la tasa es más alta en la Región Nueve.

Se evidencia que la Región Dos enfrenta mayores desafíos en la mortalidad infantil, especialmente por infecciones respiratorias agudas, comparado con la Región Nueve. Sin embargo, ambas regiones tienen casos de mortalidad perinatal, con una tasa relativamente más alta en la Región Nueve.

Tabla 7

Indicadores de mortalidad enfermedades de riesgo cardio cerebro metabólico (RIAS).

Indicador (2021)	Total casos femenino	Total de casos masculino	Tasa mortalidad femeninos	Tasa mortalidad masculino	Porcentaje
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	12	0	9,69	0	24%
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	1	0	1,13	0	2%
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	5	9	4,50	12,30	28%
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	1	1	0,6601	1,0812	4%
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años x 100.000 afiliados	0	0	0	0	0%
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la Próstata	0	5	0	7,2829	10%

Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	6	4	5,0862	3,2436	20%
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2	4	2,0028	11,1029	12%
Total	27	23			100%

Nota. La Tabla 7 muestra los Indicadores de mortalidad enfermedades de riesgo cardio cerebro metabólico (RIAS).

Las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias, presentan una mortalidad considerablemente más alta en hombres en comparación con mujeres. Además, el cáncer de mama se destaca como una de las principales causas de muerte en mujeres, representando el 24% de los casos, mientras que el cáncer gástrico afecta significativamente a ambos sexos. En hombres, el cáncer de próstata es una causa importante de mortalidad, abarcando el 10% de los casos.

La enfermedad por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida tiene una baja incidencia, aunque con una mayor tasa de mortalidad en hombres. No se reportan casos de leucemia aguda en menores de 18 años, lo que indica que esta enfermedad no afecta significativamente a esta población.

Las enfermedades crónicas, el cáncer y la diabetes son las principales causas de mortalidad, con diferencias claras entre géneros en cuanto a incidencia y mortalidad. La población afiliada en su mayoría, 60% o más, corresponde a los ciclos de vida de adultez y vejez, por lo cual tanto la incidencia como la prevalencia de estas patologías están relacionadas con estos grupos de edad.

Tabla 8*Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito Ambulatorio año 2022*

Patología	Total, consultas femenino	Total, consultas masculino	Tasa x 1000 afiliados masculino	Tasa x 1000 afiliados femenino	Porcentaje
Otras causas de atención	215863	105301	3410,56	4598,21	68,88
otros dx	63182	29056	1499,97	2125,77	77,62
Hipertensión esencial (primaria)	40162	21305	770,5	949,68	20,59
Procedimiento no realizado por decisión del paciente, por otras razones y las no especificadas	10637	5867	190,02	226,58	3,54
caries de la dentina	8768	5561	180,11	186,77	3,07
otras consultas especificadas	8403	4419	143,13	179	2,75
Otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	7428	3559	115,27	158,23	2,36
hipotiroidismo, no especificado	5964	1226	39,71	127,04	1,54
diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	5615	3271	105,94	119,61	1,91
examen médico general	5532	3100	100,4	117,84	1,85

Nota. La Tabla 8 muestra las Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito

Ambulatorio año 2022.

En la Tabla 8 se reporta la morbilidad en el ámbito ambulatorio, se observa el registro de diagnósticos inespecíficos, como son otras causas de atención, otros diagnósticos, los cuales no permiten evaluar a profundidad las principales causas de morbilidad en este ámbito. En total, el

84% son diagnósticos inespecíficos, solo aparecen cuatro diagnósticos específicos, como son hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo, caries. Las consultas son notables, reflejando su prevalencia y necesidad de seguimiento.

Tabla 9

Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito hospitalario

Patologías hospitalarias	Total, consultas masculino	Total, consultas femenino	Tasa x 1000 afiliados	Tasa x 1000 afiliados	Porcentaje
Covid-19, virus identificado	219	209	17,52	18,27	6,14%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	188	146	23,56	26,09	4,15%
Covid-19, virus no identificado	142	124	11,96	12,78	3,74%
leiomioma del útero, sin otra especificación	72		1,53	0	1,15%
hipertensión esencial (primaria)	51	52	8,91	8,26	1,23%
Fiebre, no especificada	43	32	0,92	1,04	1,20%
Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	27	48	0,58	1,55	1,20%
Dolor abdominal localizado en parte superior	18	3	10,44	1,74	
Cardiomiopatía isquémica	7	14	4,06	8,12	
Hiperplasia de la próstata	0	22	0	12,76	

Nota. La Tabla 9 muestra las diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito hospitalario

En el ámbito hospitalario se presenta como primera causa de hospitalización la enfermedad del Covid 19, seguido del diagnóstico de infección urinaria, siendo la tasa más alta en hombres y constituye el 4,15% de las consultas totales. Afecciones como el leiomioma del útero y la hiperplasia de la próstata son exclusivas de un género, mientras que la hipertensión y el

infarto agudo de miocardio afectan a ambos géneros con tasas similares. El dolor abdominal localizado es más común en mujeres, lo que puede indicar diferencias en la presentación clínica y la percepción del dolor entre géneros.

Tabla 10

Diez primeras Causas de morbilidad atendida por ámbito de Urgencias Región 2 Y 9 año 2022

Patología	Total, consultas femenino	Total, consultas masculino	Tasa x 1000 afiliados femenino	Tasa x 1000 afiliados masculino	Porcentaje
Todas las demás causas	11096	7222	236,36	233,91	70,80%
Otros dolores abdominales y los no especificados	1300	512	47,58	21,73	6,00%
Otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	1211	660	82,09	20,38	4,40%
Covid-19, virus no identificado	885	548	57,63	19,5	3,50%
infección de vías urinarias, sitio no especificado	586	232	29,66	13,86	2,40%
Hipertensión esencial (primaria)	500	223	18,33	14,06	2,40%
Caries de la dentina	419	279	8,93	9,04	2,70%
Dolor en el pecho, no especificado	396	269	15,11	15,42	2,20%
Cefalea	394	244	20,04	15,16	2,00%
Covid-19, virus identificado	386	126	8,22	4,08	2,00%
Fiebre, no especificada	228	231	4,86	7,48	1,80%

Nota. La Tabla 10 muestra las diez primeras Causas de morbilidad atendida por ámbito de Urgencias Región 2 Y 9 año 2022.

Los datos muestran las consultas de urgencias para los afiliados en el año 2022, clasificadas por patología, sexo, tasa por cada 1000 afiliados y porcentaje total de cada patología. Otras causas no especificadas representan la mayoría de las consultas de urgencias (70,8%), lo que indica una falta de especificidad en el diagnóstico o una codificación deficiente. Es fundamental mejorar la clasificación de diagnósticos para comprender mejor las causas subyacentes y gestionar los recursos de manera más eficiente.

Las mujeres presentan mayores tasas de consultas en casi todas las patologías, especialmente en otros dolores abdominales y otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica. El virus Covid 19 no identificado muestra una tasa de consultas significativa, lo que puede indicar la importancia de la precisión en el diagnóstico. Los dolores abdominales y cefaleas son comunes en ambos sexos, pero más en mujeres. Enfermedades dentales y fiebre: Estas también representan una parte considerable de las consultas, resaltando la importancia de la atención médica preventiva.

Tabla 11

Morbilidad trazadora región dos y nueve años 2022

Indicador	Numerador	Denominador	Porcentaje
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	Número de personas con enfermedad renal crónica fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal 467	Población total 127212	0,40%
Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años	Número de personas de 18 a 69 años con Diabetes Mellitus 16482	Población de 18 a 69 años 89888	18,30%

Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años	Número de personas de 18 a 69 años con HTA 22479	Población de 18 a 69 años 89888	25,00%
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	Número de personas de 18 a 64 años con obesidad 4198	Población de 18 a 64 años 77008	5,50%
Prevalencia registrada de VIH/sida	Número de personas registradas que viven con VIH/Sida 428	Población total 127212	0,30%

Nota. La Tabla 11 muestra la Morbilidad trazadora región dos y nueve años 2022

La alta prevalencia de hipertensión, uno de cada cuatro individuos en este rango de edad tiene hipertensión, y diabetes, uno de cada cinco individuos en este rango de edad tiene diabetes, señala problemas crónicos de salud que requieren estrategias de intervención a largo plazo. La prevalencia de obesidad es considerable, lo que puede contribuir a otras comorbilidades como la diabetes y la hipertensión, requiere la necesidad de programas de nutrición y actividad física, educación en estilo de vida saludable.

La enfermedad renal crónica, aunque menos prevalente, la gravedad del tratamiento y los costos asociados a la diálisis o el trasplante renal son elevados, lo que supone una importante carga económica y de salud para el sistema.

Tabla 12

Patologías de alto costo región dos y nueve en el año 2022

Ciclo de vida	Hemofilia	Cáncer	VIH	Artritis	Enfermedad renal crónica
Primera infancia	0	4	0	0	0
Infancia	6	11	0	0	0
Adolescencia	2	15	1	0	0
Juventud	4	47	44	5	1
Adultez	7	1203	330	299	13
Vejez	4	3067	98	604	99
Total	23	4347	473	908	113

Nota. La Tabla 12 muestra las Patologías de alto costo región dos y nueve en el año 2022

La tabla 12 registra las enfermedades de alto costo, se observa una mayor prevalencia en patologías oncológicas, seguidas de artritis reumatoidea, las cuales van aumentando con la edad; las demás enfermedades su prevalencia es menor, sin desestimar su importancia. Todas estas patologías requieren de programas de detección temprana y tratamiento oportuno, así como de tratamientos continuos que permitan reducir su incidencia, establecer campañas educativas que generen cambios en los estilos de vida desde los primeros ciclos de vida.

La alta prevalencia de VIH en la juventud y adultez requiere desarrollar estrategias preventivas específicas para jóvenes y adultos, incluyendo educación sexual y acceso a tratamientos. La hemofilia es más frecuente en la infancia y adolescencia, necesitando un enfoque de manejo enfermedades crónicas desde una edad temprana, garantizando tratamiento adecuado y continuo para evitar complicaciones a largo plazo.

Modelo de atención en salud

El modelo de atención del régimen especial se acoge a la política de atención integral en salud en el componente de Atención Primaria en Salud, como estrategia que busca proveer asistencia esencial, integral y continua a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía, como primer elemento de asistencia sanitaria que se garantiza por ser de alta calidad, costo-efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 2023).

La información correspondiente a la estructura del documento del modelo se encuentra contenida en el anexo tres de los requisitos para la participación en la convocatoria de licitación para contratación (Fiduprevisora, 2023)

Afiliación

La afiliación, y registro al régimen de excepción, la desafiliación, suspensión y/o traslado del régimen de excepción lo realiza la Entidad responsable en el municipio y/o departamento. En el caso de los beneficiarios, el procedimiento lo realiza el cotizante.

Planeación de la atención en salud

Es responsabilidad de los operadores de los servicios de salud, adjudicados en la invitación 002 y 006 de 2017, garantizar la prestación de los servicios de salud del plan atención de integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales, gestionando y asumiendo el riesgo en salud, operativo y financiero (Fiduprevisora, 2023).

Red de prestación de servicios de salud

Red principal: Corresponde a la red de servicios contratada por el operador de servicios de salud y que constituye la primera opción para la prestación de servicios de salud a los afiliados en el territorio nacional.

Red alterna: corresponde a la red de servicios que es garantizada por el operador de servicios de salud y que debe activarse cuando las IPS contratadas en la red principal, en baja, mediana y alta complejidad no presten los servicios de salud con la oportunidad y accesibilidad debida.

Tipos de sedes

Las sedes son determinadas de acuerdo con la población general de cada

ciudad y al número de afiliados en cada uno de ellos (FOMAG, 2016).

Sede tipo A: más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los nuevos departamentos. Serán exclusivas.

Sede tipo B: entre 100 .000 y 300.000 habitantes, áreas exclusivas dentro o anexas a una IPS con servicios de 2 y 3 nivel de complejidad de la red de servicios ofertada, o sedes independientes.

Las sedes tipo A y tipo B deben garantizar la atención básica, nutrición y dietética, atención prioritaria, ginecología, pediatría y promoción y prevención.

Sede tipo C: entre 50.000 y 100.000 habitantes, capitales de los nuevos departamentos y municipios con menos de 50.000 habitantes, con más de 1.500 afiliados, consistirán en áreas exclusivas dentro de una IPS.

Sede tipo D: en municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1.500 afiliados, pero más de 500 afiliados. Las sedes tipo C y D deben garantizar la atención básica (medicina general y odontología).

Prestación de la atención de servicios en salud

Los afiliados disponen de un plan de beneficios que asegura la atención ambulatoria y hospitalaria en diversos niveles de complejidad dentro de la red de servicios. Además, se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio nacional, así como el traslado de pacientes y la atención domiciliaria en caso de limitaciones físico-funcionales. De acuerdo al boletín realizado por Fiduprevisora (2023) en situaciones que requieran remisión a un nivel de mayor

complejidad, la Red integrada de IPS se encargará de brindar el servicio de manera oportuna.

Ámbito Ambulatorio

Los afiliados tienen acceso directo a servicios de medicina general, ginecología, pediatría y odontología. Para solicitar una cita, pueden hacerlo de manera personal, telefónica, vía correo electrónico o a través de la web, utilizando el Centro de atención telefónica disponible las 24 horas. Los servicios especializados deben prestarse en el municipio de residencia del afiliado, siempre que exista disponibilidad. De lo contrario, se procederá a la remisión a otro lugar donde la oferta sea adecuada (Fiduprevisora, 2023).

Para los casos de alta complejidad y eventos de alto costo se garantizará el servicio a través de la oferta disponible geográficamente.

Ámbitos hospitalario y domiciliario

Teniendo en cuenta el decreto 2759 de 1991 emitido por Minsalud (1991), es imperativo presentar la remisión o referencia a dichos servicios para atención correspondiente en la red contratada y/o dispuesta por el operador de servicios de salud.

Ámbito Urgencias

Acceso directo de acuerdo con la normatividad vigente, sin que medie remisión o referencia, ni tampoco una contratación establecida.

Reembolso

En el régimen especial el plan de beneficios solo cubre Reembolso (entendiéndose este, como devolución de una cantidad de dinero) al usuario bajo el concepto de transporte. Para los afiliados en poblaciones dispersas se reconocerá el costo del transporte terrestre, fluvial o aéreo,

incluso dentro del mismo municipio para acudir a los servicios tanto básicos como especializados (Minsalud, 2014).

Cuando este transporte regularmente cueste más de un (1) salario mínimo diario y en los casos de menores de quince (15) años o personas en alto grado de discapacidad, que requieran de la compañía de un familiar, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente y costo será asumido por el operador de servicios de salud.

- **Exclusiones del Plan de Beneficios**

- Tratamientos de infertilidad. Cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados.
- Todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior.
- Todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA.
- Tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica o de seguridad.
- Tratamientos de ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- Artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas

hidratantes, antisolares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos. Los antisolares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.

- Servicios por fuera del ámbito de la salud salvo algunos servicios complementarios y necesarios para el adecuado acceso a los servicios como el caso del transporte.
- Calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos y las toallas higiénicas.

- **Derechos en Salud**

- Atender con prioridad a los menores de 18 años.
- Recibir los servicios médicos (atenciones, dispensación de medicamentos, pruebas diagnósticas entre otros) de forma oportuna dentro de la red ofertada.
- Elegir libremente, la IPS que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.
- Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
- Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
- Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
- Recibir un trato digno sin discriminación alguna.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
- Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.
- Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.

- Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.
 - Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.
 - Que ante el proceso de una enfermedad terminal sea respetada su voluntad de morir con dignidad.
- **Deberes en Salud**
 - Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
 - Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.
 - Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
 - Brindar la información requerida para la atención.
 - Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
 - Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
 - Hacer uso racional de los servicios, asistir a las citas según asignación y en caso de no poder asistir, cancelar oportunamente la asignación.
 - **Supervisión de la atención en salud**
 - Es responsabilidad de la entidad contratante realizar el proceso de supervisión y garantizar el cumplimiento de las actividades establecidas contractualmente. Para el desarrollo de esta actividad la entidad contratante establece un grupo de auditores que realizan dicha actividad.
 - Para el cumplimiento de esta actividad se han establecido los siguientes indicadores de calidad, con periodicidad de entrega mensual, los cuales son reportados por los operadores (Minsalud, 2014).

Tabla 13*Registro de indicadores de oportunidad regiones dos y nueve años 2022*

Nombre del indicador	Meta / referente
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	2 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	2 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ortopedia	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Psiquiatría	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Otorrinolaringología	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Oftalmología	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Dermatología	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Oportunidad en la entrega de medicamentos	100% Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ecografía obstétrica	5 días hábiles Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ecografía	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Tomografía axial computarizada	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Resonancia nuclear magnética	5 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para la realización de cirugías	15 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Menor a 15 días Cuenta de Alto Costo año 2017
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Menor a 30 días Cuenta de Alto Costo año 2017
Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	9 días Cuenta de Alto Costo año 2016
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Laboral	10 días hábiles. Anexo 3 pliegos de condiciones

Proporción de Tamizaje para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Mayor 95% Cuenta de alto costo 2017
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Mayor al 50% Cuenta de alto costo 2017
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Mayor al 50% Cuenta de alto costo 2017
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Menor a 15 días Cuenta de Alto Costo año 2017
Tasa de PQRS	2,1 x 1000 afiliados Superintendencia Nacional de Salud (promedio de resultados de SNS enero a octubre 2019)

Nota. La Tabla 13 muestra los registros de los indicadores de oportunidad regiones dos y nueve años 2022. Fuente: anexo tres, Acuerdo 009 de 2016

Plan de beneficios en salud

El plan de salud para los afiliados es integral, es garantizado por el operador durante la vigencia del contrato, no aplica preexistencias, periodos de carencia, cobro de copagos ni cuotas moderadoras. Presenta exclusiones explícitas en el plan de beneficios y hacen parte de las especificaciones del contrato. Garantiza la atención ambulatoria y/o hospitalaria en todos los niveles de atención según su complejidad, atención de urgencias en todo el territorio nacional y la atención domiciliaria.

Así las cosas, el plan de beneficios es provisto dentro del marco del modelo de atención en salud presentado y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia,

continuidad e integralidad de la atención (Minsalud, 2014).

Cobertura

Los afiliados al sistema de salud son los cotizantes y beneficiarios según lo definido: los cotizantes activos reportados por las secretarías de educación, los docentes pensionados afiliados a la Entidad, también incluye los beneficiarios, el cónyuge, los hijos del afiliado cotizante hasta que cumplan los 26 años de edad, los hijos con discapacidad permanente y dependencia económica del afiliado, los nietos del docente hasta los primeros treinta días de nacido si la madre es hija beneficiaria del docente. También se pueden incluir a los padres a partir de un pago adicional por parte del docente, en el caso de los cotizantes solteros, pueden afiliar a sus padres, demostrando la dependencia económica. (FOMAG, 2016)

Contratación

El operador debe organizar una red de instituciones prestadoras de salud, IPS principales e IPS alternas, con el objetivo de garantizar la prestación de los servicios de salud a todos los afiliados asignados. todo enmarcado dentro de la normatividad vigente, especialmente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad. El contratista debe organizar las redes integradas en salud y las rutas integrales de atención en salud, de acuerdo con los niveles de complejidad. Tiene autorización para subcontratar las IPS que sean necesarias para garantizar la prestación de los servicios (Fiduprevisora, 2023).

Estructura financiera

El Consejo Directivo previo estudio por parte de expertos contratados, realiza el cálculo del valor de la Unidad de Pago por Capitación, esta corresponde a la UPC del régimen contributivo por grupo etario y zona geográfica más un plus o porcentaje fijo destinado exclusivamente para atención en salud (Fiduprevisora, 2023). El consejo directivo estableció para la vigencia de este contrato el siguiente valor de la unidad de pago por capitación:

$$\text{UPCM} = \text{UPC}_{ez} + 62,67\%$$

Donde UPC es la unidad de pago por capitación del contributivo, e = grupo etario

z= zona geográfica.

La actualización de la UPCM corresponde al incremento anual establecido por el Ministerio de Salud para la UPC del régimen contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje por inclusión de tecnologías en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Dentro del valor de la UPCM se encuentra un valor per cápita fijo de 2,79 % para el componente de atención derivada de los riesgos laborales (Fiduprevisora, 2023).

Según lo mencionado el informe del Minsalud (2018) este documento compara el ajuste por riesgo actual, realizado por el Minsalud, con una especificación alternativa de ajuste por riesgo, teniendo en cuenta las variables de estado de salud. El ajuste por riesgo, de acuerdo con los resultados, demuestra ser un factor crucial en el diseño de la política pública en salud en Colombia, pues es una variable que puede solucionar problemas de financiamiento, atención en salud y garantía en acceso a los servicios (p. 54).

Por otro lado, la existencia de ajustes ex post como la cuenta de alto costo o los reclamos que han hecho algunas aseguradoras para recibir ingresos acordes a las necesidades de la población cubierta, son un argumento a favor de la inclusión de un modelo de ajuste por riesgo como el propuesto en el presente trabajo. Al generar un modelo con un mejor poder predictivo, como el presentado en este trabajo, es factible que el número mínimo requerido de personas afiliadas a una aseguradora que garantice solvencia financiera (además de acceso a los servicios), sea menor al actual (Minsalud, 2018, p. 55).

Definiciones

UPCM: Unidad de pago por capitación del magisterio. Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al régimen especial correspondiente a magisterio (Minsalud, 2010,p. 2).

Plan de Beneficios en Salud: Es el conjunto de servicios y tecnologías en salud a las que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud (Minsalud, 2014, p. 25).

FIAS: Formato de Información de Atención en Salud (Minsalud, 2016).

RIPS: Registro Individual de Procedimientos en Salud (Minsalud,2010).

Nota Técnica (NT): es el documento que contiene todas las características generales, supuestos y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud.

Siniestralidad: es el conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo determinado en un contrato.

Epidemiología: es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y a la vez, corresponde a la aplicación de este en la prevención y control de los problemas de salud.

Morbilidad: se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.

Modelo Atención En Salud: comprende el conjunto de instrumentos políticos, normativos, institucionales, programáticos, técnicos y financieros que garantizan la dimensión prestacional y programáticos del derecho a la salud.

Contratación Directa: Es la modalidad de selección que procede solamente en los casos señalados en el numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas que los modifiquen, complementen, adicionen o sustituyan.

Contrato de Obra: Son contratos de obra los que celebren las entidades estatales para la construcción, el mantenimiento, la instalación y, en general para la realización de cualquier otro trabajo material sobre bienes inmuebles, cualquiera que sea la modalidad de ejecución y pago.

Contratos de Prestación de Servicios: Son los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o el funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados.

Contratos por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Contratos por Paquete: son un método por el cual la Entidad que desea contratar Bienes, Servicios en general o Consultorías, puede agruparlas en un solo objeto de contratación.

Códigos CUPS: Clasificación única de procedimientos en salud, corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una y una descripción validada por los expertos del país.

Códigos CUM: Código único de medicamentos, es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Fiduprevisora: Sociedad de Economía Mixta de carácter indirecto y del orden nacional, sometida al régimen de Empresa Industrial y Comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia y con control fiscal reglamentado por la Contraloría General de la República, entidad que administra los recursos del magisterio para gestionar su sistema de salud, pensiones y cesantías a través del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fiduprevisora, 2023).

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Entendidas como aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Legalización De Contrato: Cuando el contrato se encuentra suscrito por las partes y cuenta con pólizas aprobadas.

Licitación Pública: Es la modalidad de selección del contratista por regla general, salvo las excepciones previstas en la Ley, es el procedimiento mediante el cual la entidad formula públicamente una convocatoria para que, en igualdad de condiciones se seleccione el ofrecimiento más favorable a la entidad, de acuerdo con la ponderación de los elementos de calidad y precios soportados en puntaje o fórmulas señaladas en el pliego de condiciones.

Manual Tarifario: Es un instrumento de referencia de precios de actividades, intervenciones y procedimientos en salud, ajustados al Plan Obligatorio de Salud (POS) definido por el Ministerio de Salud y que se encuentra codificado de acuerdo con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Manual Tarifario ISS: Este manual es necesario por la codificación y el contenido de las actividades, intervenciones y procedimientos, por cuanto su ordenamiento lógico y detallado, es a su vez, un instrumento facilitador para la implantación ágil y oportuna, de la Clasificación única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Manual Tarifario SOAT: Es una clasificación en donde se contemplan el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de

acuerdo con el SMDLV.

Otrosí: Acto jurídico mediante el cual las partes acuerdan modificar, suprimir, aclarar y/o agregar lo pactado inicialmente en el contrato. Procede si el contrato se encuentra en ejecución.

Prestadores de Servicios de Salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Proceso de Contratación: procesos que se desarrollan desde la etapa precontractual hasta la post contractual mediante las diversas modalidades de contratación establecidas en la Ley que adelanta la entidad con el fin de realizar el abastecimiento de bienes y servicios requeridos para satisfacer sus necesidades.

Profesionales Independientes: Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC).

Prórroga: Acto jurídico mediante el cual las partes contratantes acuerdan modificar el plazo de los contratos que se encuentra en ejecución, y tiene como fin extender el plazo de ejecución originalmente pactado para el cumplimiento del objeto del contrato, debe constar en un documento firmado por las partes y cumplir los mismos requisitos de perfeccionamiento y

ejecución del contrato inicial.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS): Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, sistema donde los prestadores de servicios de salud registran las capacidades y servicios habilitados para atender a la población en el sistema de salud colombiano.

Regímenes de Excepción: Sistema de seguridad social que ofrece cobertura a regímenes exceptuados, es decir, a aquellos sectores de la población que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social concebidas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, o por las que regulan de forma especial para ellos. Hacen parte de este régimen de excepción los trabajadores y pensionados del Fondo de prestaciones sociales del magisterio y los Pensionados de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia, Puertos de Colombia y a sus respectivos beneficiarios.

Entidades Responsables de Pago —ERP. Son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica. Medidas

que deben ser pactadas en las modalidades de pago prospectivas, con el objeto de mitigar el impacto financiero ocasionado por las desviaciones encontradas durante la ejecución del acuerdo de voluntades que afecten las frecuencias de uso, poblaciones y costos finales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica, de acuerdo con la caracterización poblacional inicialmente conocida por las partes.

Modalidad de pago. Forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten.

Pago prospectivo. Modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.

Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.

Proveedores de tecnologías en salud —PTS. Se considera a toda persona natural jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.

Riesgo primario. Es la variación en la incidencia o en la severidad no evitable de un evento o condición médica en la población asignada, que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.

Riesgo técnico. Es la variación en la utilización de recursos en la atención en salud, en la ocurrencia de complicaciones o en la severidad, que se encuentra asociada a factores no previsibles en la atención o no soportados con la evidencia científica y que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Toda contratación que realice estará sujeta a las disposiciones aplicadas a las normas de Derecho Privado, en concordancia con esta disposición especial han de someterse sus actos a lo dispuesto en el Código del Comercio y Código Civil, pero se podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto general de contratación de la administración pública, y dar cumplimiento a los principios establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 reglamentada parcialmente por el Decreto 2474 de 2008, así mismo, se aplicarán los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, normas aplicables al proceso de contratación Pública Civil y Comercial pertinentes, sin perjuicio de las observaciones y los principios contenidos en la ley.

Marco legal

Ley 91 de 1989: por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Función Pública, 1989).

Ley 80 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social

Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Artículo 22: creó el registro de proponentes, en el cual deben inscribirse todas las personas naturales o jurídicas que aspiren a celebrar con las entidades estatales contratos de obra, consultoría, suministro y compraventa de bienes muebles Gestor normativo, 1993).

Artículo 179: Para garantizar el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capacitación, protocolos o presupuestos globales fijos.

Ley 1150 de 2007: La presente ley tiene por objeto introducir modificaciones en la Ley 80 de 1993, así como dictar otras disposiciones generales aplicables a toda contratación con recursos públicos (Ministerio de Transporte, 2007).

Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece la relación del contratista y contratante. Artículo 13: Las EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los

recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago (Congreso de la República, 2007).

Ley 1438 de 2011: establece el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud (Gestor Normativo, 2011).

Artículo 37: Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio.

Artículo 52: Contratación por capitación: Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

Artículo 53: Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

Artículo 56: Las EPS pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago. El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa

establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Ley 1751 estatutaria de 2015: Establece la salud como un derecho fundamental, Garantiza la salud, regula y establece sus mecanismos de protección basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud, con el fin de asegurar una atención acorde con las necesidades de la población (Congreso de la República, 2015).

Decreto 1281 de 2002: por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Entendiéndose por eficiente, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud se presten en forma adecuada y oportuna. Asimismo, define el Flujo de caja del régimen contributivo, subsidiado y los recursos del Fosyga. Actividades de promoción y prevención y el control de costos (Función Pública, 2002).

Decreto 780 de 2016: Libro 2: Régimen reglamentario del sector salud y protección social. Parte 5: Reglas para aseguradores y prestadores del sector salud. Título 3: prestadores, Capítulo 4: Contratación: retoma el decreto 4747 (10) de 2007 y regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Decreto 441 de 2022: tiene por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas

para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, y establecer mecanismos de protección a los usuarios (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Resolución 3374 de 2000: define el Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, como el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

Resolución 3047 de 2008: Artículos 1-19: Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud.

Resolución 4331 de 2012: modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico No 4 de la Resolución 3047 de 2008.

Resolución 1536 de 2015: establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional

Resolución 2292 del 23 de diciembre de 2021: Mediante la cual el Ministerio de salud y protección social actualiza el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por Capitación. Esta actualización definió todas las tecnologías que componen el PBS con cargo a la UPC a partir del 1 de enero del año 2022.

De acuerdo con el Minsalud (2010), en lo que se refiere a medicamentos, la actualización comprende más de 980 grupos relevantes que migran desde la financiación con

Presupuestos Máximos hacia la financiación con recursos de la UPC, se aumentan los principios activos financiados con la UPC de 459 a 1059, se incluyen 26 subgrupos de referencia (que contienen más de 65 diferentes principios activos) adicionales a los 53 subgrupos de referencia financiados con la UPC hasta el momento.

Resolución 1036 del 2022: tiene por objeto reglamentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), incluyendo el flujo de la información y los datos que se deben reportar en este, y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta.

Resolución no. 2809 de 2022: define los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y mecanismos de ajuste de riesgo.

Resolución 2275 de 202: por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2335 de 2023: La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Sentencia T-760 de 2008: surgió como una respuesta de la Corte Constitucional ante los problemas sistémicos de acceso, la falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud. Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, POS, con participación de médicos y usuarios, con periodicidad anual. También ordeno establecer un cronograma para la unificación

del POS contributivo y subsidiado.

Acuerdo 009 de 2016 de Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio: modifica los lineamientos para la contratación de los servicios de salud para el magisterio, aprobados en los acuerdos 6 del 2011 y 01 del 2010.

Acuerdo 05 de 2022 Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio: por el cual modifica y adiciona el Acuerdo 009 de 2016 (N 1, 3,8, 9, 10, 11, 12 del artículo 1), ANS acuerdo de indicadores de servicio.

Caracterización poblacional de región 2 y 9 – operador. Procedimiento realizado por el operador en el año 2023 con respecto a todas las actividades realizadas en el 2022, incluyendo el perfil epidemiológico. Se describe la morbilidad por ámbito de atención, la población con enfermedades de alto costo, se reporta la siniestralidad de la población durante ese año, estadísticas vitales sobre nacimientos, defunciones, definición de prioridades basadas en las necesidades de la población.

Objetivos

Objetivo General

Establecer la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Especial, a través de un modelo de nota técnica a partir de la consolidación y análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios del periodo de 2019 a 2023.

Objetivos Específicos

- Caracterizar y cuantificar las fuentes de información donde se registran los servicios de salud prestados a la población asignada al operador durante en el periodo 2019-2023.
- Calcular los costos y las frecuencias de uso correspondientes a la prestación de servicios de atención en salud suministrada a los usuarios durante la vigencia del contrato en el periodo 2019-2023.
- Proponer una nota técnica adecuada que sirva como herramienta de contratación idónea.

Metodología

La metodología empleada según la investigación aplicada, hace referencia a un estudio analítico observacional retrospectivo, de la población afiliada asignada al operador en las regiones dos y nueve.

La recolección de datos se realizó de manera cuantitativa por medio de un análisis estadístico que tuvo como valores de referencia la población, frecuencia de uso y costos de los servicios de salud por cada año objeto de estudio. Para tal fin, no se requirieron costos adicionales; el tiempo establecido para esta investigación fue de un año a partir de la aprobación del anteproyecto. Durante el desarrollo del proyecto se trabajó en la construcción de una NT adecuada, evaluando la calidad del dato con información estadística y financiera de cada uno de los servicios que se detalla como parte del contrato vigente, para finalmente contar con un instrumento idóneo que permita comparar y establecer costos y frecuencias en pro de la sostenibilidad financiera, generando, de esta manera, un proceso deductivo a través de la medicación numérica y el análisis estadístico inferencial.

Mediante los siguientes procesos se realizó la validación de datos:

Fase 1: Recopilación de información

- RIPS correspondientes a los años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
- Informe poblacional correspondiente a los años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
- Perfil epidemiológico correspondiente a los años 2019, 2020, 2021, 2022.

- Caracterización de la población año 2022.

Fase 2: Validación y cuantificación de la Información

- Análisis de la calidad de los registros que se encuentran en los RIPS correspondientes a los años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
- Número de eventos por servicio según clasificación RIPS por ámbito de atención (urgencia, consultas, procedimientos, hospitalizaciones, medicamentos y otros), correspondiente a los años 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

Fase 3: Cuantificación del costo real de los servicios

Sumatoria de los costos por servicios y por ámbito de atención (urgencia, consultas, procedimientos, hospitalizaciones, medicamentos y otros), correspondiente a los años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

Fase 4: Evaluación de financiamiento de la UPCM comparado con la sostenibilidad financiera.

- Comparar resultados de frecuencia según el ámbito con la frecuencia esperada en el régimen contributivo.
- Comparar resultados de frecuencia según servicios con la frecuencia esperada en el régimen contributivo.
- Comparar resultados de costos según población de la Entidad versus población del contributivo.
- Comparar costos por departamento por población.

Variables analizadas

Continuas, cuantitativas de medición

- Costos prestación de servicio fuente (RIPS).
- Frecuencia de servicios fuente (RIPS).
- Pago por capitación desde el contratante.

Discretas y cuantitativas de conteo

- FIAS 12, 13,14,17,18,19,20.
- Base de usuarios.

Participantes

- Área de estadísticas y cuentas médicas.
- Área de epidemiología.

Criterios de inclusión:

- Población asignada operador

Criterios de exclusión

- Población no afiliada.
- Población correspondiente a FONDO PASIVO.

Criterios de eliminación

- Datos no tabulables.

- Datos inespecíficos

Desarrollo de la Metodología

Descripción de los RIPS

De acuerdo con el documento “*Lineamiento técnico para el registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios* (Versión 8). La información del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS, con su estructura única y estandarizada y todas sus clases de datos de identificación, del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación, constituyen una fuente de datos prioritaria para los procesos de dirección, regulación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Independientemente del uso que los actores del SGSSS realicen sobre los datos de las prestaciones de salud, actualmente todos los prestadores están obligados a generar, transferir, organizar y entregar los datos a las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud, ya sean Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o entidades de dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud deben validar, organizar y entregar, al Ministerio de Salud y Protección Social todos los datos efectivamente validados mes a mes, de acuerdo con la normatividad vigente.

El Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud provee los datos mínimos y básicos, y facilita las relaciones entre las entidades administradoras de planes de beneficios (pagadores), las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales

independientes (prestadores) y apoya la generación de planes, programas, estrategias y operaciones, para la toma de decisiones gerenciales, estratégicas, administrativas y asistenciales.

En la actualidad se han identificado falencias tanto en la calidad del registro primario, como en la utilización para la gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, así como para la formulación de la política pública en salud. Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos que se reportan, para que contribuyan en condiciones de mayor certidumbre a la toma de decisiones.

Estructura

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), se presentan en diez archivos que tienen estructuras y datos específicos (aunque, algunos de estos se repiten en varias estructuras, estos se encuentran en las llaves que permiten las relaciones entre sí). Sólo se aceptan los archivos de texto que cumplan el estándar TXT. Cada archivo consiste en un conjunto de registros separados por un salto de línea y cada uno de los registros está formado por campos separados (Minsalud, 2019). Los tipos de archivos son los siguientes:

- CT= Archivo de control: corresponde al archivo del registro de control de los archivos enviados en el medio magnético. Es la estructura de datos que permite el control de la recepción de los datos de prestaciones de salud. Todo envío debe contener este archivo y su diligenciamiento es obligatorio. El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos
- AF = Archivo de transacciones: el archivo de transacciones equivale al conjunto de registros de información de todas las facturas, cada registro incluye el encabezado de cada

factura de compra/venta de servicios más el valor total con sus descuentos, comisiones y bonificaciones u otras pactadas entre el prestador y el pagador.

- US = Archivo de usuarios de los servicios de salud: en este archivo van los datos de los usuarios atendidos en el período, correspondientes a su identificación, características básicas, lugar de residencia y pertenencia al Sistema de Seguridad Social.
- AC = Archivo de consulta: en el archivo de consulta se incluyen las realizadas por los distintos profesionales de la salud, las de primera vez y de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales, de acuerdo con las especificaciones realizadas por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS vigente.

Las consultas para registrar son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapeutas, nutricionistas, optómetras y otros. Se incluyen aquí las consultas de medicina laboral y del trabajo. En la prestación del servicio de consulta odontológica (general o especializada), la consulta corresponde a la sesión en la cual el odontólogo hace el examen integral del estado bucodental y formula un plan de tratamiento integral. Las sesiones para ejecutar ese plan se registran en procedimientos. Igualmente se incluyen las consultas de control del tratamiento.

- AP = Archivo de procedimientos: en este archivo se registran los datos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, de protección específica y de detección temprana de enfermedad general o de enfermedad profesional.

Los procedimientos incluyen la aplicación de vacunas, procedimientos odontológicos incluidos los de Promoción y Prevención (PyP), procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como la terapia física, la terapia respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

La codificación de procedimientos se realiza de acuerdo con la CUPS, la cual es de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional y para todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

- AU = Archivo de urgencias con observación: los datos que conforman el registro de urgencias corresponden a la estancia del paciente en la unidad de observación de urgencias, ocupando una camilla. Cuando sólo se generó la atención inicial de urgencias (consulta de urgencia, procedimientos diagnósticos o terapéuticos) y debe permanecer varias horas en el servicio de urgencias, pero no está bajo observación, no se debe generar este registro en este archivo.

- AH = Archivo de hospitalización: los datos que conforman el Registro de Hospitalización corresponden a la estancia del paciente en cualquier servicio hospitalario ocupando una cama. Si se genera una hospitalización se debe realizar el registro individual de la hospitalización y además se deben generar registros individuales de prestación de servicios de procedimientos, interconsultas, medicamentos y otros servicios que debe ser registrados en los respectivos Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud.

Si el paciente permanece más de seis (6) horas en urgencias y la Entidad Administradora de Plan de Beneficios exige al prestador la hospitalización, pero no hay camas disponibles, no se puede reportar como hospitalización. Cuando se realiza una hospitalización obstétrica y se hacen

procedimientos relacionados con el parto y hubo un recién nacido, se debe diligenciar el archivo Recién Nacido, así como todos los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) relacionados con las prestaciones individuales de la madre y el recién nacido.

- AN = Archivo de recién nacidos: en este archivo se registran los datos relacionados con la atención del recién nacido, datos de la madre.
- AM = Archivo de medicamentos: en este archivo se registran los datos de los medicamentos utilizados en el ámbito ambulatorio y/o hospitalario, registrando las especificaciones de cada medicamento en cuanto a presentación, forma farmacéutica, concentración y otros datos relacionados.
- AT = Archivo de otros servicios: en este archivo se deben registrar los siguientes conceptos, cuando apliquen: Estancia: Incluye la estancia en urgencias, la hospitalaria, el uso de salas de cirugía (derecho a sala), sala de partos o sala de procedimientos. La estancia en servicios de hospitalización debe registrarse por tipo de servicio o unidad especial (Unidad de Cuidado Intensivo, cuidado intermedio, unidad de quemados u otros). Materiales e insumos utilizados en la atención: Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado. Incluye otros materiales e insumos de Promoción y Prevención.
- Traslado de pacientes: Incluye el traslado del paciente antes de la atención en ese centro, durante la hospitalización o cuando es dado de alta y debe ser llevado a otra institución de mayor o menor nivel, o a la casa, albergue u otro.
- Honorarios: Aplica sólo a honorarios de profesionales de la salud y sólo cuando no

se encuentren incluidos dentro de la liquidación propia de un procedimiento o actividad según el tarifario utilizado. Por cada tipo de servicio se debe diligenciar la cantidad total de unidades de la siguiente forma: Estancia: en días para hospitalización; en horas para la observación en urgencias; en salas especiales solamente se debe diligenciar el valor total por su utilización para un determinado procedimiento, de acuerdo con el manual tarifario utilizado.

- Materiales e insumos: el número de unidades aplicadas o utilizadas en la atención del paciente.
- Traslados: el número de viajes realizados en el o los traslados del paciente (de ida y regreso), por cada tipo de traslado.
- Honorarios: se registran los honorarios por servicios distintos a los de procedimientos quirúrgicos, que ya se han incluido en el valor de éste.

Revisión y análisis de los RIPS presentados durante el periodo 2019 -2023

Para la revisión correspondiente se tuvo en cuenta el RIPS de las diferentes actividades que se registran, en cada uno de ellos, los RIPS de consulta, de procedimientos, de hospitalización, de medicamentos, de insumos, de usuarios, revisando la estructura presentada y evaluando la información suministrada para efectos de la calidad del registro de los datos. En los de consulta, Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS AC), dentro de la estructura no registran la edad, el sexo, la procedencia, el ámbito de la consulta. para establecer estos datos se cruzó de la siguiente manera:

Con el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS US), se estableció la información relacionada con el género, la edad y el registro del grupo etario. También se

estableció la procedencia con el fin de distribuir por departamento las actividades. Con el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS AH) para determinar el ámbito de la consulta hospitalaria, principalmente en especialidades, porque la consulta médica general de urgencias tiene un CUP asignado. En la siguiente tabla se relacionan el total de registros de RIPS en el ámbito de consulta durante el periodo 2019 a 2023, en los cinco departamentos a cargo del operador de salud.

Tabla 14

Total, de consultas por año por departamento durante el periodo 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023
Valle del Cauca	456381	344866	393078	268232	428824
Cauca	148847	102791	165537	96868	173593
Quindío	128992	122103	135592	155091	73620
Risaralda	143295	116099	138958	159248	86404
Caldas	196748	146587	180207	184255	99304
Total	1076282	834466	1015393	865716	863768

Nota. La tabla 14 muestra el total de consultas realizadas por año en los cinco departamentos durante el periodo 2019-2023.

El mayor volumen de consultas se presenta en el 2019, con un total de RIPS de 1.076.282 consultas. Durante el 2020 se observa una caída significativa en todos los departamentos, con un total de 834.466 consultas. Este comportamiento puede estar relacionado con las restricciones sanitarias por la pandemia de COVID-19. Mientras que en el 2021 se observa una recuperación parcial en los servicios de salud con un total de RIPS de 1.015.393 consultas.

Para el periodo 2022-2023, se observa que los valores son similares, alrededor de 865.000. Adicionalmente, el nivel de servicios no vuelve a los niveles del 2019, con algunas fluctuaciones en los departamentos.

A nivel del Valle del Cauca se evidencia que, en el 2019, presenta el valor más alto con 456.381, siendo el departamento con mayor número de RIPS. En 2020, se registra una caída significativa (344.866), que se mantiene en 2022. En 2023, se evidencia un aumento considerable, volviendo a niveles similares a los de 2019 (428.824).

A nivel de Cauca se observa una disminución marcada en 2020 (102.791), que coincide con la tendencia nacional, con las restricciones sanitarias por la pandemia de COVID-19. En 2021 y 2023, muestra una recuperación constante, superando los valores de 2019.

En el caso del eje cafetero, en el departamento del Quindío se observa un comportamiento estable entre 2019 y 2021, pero con un aumento en 2022 (155.091). En 2023, sin embargo, se presenta una fuerte disminución (73.620), que puede estar relacionada con eventos locales o cambios en la prestación de servicios. A nivel de Risaralda se muestra una tendencia similar a Quindío, con un aumento en 2022 y una notable disminución en 2023 (86.404).

Para Caldas se presenta una caída en 2020, la recuperación en los años posteriores es más marcada. Sin embargo, en 2023 hay una caída similar a la de los otros departamentos (99.304). En general, el impacto de la pandemia se evidencia en los cinco departamentos mostrando una fuerte reducción en los RIPS, a causa del Covid-19 y a las restricciones relacionadas con la atención en salud. Se evidenció una nivelación desigual entre 2021 y 2023, donde Cauca y Valle muestran un aumento significativo en los registros de RIPS, mientras que en el eje cafetero se mantiene un nivel similar al periodo de pandemia.

Tabla 15*Descripción de la consulta según finalidad periodo 2019-2023*

Código	Finalidad de la consulta	2019	2020	2021	2022	2023
1	Atención del parto (puerperio)	1398	2014	707	397	638
2	Atención del recién nacido	294	376	241	129	426
3	Atención en planificación familiar	7382	4801	5390	4336	6165
4	Detección de alteración del desarrollo joven	8832	7805	10978	6871	9191
5	Atención de alteraciones de agudeza visual	3544	8596	10993	8150	11765
6	Detección de alteraciones de Crecimiento y desarrollo del menor de diez años	10826	7635	13632	3931	5583
7	Detección de alteraciones del adulto	35159	30746	39588	43093	60862
8	Detección de alteraciones del embarazo	12750	3570	2430	6034	3389
9	Detección de enfermedad profesional	1116	693	655	520	402
10	Finalidad resolutive, es decir Cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo,	992962	766210	918519	790231	763324
	Total	1074263	832446	1003133	863692	861745

Nota. La Tabla 15 muestra Descripción de la consulta según finalidad periodo 2019-2023.

La Tabla 15 reporta el número de actividades según la finalidad de la consulta durante el periodo 2019-2023. Finalidad resolutive (código 10): La mayoría de las consultas corresponden a este tipo, cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo. Se mantiene una caída en 2020 durante el periodo de pandemia del covid-19, se presenta un aumento leve en el 2021. Sin embargo, continúa descendiendo en 2022 y 2023. La tendencia sugiere una reducción sostenida en este tipo de consultas postpandemia.

Detección de alteraciones del adulto (código 7): se presenta en segundo lugar en el número de actividades registradas, se mantiene relativamente constante entre 2019 y 2020, con un incremento considerable en 2021-2023, alcanzando su máximo en 2023 (60.862). Este valor

está relacionado con la caracterización de la población afiliada, donde en su mayoría corresponden a usuarios en el ciclo de adultez y vejez, los cuales demandan consultas de control de enfermedades crónicas, enfermedades de alto costo y/o secuelas de la pandemia.

En general, se evidencia un descenso progresivo en el registro de las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la protección específica en el periodo revisado, y se evidencia un mayor registro en actividades relacionadas con la condición de la población en su estado de enfermedad.

Hallazgos en la Calidad del Registro

Al revisar lo registrado como descripción de la finalidad, se evidencia marcación de casos de usuarios de sexo masculino en las actividades de atención del parto, registrando usuarios desde cero años hasta mayores de 75 años, lo cual no es coherente con la actividad registrada. También se evidencia registro de esta actividad en usuarios mayores de 50 años de ambos sexos.

En las actividades de atención al recién nacido, se evidencian 58 registros en usuarios mayores de un año, los cuales no hacen parte de esta cohorte. En las actividades de detección de alteraciones del desarrollo en el joven, de 14 a 28 años, se evidencia en total 5392 registros, de los cuales solo 3405 corresponden al ciclo de vida, los demás registros corresponden a usuarios mayores de 28 años. En las actividades del grupo de menores de diez años, se evidencian 8160 registros, de los cuales 242 registros corresponden a usuarios mayores de 11 años.

En la actividad de detección de alteraciones del embarazo, 5625 registros, se evidencia 36 registros de usuarios menores de 15 años, 44 registros de usuarios mayores de cincuenta años. En

la actividad de detección de alteraciones del embarazo, se evidencia registro de usuarios de sexo masculino, en los rangos de edad de cero años hasta 74 años, en total 32 registros, lo cual no es coherente con la actividad registrada.

En la actividad de detección de enfermedad profesional, se registran casos desde cero años hasta menores de 18 años, en total 100 registros. lo cual no es coherente con la actividad registrada. En las actividades de consulta exclusiva de mujeres, se evidencia consulta de ginecología, 382 registros, de usuarios de sexo masculino, desde cero años hasta 74 años, lo cual no es coherente con la actividad registrada.

En las actividades de detección del adulto, 29 a 59 años, se observa registro de usuarios menores de 29 años y usuarios mayores de 59 años. El total son 27690 registros, de los cuales 2706 corresponden a usuarios menores de 29 años, 10160 registros corresponden a usuarios mayores de 60 años. Estos registros se evidencian tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. en total 47350 registros sin la calidad correspondiente, equivalen al 1% del total de actividades registradas, lo cual no es estadísticamente significativo.

Tabla 16

Descripción de la consulta según causa externa registrada por departamento periodo 2019-2023

Causa externa	Valle	Cauca	Quindío	Caldas	Risaralda	Total
Accidente de trabajo	1880	323	175	546	548	3472
Accidente de tránsito	1653	887	204	124	390	3258
Accidente rábico	223	196	96	222	89	826
Accidente ofídico	10	6	0	11	8	35
Otro tipo de accidente	2804	2992	1847	2345	1807	11795
Evento catastrófico	104	364	1635	588	322	3013
Lesión por agresión	197	126	24	54	83	484
Lesión auto infligida	73	46	26	9	44	198
Sospecha de maltrato físico	51	25	6	5	5	92
Sospecha de abuso sexual	255	20	43	27	38	383

Sospecha de violencia sexual	43	23	8	11	9	94
Sospecha de maltrato emocional	148	102	107	56	88	501
Enfermedad general	1644470	568104	358658	546058	440037	3557327
Enfermedad laboral	5468	1018	1841	1497	1712	11536
Otras causas no contempladas en esta tabla	234001	113300	115136	75341	59866	597644
Total	1891380	687532	479806	626894	505046	4190658

Nota. La Tabla 16 muestra la descripción de la consulta según causa externa registrada por departamento periodo 2019-2023.

En la Tabla 16 se reportan las actividades por tipo de consulta, por departamento durante el periodo evaluado 2019-2023. El Valle del Cauca es el departamento con más casos en casi todas las categorías, tanto en accidentes como en enfermedades generales y laborales, lo cual es congruente con la caracterización de la población, donde se describe que tiene el 38% del total de la población. El tipo de accidente de trabajo es muy significativo con respecto a los otros departamentos, por ser centro de referencia en la atención de estos pacientes.

Los otros tipos de causa externa son menores, pero generan gran importancia por estar relacionados con la actividad de salud pública, como son el tema de salud mental y violencia en sus diferentes contextos. En Cauca el comportamiento es proporcionalmente muy similar al Valle, de acuerdo con la población asignada. Se caracteriza por tener altos números en eventos catastróficos, lo que puede estar relacionado con su geografía y vulnerabilidad a desastres naturales. A nivel del eje cafetero, Caldas presenta el mayor número de eventos, seguido de Risaralda. La proporción en el tipo de causa externa es muy similar en todos los departamentos, pero menor que en Cauca y Valle.

Las consultas por enfermedad general dominan las estadísticas con más de 3.5 millones de consultas (3.557.327), representando alrededor del 85% del total de consultas. El Valle del

Cauca lidera con más de 1.6 millones de casos, seguido de Cauca, Caldas y Risaralda. Causas de accidentes y eventos externos: Las causas externas como accidentes de trabajo, tránsito, ofídicos y eventos catastróficos representan una menor proporción, pero tienen un impacto relevante en términos de salud pública.

Es de resaltar el tema de accidentes de trabajo, teniendo en cuenta que el operador es el responsable de este tipo de actividades, tanto a nivel de promoción como de mantenimiento de las condiciones de trabajo de los docentes. En resumen, los accidentes de trabajo suman 3.472 casos, lo que sugiere una necesidad de fortalecer la seguridad ocupacional de los docentes. En el tipo de consulta de accidente rábico se evidencia que los departamentos de Valle, Caldas y Cauca son los más afectados. Esto podría estar relacionado con la ruralidad de los afiliados en estas áreas donde el contacto con animales es más frecuente.

En el tipo de accidente ofídico (código 4) en total se reportan 35 casos, siendo Caldas y Valle del Cauca los más afectados. Aunque el número es pequeño, se trata de una causa que puede generar emergencias graves. En los casos de sospecha de abuso sexual (código 10) y violencia sexual (código 11), causan gran preocupación, con 383 casos de abuso sexual y 94 de violencia sexual. El Valle del Cauca tiene las cifras más altas (255 casos de abuso sexual y 43 de violencia sexual), lo que podría indicar la necesidad de medidas preventivas más intensivas.

En el tipo de lesión auto infligida (código 8) se registraron 198 casos en total, Valle del Cauca y Quindío son los más afectados. Este tipo de lesiones puede estar relacionado con problemas de salud mental que se vienen presentando en todo el territorio nacional y en especial en la población afiliada. En el tipo de otras causas no contempladas en la tabla (código 15) se evidencia un registro alto, el segundo después de enfermedad general, lo cual debe ser materia de

revisión en la calidad de los registros, porque no se encuentran categorizados y puede existir datos relacionados con los otros tipos de causa externa.

Hallazgos en la calidad de los registros

Al discriminar las consultas por causa externa, se evidencia registro de accidente de trabajo en menores de 18 años. Registro de accidentes de trabajo en población clasificada como beneficiarios, en total once registros. Registro de enfermedad laboral en población menor de 18 años y clasificada como beneficiarios, 21 casos. En el ítem 15, otras causas no contempladas en la tabla, el volumen es muy alto, estos registros deben ser más específicos para asignar una de las categorías. Es importante resaltar que, la cantidad de registros no es estadísticamente significativa.

Tabla 17

Descripción de RIPS por tipo de consulta periodo 2019-2023

Consulta primera vez	2019	2020	2021	2022	2023	total
Consulta de primera vez por medicina general	124642	121800	144550	127618	102977	621587
Consulta de primera vez por odontología general	13298	25849	28453	28343	26198	122141
Consulta de primera vez por otras especialidades medicas	48277	9153	10580	16646	8442	93098
Consulta de primera vez por medicina especializada	53194	14580	3507	156		71437
Consulta de primera vez por optometría	14264	6643	10109	11043	11588	53647
Consulta de primera vez por psicología	6745	6379	11600	11635	10715	47074
Consulta de primera vez por nutrición y dietética	7762	6140	9083	10160	12385	45530
Consulta de primera vez por especialista en medicina familiar	5899	8037	9747	7488	12816	43987
Consulta de primera vez por especialista en oftalmología	12549	6655	8014	9336	6904	43458
Consulta de primera vez por especialista en medicina interna	9236	7021	7409	7526	9967	41159
Consulta de primera vez por especialista en	9103	6196	8501	8846	8425	41071

ortopedia y traumatología						
Consulta de primera vez por especialista en ginecología y obstetricia	7690	4314	6366	5686	7327	31383
Consulta de primera vez por especialista en anestesiología	5818	3733	5512	5342	6171	26576
Consulta de primera vez por especialista en urología	4771	3523	4856	5483	6944	25577
Consulta de primera vez por especialista en dermatología	4618	3881	4320	5180	7085	25084
Consulta de primera vez por especialista en otorrinolaringología	5017	3694	4089	4180	6401	23381
Consulta de primera vez por especialista en medicina física y rehabilitación	3499	2034	3028	2665	4118	15344
Consulta de primera vez por fisioterapia	2344	1380	5001	2801	3770	15296
Consulta de primera vez por especialista en cirugía general	3317	2016	3063	3176	3677	15249

Nota. La Tabla 17 muestra la Descripción de RIPS por tipo de consulta periodo 2019-2023.

La Tabla 17 presenta el registro de las veinte primeras causas de consultas de primera vez en la población durante el periodo 2019-2023, desglosado por diferentes especialidades médicas. Se evidencia que medicina y odontología general son las áreas con mayor demanda, lo que resalta el direccionamiento de la Entidad en lo que se refiere a la atención primaria y el cuidado preventivo. En el tema de estos dos ítems, consulta de primera vez por otras especialidades médicas, consulta de primera vez por medicina especializada, se evidencia un alto número de registros, en total 164535 registros sin determinar a qué especialidades se refiere, no se registra el tipo de la especialidad, lo que sesga la revisión, porque no se puede tener en cuenta para el análisis de la nota técnica por cada especialidad. Esta cantidad corresponde al 3% del total de actividades realizadas durante el periodo.

La demanda por psicología y nutrición han ido aumentando progresivamente, como parte de la política de salud desde el nivel nacional en lo que se refiere a la salud mental y los estilos

de vida saludables. En psicología hubo un notable aumento en 2021, manteniéndose constante en los siguientes años, lo que refleja una creciente demanda de atención psicológica en la población. En el tema de nutrición similar a la tendencia de psicología, presentando un aumento constante, lo que indica una creciente conciencia sobre la importancia de la alimentación en la salud. Las especialidades como medicina interna, medicina familiar, oftalmología, urología, y ortopedia, también son áreas clave de atención, teniendo en cuenta que la población afiliada en su mayoría pertenece a los ciclos de adultez y vejez.

Tabla 18

Descripción de consultas de control

Consulta de control	2019	2020	2021	2022	2023	total
Consulta de control o de seguimiento por medicina general	296745	275176	345001	230234	264413	1411569
Consulta de control o de seguimiento por odontología general	72866	31074	34586	34079	37993	210598
Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina interna	13527	13595	12933	9350	8576	57981
Consulta de control o de seguimiento por especialista en oftalmología	13918	8909	10970	11678	7984	53459
Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina familiar	7665	8262	10331	10008	6471	42737
Consulta de control o de seguimiento por especialista en ginecología y obstetricia	7902	7344	9210	7193	6478	38127
Consulta de control o de seguimiento por especialista en ortopedia y traumatología	6880	6328	7688	5977	5547	32420
Consulta de control o de seguimiento por especialista en	6188	5410	7154	6143	4631	29526

psiquiatría

Consulta de control o de seguimiento por otras especialidades médicas	5975	6542	5244	5877	3378	27016
Consulta de control o de seguimiento por especialista en urología	4959	3442	4263	3449	3604	19717
Consulta de control o de seguimiento por especialista en neurología	4387	3289	4675	4155	2682	19188
Consulta de control o de seguimiento por especialista en otorrinolaringología	4176	3487	3972	3056	3387	18078
Consulta de control o de seguimiento por especialista en dermatología	3539	3864	4298	3175	2877	17753
Consulta de control o de seguimiento por especialista en pediatría	3955	2041	3378	2999	2353	14726
Consulta de control o de seguimiento por especialista en oncología	2958	1712	2086	1894	3435	12085

Nota. La Tabla 19 muestra la Descripción de consultas de control.

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto importante en las consultas de seguimiento, con una disminución significativa en varias especialidades en 2020 y 2021. A partir de 2022, se observa aumento progresivo en el número de las actividades, sin alcanzar los niveles previos a la pandemia en algunos casos. La mayor cantidad de consultas de seguimiento se concentra en Medicina General, con un total de 1,411,569 consultas en los últimos cinco años. Se observa un pico en 2021 con 345,001 consultas, y una disminución significativa en 2022, aunque con una leve recuperación en 2023.

Las consultas de seguimiento por Odontología General muestran una fluctuación más

leve, con un aumento gradual hacia 2023, alcanzando 37,993 consultas. Medicina Interna (57,981 consultas) y Oftalmología (53,459 consultas), presentaron una tendencia oscilante en estos cinco años. Las consultas en Psicología y Psicoterapia se mantienen estables, lo que sugiere una demanda constante de este servicio, posiblemente relacionada con el bienestar mental del personal docente. Las especialidades quirúrgicas como Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología no presentan variaciones abruptas, sugiriendo un acceso estable a estos servicios.

Algunas especialidades como Oncología y Optometría presentan variaciones significativas a lo largo del tiempo, especialmente en 2020, probablemente debido a la pandemia del COVID-19, que pudo haber afectado la frecuencia de visitas médicas regulares. La mayor parte de las consultas de seguimiento se realiza a través de Medicina General, Es crucial evaluar si los usuarios están accediendo a especialistas cuando es necesario o si las consultas de Medicina General incluyen problemas que podrían resolverse en una primera consulta o con seguimiento especializado.

Fonoaudiología, Neurología y Oncología que presentan un número relativamente bajo de consultas, podrían estar infrautilizadas o tener barreras de acceso que dificultan la atención adecuada. Las consultas en algunas especialidades (como Ginecología, Urología y Ortopedia) podrían incrementarse con una mejor distribución de recursos o políticas que faciliten el acceso para los usuarios. Asimismo, el análisis de las barreras que presentan las especialidades con menor volumen puede ayudar a mejorar su uso. Se debe evaluar si todas las consultas de seguimiento son necesarias o si existen oportunidades de implementar estrategias como telemedicina o seguimiento virtual para reducir la sobrecarga en los centros de atención y optimizar los recursos.

En resumen, estos registros no concordantes con la finalidad de la consulta ni la causa de enfermedad, se considera que deben ser detectados por el validador de RIPS, para efectos de garantizar la calidad del registro. Registro Individual de Prestación de Servicios AP

Procedimientos en los Registros Individuales de Prestación de Servicios, RIPS AP, de procedimientos, dentro de la estructura no registran la edad, el sexo, la procedencia, para establecer estos datos se cruzó de la siguiente manera: con el Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS US, para establecer los datos de sexo, edad, y así registrar los grupos etarios. También se establece la procedencia con el fin de distribuir por departamento las actividades.

Con la clasificación de los Códigos únicos de Procedimientos en Salud, según Resolución 3495 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 537 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1638 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social, para discriminar por servicios de la siguiente manera: laboratorio, imagenología, procedimientos quirúrgicos y procedimientos no quirúrgicos.

Tabla 19

Registro de actividades por departamento durante el periodo 2019-2023

Cantidad de actividades departamento periodo 2019-2023					
Departamento	2019	2020	2021	2022	2023
Cauca	263570	176947	282552	248726	130458
Valle	711344	586633	651219	638232	267709
Caldas	339340	261392	402327	409520	220559
Quindío	240920	157615	252122	284881	165383
Risaralda	277053	195744	284272	351999	217753
Total	1832227	1378331	1872492	1933358	1001862

Nota. La Tabla 19 muestra Registro de actividades por departamento durante el periodo 2019-2023.

Se observa una disminución general en todos los departamentos, en las actividades durante 2020, probablemente debido a las restricciones y el impacto de la pandemia de COVID-19. A partir de 2021, hay una tendencia de recuperación en todos los departamentos, con incrementos significativos en 2021 y 2022 que son más altos que en el 2019. Lo cual es probable por las actividades que no se pudieron hacer durante el periodo de pandemia del covid-19 por las restricciones y que se tuvieron que realizar para actualizar la programación de los procedimientos. En cuanto a la distribución por departamento, el Valle y Caldas presentan los mayores volúmenes de actividades, mientras que departamentos como Cauca y Quindío muestran volúmenes menores.

Tabla 20*Distribución por año por finalidad y por ámbito de atención periodo 2019-2023*

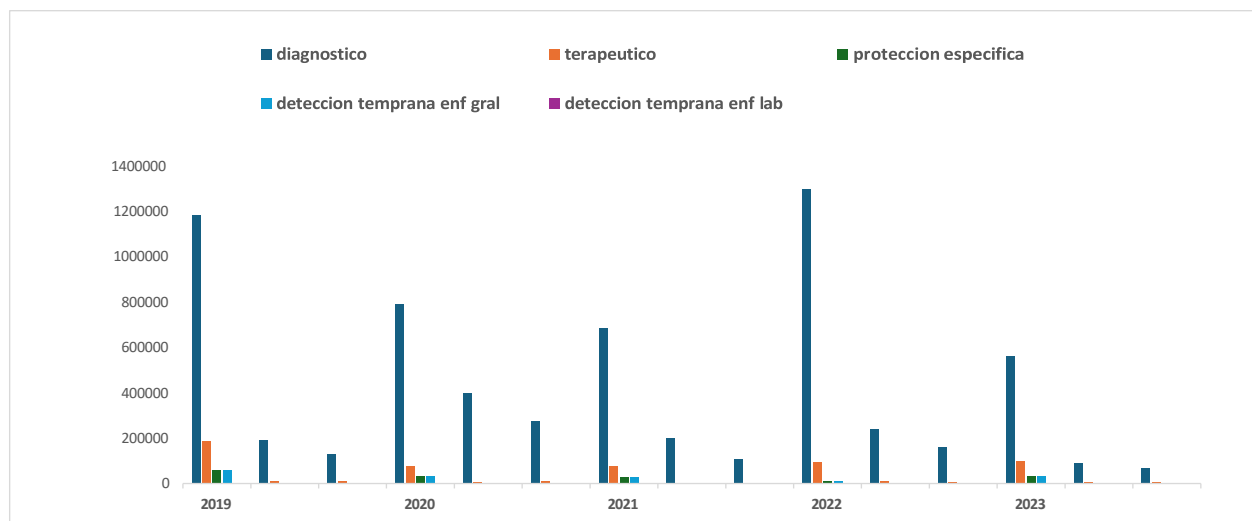
Finalidad	2019			2020			2021			2022			2023		
	Amb	Hosp	Urg	Amb	Hosp	Urg	Amb	Hosp	Urg	Amb	Hosp	Urg	Amb	Hosp	Urg
Diagnóstico	1185222	191780	130468	788836	398196	274751	686035	200393	106831	1297338	240232	159616	561613	91274	69596
Terapéutico	188311	13258	13319	75738	7334	9739	78786	3098	2398	96055	12422	8287	97050	6089	5350
Protección específica	326344	1682	2442	109192	2292	458	27252	1270	433	107074	313	467	135117	297	174
Detección temprana de enfermedad general	59172	1195	956	33112	1132	737	28144	1423	264	9620	1410	298	32986	218	196
Detección temprana de enfermedad laboral	169	20	1	45	2	0	75	12	0	223	3	0	70	12	0

Nota. La Tabla 20 muestra la distribución por año por finalidad y por ámbito de atención periodo 2019-2023.

En la Tabla 20 se registran los procedimientos por finalidad y por ámbito. Se puede observar lo siguiente: los mayores registros se encuentran en el ámbito ambulatorio para todas las finalidades, seguido del ámbito hospitalario, lo que sugiere un mayor ordenamiento a nivel de la consulta externa, esto relacionado con el hecho de que el volumen de consulta externa es mucho mayor que en hospitalización y urgencias. Dentro de lo registrado se evidencia una caída significativa en 2020 y 2021 influenciado por el periodo de pandemia del covid-19 donde las actividades ambulatorias se redujeron al máximo para protección y control del contagio.

Figura 5

Procedimientos por finalidad periodo 2019-2023



Nota. La Figura 5 muestra los procedimientos por finalidad periodo 2019-2023

Como se observa en la Figura 5, se tienen los procedimientos por tipo de finalidad, donde se destaca la finalidad diagnóstica en el primer lugar en los tres ámbitos, como parte de los objetivos de las actividades de consulta el cual consiste en investigar y diagnosticar las enfermedades por las cuales consultan los usuarios. Luego le siguen las actividades de finalidad

terapéutica más pronunciadas en el ámbito hospitalario, donde se realizan la mayoría de los tratamientos terapéuticos.

La finalidad de protección específica, actividad de atención primaria en salud, presentó el mayor volumen de actividades en el 2019, pero fue decayendo año tras año, siendo más significativo en el 2021 por efectos de las restricciones del covid-19 y el temor de los usuarios en la participación en dichas actividades. Comparando el registro por ámbito, la protección específica es mayor a nivel ambulatorio porque dichas actividades corresponden más al nivel de atención primaria y de promoción y prevención.

En el registro de actividades de detección temprana de enfermedad general, se evidencia una disminución progresiva en el periodo, en los tres ámbitos de atención. Estos no son coherentes con los volúmenes reportados en la finalidad de atención específica y finalidad por diagnóstico.

Tabla 21

Procedimientos por ámbito de servicio en el periodo 2019-2023

Año	Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias
2019	1759218	207935	147186
2020	1006923	408956	285685
2021	820292	206196	109926
2022	1510310	254380	168668
2023	826836	97890	75316

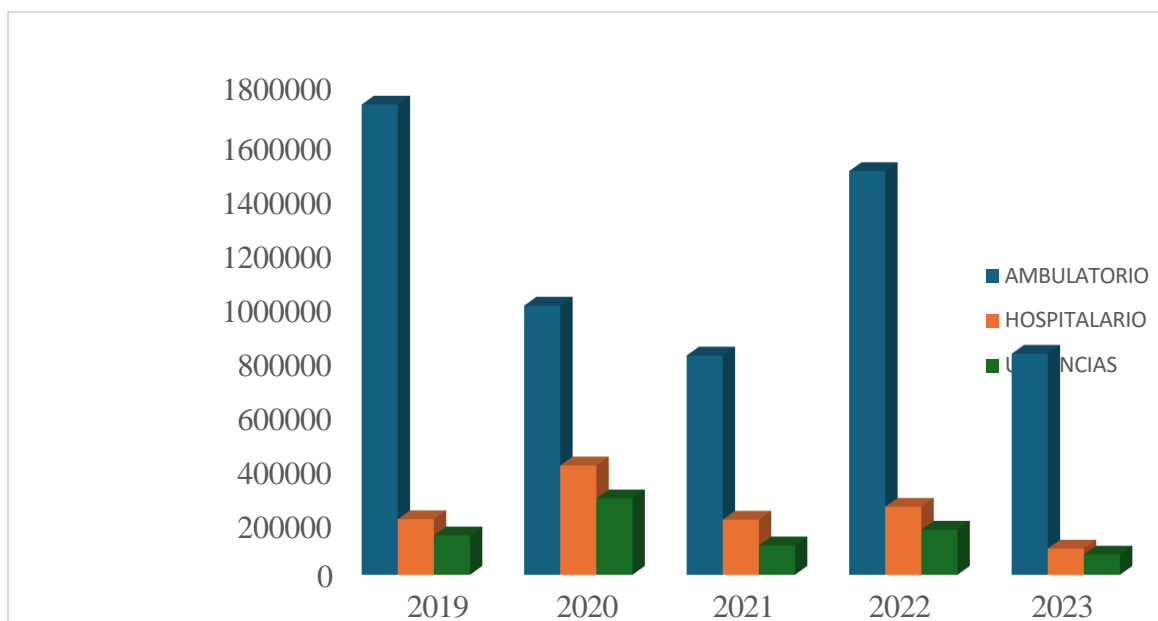
Nota. En La Tabla 21 se muestra los Procedimientos por ámbito de servicio en el periodo 2019-2023.

El ámbito ambulatorio tuvo su mayor volumen en el 2019, decayó en 2020 y 2021 por efecto de las restricciones de la pandemia por el covid-19. para el 2022 aumentó notablemente

sin sobrepasar el año 2019. Para el ámbito hospitalario, se presentó un aumento durante el 2020 probablemente por efecto del aumento de las hospitalizaciones por el covid-19. En los otros años el valor es muy similar, con tendencia a la baja en el último año. El ámbito de urgencias tuvo un comportamiento similar al hospitalario, en los años 2020 y 2021, con aumento en el 2022, por suspensión de las restricciones de consulta por urgencias.

Figura 6

Procedimientos por ámbito de servicio periodo 2019-2023



Nota. La Figura 6 muestra los procedimientos por ámbito de servicio periodo 2019-2023

En la Figura 6 se observa, como el ámbito ambulatorio es el de mayor número de actividades durante el periodo, así mismo, es el más fluctuante durante el periodo; tuvo un descenso significativo durante el año 2020 y parte del 2021 por efectos de la pandemia del covid-19 por las restricciones para las actividades ambulatorias. A nivel hospitalario, la tendencia permaneció homogénea muy similar al ámbito de urgencias. Estos resultados son congruentes

con el volumen de consultas que se presentan en el ámbito ambulatorio y que generan órdenes para estos procedimientos.

Tabla 22*Registro de procedimientos por ámbito de atención y servicio prestado periodo 2019-2023*

Finalidad	2019			2020			2021			2022			2023		
	Amb	Hosp	Urge	Amb	Hosp	Urge	Amb	Hosp	Urge	Amb	Hosp	Urge	Amb	Hosp	Urge
Imagenología	107705	8775	14842	72539	15916	31068	58756	7911	12861	127080	9737	19273	60107	6313	8839
Laboratorio	824158	127199	97227	596637	289266	227816	431441	144570	89471	786763	175168	127927	473909	64486	54963
Procedimientos no quirúrgicos	553414	59630	27718	333225	98037	25993	329414	51949	7453	588088	62359	19396	287932	24791	10582
Procedimientos quirúrgicos	4134	5831	1545	4522	5737	808	681	1766	141	8379	7116	2072	4888	2300	932

Nota. La Tabla 22 muestra el registro de procedimientos por ámbito de atención y servicio prestado periodo 2019-2023

En la Tabla 22 se registran las actividades por ámbito de atención y por modalidad de servicio. Durante el periodo revisado se observa que el orden de los servicios se mantuvo todo el tiempo, primero laboratorios, luego procedimientos no quirúrgicos, seguido de imagenología y finalmente procedimientos quirúrgicos. El servicio de laboratorio a nivel ambulatorio tiene su mayor volumen en el 2019, luego recae en el 2020 y 2021 probablemente por efecto de las restricciones de la pandemia por el covid-19.

A nivel hospitalario, presenta un aumento durante el 2020, 2021 probablemente por efectos de la atención hospitalaria durante el periodo de la pandemia por el covid-19. Para el 2022 continua alto, debido al aumento en la prestación de los servicios por el levantamiento de la restricción por efecto de la pandemia del covid-19.

Tabla 23

Registro de laboratorios por frecuencia en el periodo 2019 -2023

Exámenes de laboratorio	2019	2020	2021	2022	2023
Creatinina en suero u otros fluidos	88691	67398	91575	107250	91411
Hemograma iv (hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos índices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) automatizado	91785	66416	88368	103433	86987
Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	82410	51771	64852	79773	68000
Triglicéridos	65665	43730	59016	75444	65109
Glucosa semiautomatizada [glucometría]	29835	55498	74429	87839	58598
Colesterol total	55645	44534	60181	76026	65843
Colesterol de alta densidad	59829	41814	58001	73806	63502
Colesterol de baja densidad [ldl] automatizado	33065	26890	41574	58672	28544

Uroanálisis	52410	24815	31549	40947	29440
Hormona estimulante del tiroides	42089	21039	27576	23948	14751
Potasio en suero u otros fluidos	18109	14096	20648	22974	30091
Nitrógeno ureico	18365	16662	21087	22132	21199
Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria +	51744	20000	26217		
Hemoglobina glicosilada automatizada	14014	7384	11867	17925	27572
Sodio en suero u otros fluidos	10374	10389	16296	16866	19964
Tiempo de protrombina [tp]	11438	8538	11445	13042	19057
Tiempo de tromboplastina parcial [tpp]	11705	8341	11251	12931	18368
Proteína c reactiva alta precisión automatizado	12259	9904	11223	12496	12636
Hormona estimulante del tiroides ultrasensible	4404	3881	7492	17832	20856
Transaminasa glutámico-pirúvica [alanino amino transferasa]	8239	6891	9774	12182	14020
Transaminasa glutámico oxalacética [aparato amino transferasa]	7231	6363	9199	11615	13815

Nota. La tabla 23 muestra el registro de laboratorios por frecuencia en el periodo 2019 -2023

En el servicio de laboratorio, el impacto de la pandemia fue significativo en 2020, con una caída en la mayoría de los exámenes. A partir de 2021, se observa una fuerte recuperación en muchas pruebas, alcanzando picos históricos en 2022-2023. La demanda post pandemia se ha centrado en el monitoreo de enfermedades crónicas y metabólicas.

Exámenes de evaluación de la función renal

Incluye los exámenes de creatinina, nitrógeno ureico y potasio en suero u otros fluidos. La creatinina es un marcador clave de la función renal. En 2020 se observa una fuerte disminución (67,398), lo que es consistente con la reducción en la realización de exámenes debido a la

pandemia. En 2022 alcanza su máximo (107,250) y disminuye nuevamente en 2023 (91,411). Este patrón refleja una normalización tras la pandemia, con una posible estabilización de la demanda.

El nitrógeno ureico muestra una tendencia más estable, con un aumento constante en 2020- 2022, seguido de una ligera disminución en 2023. El incremento podría estar relacionado con un mayor enfoque en el monitoreo de la salud renal, especialmente durante la pandemia, cuando hubo reportes de daño renal asociado al COVID-19.

El potasio presenta un aumento progresivo, especialmente en 2023 (30,091). El potasio es esencial en la evaluación de pacientes con enfermedades cardíacas o renales, lo que podría estar relacionado con un aumento en las patologías metabólicas y cardiovasculares durante y después de la pandemia.

Perfiles Lipídicos y Glucémicos

Incluye exámenes de triglicéridos, colesterol total, colesterol de alta y baja densidad (LDL y HDL) y glucosa en suero, hemoglobina glicosilada. Los triglicéridos muestran una disminución significativa en 2020 (43,730) y luego un aumento progresivo a partir del 2022 (75,444). El descenso inicial se debe probablemente a la pandemia y las restricciones establecidas. El incremento podría estar asociado a un aumento en el diagnóstico de enfermedades metabólicas, a la suspensión de las restricciones en la post pandemia.

Colesterol total, HDL y LDL siguen un patrón similar, con un declive en 2020 y recuperación a partir de 2021. El colesterol LDL muestra un pico en 2022 (77,850), lo que podría indicar un mayor enfoque en la prevención de enfermedades cardiovasculares, seguidas

por una caída en 2023. Esto sugiere una demanda fluctuante relacionada con el manejo del riesgo cardiovascular. La glucosa en suero y la glucometría muestran un aumento continuo en los últimos años. Este incremento está probablemente vinculado con un aumento en los diagnósticos y monitoreo de la diabetes.

La hemoglobina glicosilada automatizada presenta un incremento significativo a partir de 2021, alcanzando su máximo en 2023 (27,572). Este examen es esencial en el control de la diabetes, lo que refleja un mayor enfoque en el manejo de esta enfermedad.

La creciente demanda de pruebas relacionadas con el colesterol, glucosa, triglicéridos y hemoglobina glicosilada indica un aumento en el enfoque hacia las enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Evaluación Hematológica

El hemograma completo es uno de los exámenes básicos para la evaluación general de la salud, y se observa una reducción en 2020 (66,416), con una fuerte recuperación en 2022 (103,433). Esto sugiere que, tras la pandemia, la realización de chequeos generales se incrementó, probablemente debido a la atención a secuelas del COVID-19. Se define como procedimiento no quirúrgico, aquellos que no requirieron sala de cirugía, ni procedimiento de anestesia general y/o regional. El servicio de procedimiento no quirúrgico tiene el mayor volumen en el 2019, disminuyendo en el 2020 y el 2021 por efectos de las restricciones de la pandemia por el covid-19. Para el 2022 aumenta nuevamente de manera significativa por la suspensión de las restricciones para realizar este tipo de actividad.

El servicio de imagenología agrupa todas las ayudas diagnósticas de esta modalidad,

(radiografía simple, radiografía con medio de contraste, ecografías, tomografía computarizada simple y con contraste, resonancia magnética nuclear simple y con contraste, gammagrafías). El comportamiento de este servicio a nivel ambulatorio tuvo su mayor volumen en el 2019 y disminuyó en el 2020, 2021 por efectos de las restricciones por la pandemia del covid-19.

Aumenta significativamente durante el 2022, probablemente por la suspensión de las restricciones y la acumulación de actividades durante 2020 y 2021 a causa de la pandemia. Este servicio a nivel hospitalario tuvo un aumento con respecto a los otros años, durante el periodo de pandemia de covid-19 2020 y 2021 y se estabilizó durante el 2023. A nivel de urgencias, el volumen que se registra es menor comparado con los otros ámbitos de atención. En general, se observa disminución progresiva durante el periodo revisado.

Tabla 24

Actividades de imagenología, radiología por año y por frecuencia periodo 2019- 2023

Imagenología	2019	2020	2021	2022	2023
Radiografía de tórax (P.A. O A.P. y lateral, decúbito lateral, oblicuas o lateral)	15363	11529	16189	18276	14538
Radiografía de rodilla (AP, lateral)	4931	3280	5235	8088	6495
Radiografía de columna lumbosacra	4044	2229	3964	5295	3875
Radiografía de pie (AP, lateral y oblicua)	3713	1989	2703	3933	3494
Radiografía de cadera o articulación coxo-femoral (AP, lateral)	2058	1653	2584	3504	3009
Radiografías intraorales periapicales molares	2189	1001	2617	3236	1565
Radiografía de cadera comparativa	1752	1139	2135	3114	2141
Radiografía de hombro	1955	1324	2090	2716	2011
Radiografía de mano	1844	1040	1615	2224	2403
Radiografía panorámica de maxilares, superior e inferior [ortopantomografía]	1187	464	1066	2230	2648
Radiografía de tobillo (ap, lateral y rotación interna)	1512	679	1024	1570	1599

Radiografía de rodillas comparativas posición vertical (únicamente vista anteroposterior)	1250	501	1049	1598	1439
Radiografías intraorales periapicales premolares	1163	494	1398	1649	770
Radiografías intraorales periapicales dientes anteriores superiores	986	341	1148	1690	1039
Radiografía de senos paranasales	1181	481	713	1232	1152
Radiografía de dedos en mano +	1305	1176	1742		
Radiografía de puño o muñeca	848	468	661	907	856
Radiografía de columna cervical	793	357	688	903	889
Radiografía de columna dorsolumbar	529	308	566	817	803
Radiografía de columna cervical	635	374	652	759	455
Radiografía de abdomen simple	438	303	561	638	775

Nota. La Tabla 24 muestra las actividades de imagenología, radiología por año y por frecuencia periodo 2019- 2023.

En la Tabla 24 se registran los principales estudios radiológicos en el periodo analizado, la mayoría de los procedimientos mostraron picos significativos en 2022, posiblemente debido a la recuperación pos pandemia y la acumulación de procedimientos retrasados. Se observa que la radiografía de tórax triplica el volumen de los otros estudios radiológicos, esto puede estar influenciado por la época de la pandemia del covid-19 donde era pertinente el ordenamiento de este estudio. También se puede influenciar por la población de los programas de riesgo cardiometabólico, la cual es el 30% del total de la población, pacientes con EPOC y oxígeno requirente, los cuales dentro del seguimiento se les realiza este tipo de estudios.

En general, los estudios radiológicos se podrían agrupar en enfermedades osteomusculares, teniendo en cuenta que son radiografías para diagnóstico de enfermedades del sistema osteomuscular, como son las articulaciones, la columna en todos sus segmentos, cervical

dorsal y lumbosacro.

Tabla 25

Registro de principales tomografías por frecuencia y por año durante el periodo 2019-2023

Imagenología	2019	2020	2021	2022	2023
Tomografía computada de cráneo simple	4039	2766	3871	5609	4123
Tomografía computada de tórax	1746	2152	3660	3292	2409
Tomografía computada de abdomen y pelvis (abdomen total)	2127	1718	2375	2946	2382
Tomografía óptica de segmento posterior	1559	1033	1568	2256	1860
Radiografía panorámica de maxilares, superior e inferior [ortopantomografía]	1187	464	1066	2230	2648
Tomografía computada de vías urinarias [Urotac]	1027	758	1045	1487	1464
Tomografía computada de senos paranasales o cara	1122	695	1055	1466	1305
Tomografía computada de columna					
Segmentos cervical, torácico, lumbar o sacro, por cada nivel (tres espacios)	809	524	899	1240	972
Tomografía computada en reconstrucción tridimensional	384	326	505	624	417
Tomografía óptica de segmento anterior	142	37	93	784	557
Tomografía computada de miembros inferiores y articulaciones	260	144	206	395	318
tomografía computada de columna					
Segmentos cervical, torácico, lumbar o sacro, complemento a mielografía (cada segmento)	198	160	218	369	283
Tomografía computada de vasos	166	137	221	263	318
Tomografía computada de miembros superiores y articulaciones	200	129	214	250	240
Tomografía computada de cuello	150	106	147	200	217
Tomografía computada de miembros inferiores (axiales de rótula o longitud de miembros inferiores)	152	95	152	184	132
Tomografía computada de oído, peñasco y conducto auditivo interno	86	48	89	175	191
Tomografía computada de cráneo con contraste	146	62	109	142	92

Nota. La Tabla 25 muestra el Registro de principales tomografías por frecuencia y por año durante el periodo 2019-2023.

En la tabla 25 se reportan las principales tomografías registradas durante el periodo

evaluado. La mayoría de los procedimientos mostraron picos significativos en 2022, posiblemente debido a la recuperación post pandemia y la acumulación de procedimientos retrasados. Participación de las tomografías de tórax, como parte del estudio de la enfermedad del COVID - 19 durante 2020 y 2021. En el 2022 continua alto probablemente por la acumulación de estudios por efectos de la restricción por la pandemia y que suspendida en el 2022

Se observa participación de las tomografías oculares como son las de los segmentos anterior y posterior, relacionados con patologías oculares propias del ciclo de adultez y vejez, donde se encuentra el 60% de la población afiliada. Tomografías relacionadas con el diagnóstico de enfermedades osteomusculares, como parte del seguimiento al alto volumen de radiografías del sistema osteomuscular.

Tabla 26

Registro de las principales resonancias magnéticas en el periodo 2019-2023

Imagenología	2019	2020	2021	2022	2023
Resonancia magnética de cerebro	1230	1032	1643	2352	1820
Resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior (específico)	1396	779	1318	1873	1594
Resonancia magnética de columna lumbosacra simple	1164	731	1437	1990	1431
Resonancia magnética de articulaciones de miembro superior (específico)	843	495	812	1085	788
Resonancia magnética de pelvis	389	355	544	841	704
Resonancia magnética de columna cervical simple	401	220	464	566	418
Resonancia magnética de abdomen	256	230	326	436	436
colangiografía por resonancia nuclear magnética	181	170	201	245	253
Resonancia magnética de columna torácica simple	168	90	200	245	209
Resonancia magnética de base de cráneo o silla turca	144	114	194	219	141
Resonancia magnética con angiografía	132	43	155	152	123
Resonancia magnética de miembro inferior sin incluir articulaciones	72	25	72	119	195
Resonancia magnética de columna lumbar con contraste	37	15	81	105	100
Resonancia magnética de articulación temporomandibular.	35	28	38	60	77
Resonancia magnética de columna cervical con contraste	20	10	42	76	71

Resonancia magnética de miembro superior sin incluir articulaciones	26	26	25	61	44
Resonancia magnética de cuello	26	33	42	44	28

Nota. La Tabla 26 muestra el registro de las principales resonancias magnéticas en el periodo

2019-2023

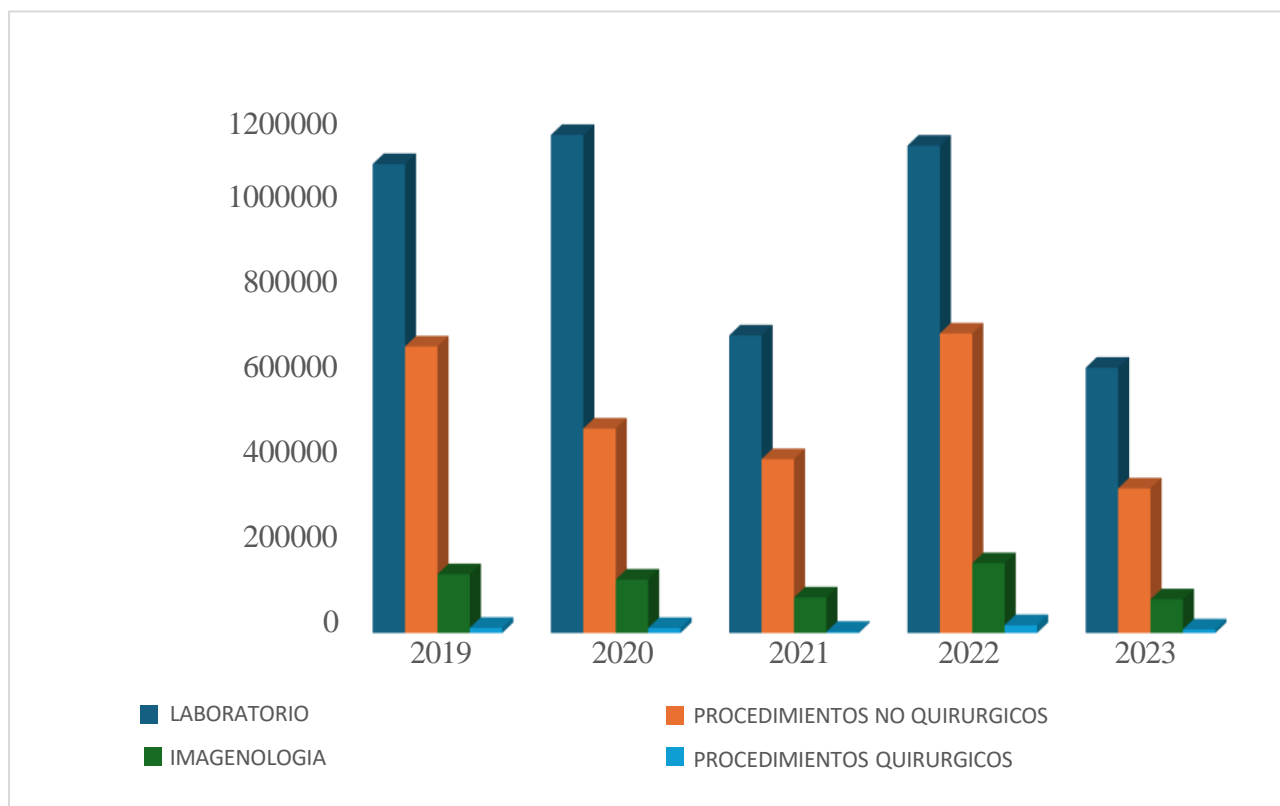
La mayoría de los procedimientos de resonancia magnética muestran un crecimiento a lo largo del periodo, con picos notables en 2022 y una estabilización durante el 2023; posiblemente debido a la recuperación pos pandemia y la acumulación de procedimientos retrasados. Se presenta disminución en algunos procedimientos durante 2020 y 2021 que puede estar relacionada con las restricciones y menor demanda de servicios debido a la pandemia de Covid-19.

Al agrupar el tipo de resonancia, la mayoría corresponden a estudios de enfermedades del sistema osteomuscular, las cuales son muy frecuentes en la población afiliada. Después del sistema osteomuscular le siguen en agrupación las resonancias a nivel cerebral, para efectos de diagnóstico de patologías cerebrales.

Los procedimientos quirúrgicos en el ámbito ambulatorio y hospitalario se mantienen durante 2019 y 2020 en cifras similares, en el 2021 disminuye de manera importante, pero en el 2022 se duplican las cifras de procedimientos, probablemente por la suspensión de las restricciones y la acumulación de procedimientos que se produjeron durante el periodo de pandemia. El ámbito de urgencias.

Figura 7

Registro de procedimientos por ámbito de atención y servicio periodo 2019-2023



Nota. La Figura 7 muestra los registros de procedimientos por ámbito de atención y servicio periodo 2019-2023.

En Resumen 2022 y 2023 muestran un notable aumento en todos los tipos de servicios y ámbitos de atención, reflejando una recuperación y aumento en la prestación de servicios probablemente asociados a la suspensión de las restricciones de la pandemia y al direccionamiento de ponerse al día con las actividades represadas.

Hallazgos de Calidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS

Tabla 27

Registros clínicos sin reporte de diagnóstico principal periodo 2019-2023

		Registros clínicos de procedimientos sin diagnóstico principal									
Ámbito	Servicio	2019	% Ámbito sin dx	2020	% Ámbito sin dx	2021	% Ámbito sin dx	2022	% Ámbito sin dx	2023	% Ámbito sin dx
	Imagenología	78691	73%	66472	92%	45284	77%	107035	84%	29548	49%
	Laboratorio	669183	81%	557926	94%	359925	83%	726905	92%	264576	56%
Ambu	Procedimiento no quirúrgico	236631	43%	265865	80%	211821	64%	464528	79%	131883	46%
	Procedimiento quirúrgico	1182	29%	3999	88%	70	10%	2945	35%	1445	30%
	Imagenología	7075	81%	15168	95%	6717	85%	8518	87%	3737	59%
	Laboratorio	104226	82%	275288	95%	128345	89%	164248	94%	38728	60%
Hospit	Procedimiento no quirúrgico	31362	53%	77337	79%	37981	73%	45278	73%	15172	61%
	Procedimiento quirúrgico	559	10%	4245	74%	110	6%	844	12%	1117	49%
	Imagenología	11967	81%	29991	97%	11588	90%	18780	97%	6109	69%
	Laboratorio	75942	78%	216944	95%	80682	90%	125586	98%	35261	64%
Urgen	Procedimiento no quirúrgico	21309	77%	23053	89%	6115	82%	17124	88%	4841	46%
	Procedimiento quirúrgico	888	57%	718	89%	3	2%	735	35%	306	33%

Nota. La Tabla 27 muestra los registros clínicos sin reporte de diagnóstico principal periodo 2019-2023.

Al revisar la totalidad de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS AP) se evidencia que existen registros clínicos sin reporte de diagnóstico principal. A nivel de los procedimientos quirúrgicos, es obligatorio registrar el diagnóstico principal, sin embargo, no se evidencia el registro en varios procedimientos. Esta observación es a nivel de los tres ámbitos, (ambulatorio, hospitalario y de urgencias) se encuentran procedimientos sin este registro en una proporción importante, principalmente durante el 2020 que se reportan porcentajes entre el 74% y el 89%. Para el 2023 el porcentaje disminuyó en forma ostensible, pero sigue siendo un porcentaje significativo.

El servicio de laboratorio es el que presenta mayor cantidad de registros sin diagnóstico principal, en los tres ámbitos de servicio, con una tendencia similar entre 2019 y 2022, solo en el 2023 el porcentaje disminuyó significativamente. Sin embargo, el promedio persiste alto en 81%. El segundo servicio en volumen alto de registros sin diagnóstico principal es el de procedimientos no quirúrgicos, se evidencia un porcentaje fluctuante entre 73 y 92%, durante el periodo evaluado, siendo más marcado en el ámbito de urgencias, con un promedio final del 75% de registros sin diagnóstico principal.

A nivel de imagenología, la cantidad de actividades es menor, pero el porcentaje de no registro de diagnóstico principal es alto, con una fluctuación entre el 73% y el 88%, con un promedio de 83%. Hoy en día, la normatividad no obliga el registro del diagnóstico principal en todas las actividades, solo a nivel de los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, este registro permite realizar un seguimiento adecuado y personalizado de cada paciente, permite evaluar la efectividad de los tratamientos y procedimientos, proporciona información relevante para tomar decisiones clínicas y administrativas facilitando la asignación de recursos médicos y

financieros, facilita la modalidad de contratación por diagnósticos relacionados según el ámbito de servicio.

Tabla 28

Descripción de inconsistencias en los RIPS AP periodo 2019- 2023

	Descripción del CUPS	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	Estudio de coloración básica en citología vaginal tumoral o funcional	2078	11	2	0	2
	Toma no quirúrgica de muestra o tejido vaginal para estudio citológico			2	0	1
	Mamografía bilateral	26	26	8	5	10
Mujeres	Antígeno específico de próstata semiautomatizado o automatizado	41	83	29	8	3
	Antígeno específico de próstata fracción libre semiautomatizado o automatizado	197	32	68	84	11
	Mamografías en mujeres menores de 40 años	29	36	16	51	55
Mujeres	Mamografías en mujeres mayores de 80 años	10	25	26	38	36

Hombres	Antígeno específico de próstata semiautomatizado o automatizado	8	6	9	4	3
Menores de 30 años	Antígeno específico de próstata fracción libre semiautomatizado o automatizado	10	10	6	1	0

Nota. En la Tabla 28 se muestra la *descripción de inconsistencias en los RIPS AP periodo 2019-2023*.

En la Tabla 28 se observan inconsistencias en los registros de procedimientos tanto en hombres como en mujeres, indicando posibles errores de registro o de recopilación de datos. Estos datos no son estadísticamente significativos. La variabilidad requiere la necesidad de mejorar la estandarización y precisión en la recolección de datos. Se deben generar procesos de capacitación continua al personal encargado del registro de datos para asegurar precisión y consistencia. También requiere la implementación de auditorías periódicas y permanentes para identificar y corregir inconsistencias de manera oportuna.

Establecer un sistema de monitoreo, un validador que permita detectar y abordar fluctuaciones inusuales en los datos. Estas medidas ayudarán a mejorar la calidad y precisión de los registros de procedimientos, proporcionando una base más sólida para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS AM medicamentos

En los Registros Individuales de Prestación de Servicios relacionados con los medicamentos, dentro de la estructura no registran la edad, el sexo, la procedencia, el ámbito

donde se aplica el medicamento. para poder establecer estos datos se cruzó de la siguiente manera: con el RIPS US para determinar los datos del usuario en cuanto a sexo, edad, procedencia.

Por otro lado, con el RIPS de hospitalización para determinar que usuarios recibieron medicamentos y que tipo de medicamentos recibieron durante su hospitalización. Se anexa el cuadro registrado en el libro Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB. De la Oficina de Tecnología de la Información y la comunicación OTIC, del año 2019, página 41, donde se registra la información que debe presentar el proveedor de medicamentos y la forma como lo debe presentar.

Tabla 29

Estructura registro de medicamentos en el Registro Individual de Prestaciones en Salud

Dato	Valores permitidos	Como registrar	Software malla de validación
Número de la factura	Un único valor.	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales.	Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones. que cumpla las reglas de registro de la factura: un sólo número para contratos de capitación.
Código del prestador de servicios de salud	Valor único: código del prestador. (12 posiciones incluyen sedes).	Igual regla que para consulta.	Igual validación que en el archivo de transacción.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.

Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de autorización	Un valor único: código alfanumérico.	Sólo se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar la administración del medicamento y el pagador le ha asignado un número de autorización para controlar la administración de medicamentos. En blanco cuando el medicamento no requiera autorización	Se debe diligenciar cuando el pagador le ha asignado un número de autorización.
Código del medicamento	Un valor único: código alfanumérico.	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes. La codificación vigente para los medicamentos es el Código Único de Medicamentos – CUM, definido por la Resolución 255 de 2007. Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados. Identificador para determinar la condición del medicamento en el Plan de Beneficios en Salud – PBS. Medicamento PBS, cuando es un medicamento cubierto por el Plan de Beneficios en Salud a cargo de la unidad de pago por capitación.	
Tipo de medicamento	1= Medicamento Plan de Beneficios en Salud 2= Medicamento no Plan de Beneficios en Salud	Medicamento no Plan de Beneficios en Salud, cuando es un medicamento no cubierto por el Plan de Beneficios en Salud a cargo de la unidad de pago por capitación.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.

Nombre genérico del medicamento	Descripción textual del medicamento en nombre genérico (denominación común internacional).	Debe diligenciarse para todos los medicamentos administrados al paciente.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento tenga código o no.
Forma farmacéutica	Descripción textual de la forma farmacéutica del medicamento, según el código Único de Medicamento.	Debe leerse “Diligenciable para cualquier tipo de medicamento”, según la normatividad vigente.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre.
Concentración del medicamento	Descripción textual de la concentración del medicamento, expresada según el código Único de Medicamento.	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre.
Unidad de medida del medicamento	Descripción textual de la Unidad de Medida del medicamento, según el código Único de Medicamento.	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre.
Número de unidades	Número de unidades administradas o aplicadas del medicamento	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados. Debe corresponder al número total de dosis o unidades aplicadas o administradas del medicamento.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre.
Valor unitario de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Si se diligencia el número de unidades de medicamento, se valida que este diligenciado el valor unitario del medicamento.

Valor total de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Se valida que la multiplicación de “Número de Unidades” por el “Valor Unitario” sea igual al “Valor Total de Medicamento”.
----------------------------	---	---	--

Nota. La Tabla 29 muestra la Estructura registro de medicamentos en el Registro Individual de Prestaciones en Salud. Fuente: lineamientos técnicos para el registro y envío de los datos del registro.

Individual de Prestaciones de Salud

Al revisar el Registro Individual de Prestaciones en Salud en lo referente a medicamentos, (RIPS AM) se observa que no se cumple con lo solicitado en la Resolución. Si bien es cierto, registran el código único de medicamentos, también se registran por el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, lo cual dificulta para comprobar a qué medicamento genérico corresponde. Los demás datos presentan varias inconsistencias, en la casilla del nombre genérico, se registra el nombre incompleto, se registra el nombre comercial, en varias ocasiones también incompleto.

En la casilla de forma farmacéutica, no se registra de acuerdo con la Resolución 2038 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se registra en la página 3, el tipo de formas farmacéuticas, lo registrado en esta casilla no es consistente con la normatividad. Adicionalmente lo reportado no tiene uniformidad, algunas palabras incompletas, mezclan palabras.

Al comparar el nombre genérico con la forma farmacéutica, se observan inconsistencias, soluciones como el Hartman, la solución salina en la cual su presentación siempre es líquida, y es

reportada en la casilla de forma farmacéutica como tableta, ampolla inyectable. Se presentan múltiples inconsistencias, pero muy puntuales cada una por lo que se hace muy dispendioso la descripción de todas las inconsistencias. En la siguiente tabla se observan algunos de estos hallazgos.

Tabla 30

Inconsistencia de calidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de medicamentos

Nombre genérico del medicamento	Forma farmacéutica	Cantidad	Inconsistencia
CS pisa	Tableta	1	Solo viene en solución inyectable
Fluorouracilo	Crema	3	No viene en esta presentación
Hartman ref. a	Tableta	31	No viene en esta presentación
Hartman 000 ref.	Tableta	6	No viene en esta presentación
Hartman bolsa ref. Ar	Tableta	3	No viene en esta presentación
Hartman bolsa ref. Ir	Tableta	5	No viene en esta presentación
salina al9% x 00	Tableta	3	No viene en esta presentación
salina balanceada	Tableta	2	No viene en esta presentación
salina normal 0.9% x	Tableta	13	No viene en esta presentación
salina normal al 09	Tableta	9	No viene en esta presentación
	Trema	19	No viene en esta presentación
5fluorouracilo	Ungüento	18	
	Gel o jalea	3	
Abalpin	Tableta	23	
Acacetil salicilico 100 mg Ta	Unidad	12	Describen la unidad de medida pero no la presentación describen la unidad de medida, pero no la presentación. No describen el nombre en su totalidad
Aceta medroxiprogesterona 150mg	Unidad	1	no describen el nombre en su totalidad
Acetami JBE 150mg5ml	Jarabe	8	

Nota. La Tabla 31 muestra las inconsistencias de calidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de medicamentos.

En la casilla de concentración del medicamento, colocan de diferente forma, algunos en

porcentaje, otros registros en números enteros, pero no describen la medida de la concentración, si es en miligramos, en gramos, colocan datos en texto, cuando debe ir en números. Estas inconsistencias no permiten una tabulación adecuada y la unificación de la información.

En la casilla unidad de medida, se observa que registran la concentración del medicamento, la presentación del medicamento, el embalaje, es decir, registran en la caja, en blíster, en cartuchos, por ejemplo, para describir ampolla, unas veces amp, ampo, ampolla, la información no es uniforme y no cumple con la normatividad. Para efectos de establecer la participación de medicamentos en el costo de las actividades, se tuvo en cuenta el CUMS reportado y se validó con la información registrada en el INVIMA para el periodo analizado, teniendo en cuenta que estos registros pueden variar según la vigencia del medicamento.

Nota técnica (Decreto 441 de 2022) Ministerio de salud y de protección Social

Según el decreto 441 del 2022 en las modalidades de pago aplicables en los acuerdos de voluntades, se acordaron, las siguientes modalidades. Como modalidad contractual:

- Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por capitación.
- Pago por evento.

La nota técnica es una herramienta de transparencia y eficiencia, en la suscripción y ejecución de los acuerdos de voluntades entre Entidades Responsables de Pago (ERP), Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS), que permite, a partir de los elementos mínimos definidos en el artículo 2.5.3.4.2.4. del Decreto 780

de 2016, proyectar a nivel operativo y financiero el comportamiento del acuerdo de voluntades.

Esta se construye para la contratación de servicios de salud como herramienta que especifica de manera detallada o agregada las tecnologías en salud incluidas en la contratación, su frecuencia de uso o la cantidad estimada, enmarcada en intervalos de frecuencias esperados considerando entre un 90 a 99 por ciento de confianza, la población a cargo, los valores de precios y/o tarifas de las tecnologías en salud y el valor total por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas.

Para la elaboración de la nota técnica se deberán utilizar obligatoriamente los catálogos o listas de referencia de las tecnologías definidas por la autoridad competente, se deben considerar cuatro elementos mínimos, según se describe en el artículo 2.5.3.4.2.4. del Decreto 780 de 2016:

Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología de salud

Una vez identificados los servicios y tecnologías que harán parte de la nota técnica, para cada uno de ellos se requiere establecer a qué población debe garantizarse con una frecuencia específica. Para ello, las partes deberán tomar elementos a partir de su modelo de atención y de prestación y tomar en consideración, además, las condiciones y riesgos en salud que se abordarán y que pueden generar una frecuencia de uso diferenciada a nivel de la población.

La población debe identificarse a nivel de población objeto total y susceptible, con el fin de valorar en el futuro las desviaciones que se presenten y además establecer, al finalizar la construcción de la nota técnica, datos globales como la frecuencia esperada-usuario o el costo esperado-usuario.

La frecuencia de uso de estos servicios y tecnologías

Las frecuencias se establecen para cada servicio y tecnología y población, sin embargo, en ocasiones las frecuencias van a requerir una división de las poblaciones ya establecidas, teniendo en cuenta los diferenciales que pueden existir particularidades de la población o por las condiciones operativas.

Los valores acordados para cada uno, y finalmente

El costo o valor acordado a incluir en la nota técnica, es aquel valor que el prestador o proveedor tiene estimado para el servicio o tecnología en salud, incluyendo el margen operacional que este haya estipulado. El valor de reconocimiento de los servicios y tecnologías incluidos en una nota técnica puede provenir de diversas fuentes. La estimación de los importes a acordar por la atención a cohortes de afiliados puede estimarse a través de diferentes formas.

Estimación del costo operativo para cada uno de los servicios o tecnologías: En relación con la estimación del costo, los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud deben tener los cálculos relacionados con cada uno de los servicios y tecnologías ofertados.

Alternativas de costeo: Otras formas de determinar el valor a incluir en la nota técnica, cuando no se cuente con el costeo de cada servicio y tecnología, son las siguientes: Inferirse de valores históricos asociados a la atención que haya cobrado el PSS o PTS a poblaciones con las mismas características epidemiológicas y demográficas. Es decir, el valor de cada servicio y tecnología de poblaciones comparables con los usuarios que serán atendidos bajo el acuerdo de voluntades al que se refiera la nota técnica. Generarse a partir de valores medios de reconocimiento que se puedan encontrar en el mercado.

Identificación de los servicios y tecnologías

De conformidad con el artículo 2.5.3.4.2.2. en sus numerales 5 y 6 del Decreto 780 de 2016, la identificación de los servicios y tecnologías que se pactan en el acuerdo hace parte de los contenidos mínimos del mismo, y estas, deben estar identificadas y expresadas en la nota técnica con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, las cuales son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

- **CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud.
- **CUM:** Código Único de Medicamentos.
- **IUM:** dispositivos médicos e insumos.
- **REPS:** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. En caso de que se requiera enlistar servicios de acuerdo con su habilitación, esto deberá estar expresado en los códigos que se encuentran en el REPS.

Riesgo primario

Un evento o condición de salud puede tener una mayor o menor probabilidad de que se presenten nuevos casos (incidencia), así como una distribución particular de la gravedad con la que este evento o condición en salud se presenta (severidad).

Riesgo técnico

Es el que se genera por la gestión adecuada o no en las atenciones en salud pactadas, que hace un Prestador de Servicios de Salud, Proveedore de Tecnologías en Salud o una red de atención, considerando los elementos de gestión clínica y los componentes administrativos que conllevan.

Riesgo técnico de morbilidad evitable

Hace referencia a la ocurrencia de complicaciones clínicas o aumento en la severidad del evento o condición en salud que originó la atención, generada por fallas en el modelo de prestación, fallas en la seguridad del paciente, la coordinación de prestadores, o en la aplicación de las Guías de Práctica Clínica o protocolos de atención.

Riesgo técnico de utilización:

Corresponde a la variabilidad del uso de servicios y tecnologías en salud no soportados en la evidencia científica

Fuentes de información para la construcción de la nota técnica

1. RIPS- Registro Individual de prestación de servicios en salud.
2. REPS- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
3. RUAF-ND- Registro Único de Afiliados – Módulo de Nacimientos y Defunciones.
4. EEVV- Estadísticas Vitales.
5. SIHO- Sistema de Información Hospitalaria.
6. PEDT- Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Tempra.
7. RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.
8. RUV- Registro Único de Víctimas – RUV.
9. Esquemas completos de vacunación.
10. Registro de pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica- hipertensión arterial – diabetes mellitus.
11. Información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación.
12. Registro de pacientes con Artritis Reumatoide.
13. Reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto.
14. Reporte para el registro de pacientes con cáncer.
15. Reporte de información de la infección por el Virus inmunodeficiencia Humana

(VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

16. Medidas de atención a las Mujeres víctimas de la violencia.
17. SISMED- Sistema de Información de Medicamentos.
18. SIVIGILA- Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
19. PAIWEB- Programa Ampliado de Inmunizaciones Web.
20. Observatorio VIH seguimiento a embarazadas.
21. Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
22. RLCPD- Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
23. SIVICAP- Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
24. Sistema de Información para la Calidad.
25. Pacientes diagnosticados con Hepatitis C crónica (Minsalud, 2022).

Archivo de control: CT

Es la estructura de datos que permite el control de la recepción de los datos de prestaciones de salud. Todo envío debe contener este archivo y su diligenciamiento es obligatorio. El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos

Archivo de transacciones: AF

El archivo de transacciones equivale al conjunto de registros de información de todas las facturas, cada registro incluye el encabezado de cada factura de compra/venta de servicios más el valor total con sus descuentos, comisiones y bonificaciones u otras pactadas entre el prestador y el pagador.

Metodología para la realización de la nota técnica del operador

Para realizar la nota técnica del operador asignado a las regiones dos y nueve, se hizo el

análisis de la data correspondiente a 60 meses, del periodo comprendido entre el año 2019 al 2023 , en los cuales como registro valido de la prestación de servicio y de pago de este se tienen en cuenta los RIPS del periodo, de tal manera que en este se encuentra registrad en forma de archivo plano de manera exacta , objetiva y detallada sobre el servicio prestado y facturado por la red de prestadores contratados por este operador, relacionado con los ámbitos de atención hospitalario o ambulatorio. Se realizó una distribución en agrupadores compuestos por un conjunto de servicios descritos de la siguiente manera:

- Consulta (medicina general, general en urgencias, odontología general, odontología urgencias, odontología especializada, médica especializada, enfermería, de apoyo).
- Laboratorio.
- Imagenología (simple, contrastada, electrocardiograma, ecografías, tomografías, ecocardiograma, resonancias, gammagrafías.
- Banco de sangre.
- Procedimiento (diagnostico, menor, oncológico, quirúrgico, terapéutico, odontología general, odontología especializada.
- Promoción y mantenimiento de la salud (educación, vacunación).
- Atención domiciliaria (consulta médica, odontología general, médica enfermería, consulta de apoyo).
- Hospitalización adulta (piso, UCI, UCIN)
- Hospitalización pediátrica (piso, UCI, UCIN)

Cuadro de mando agrupadores nota técnica

Con la finalidad de poder realizar la nota técnica de esta investigación se realizó un

cuadro donde se agrupa los principales servicios prestados por el operador desde el ámbito de prestación del servicio clasificado en hospitalario y ambulatorio, el cual es un instrumento que permite agrupar la prestación de servicios por CUPS de forma clara y específica de tal manera que con ella se pueda visualizar de forma macro como se representa la prestación de estos servicios para este operador.

El objetivo de este cuadro de mando es brindar una visión resumida correspondiente a los servicios que se ejecutaron en forma de frecuencias del operador, permitiendo proporcionar un enfoque general de esta investigación con los servicios más relevante en frecuencia y costo que facilita la toma de decisiones, como estructura significativa de una nota técnica.

Tabla 31

Cuadro de mando agrupadores nota técnica

Cuadro de mando agrupadores nota técnica	
Consulta por medicina general	Procedimiento terapéutico
Consulta odontología General	Procedimiento odontología general
Consulta odontología especializada	Procedimiento odontología especializada
Consulta médica especializada	Educación (promoción y mantenimiento de la Salud)
Consulta por enfermería	Vacunación (promoción y mantenimiento de la salud)
Consulta de apoyo	Consulta por medicina domiciliaria
Laboratorio	Consulta Odontología General domiciliaria
Imagenología	Consulta médica especializada domiciliaria
Electrocardiograma	Consulta por enfermería domiciliaria
Ecografía	Consulta de apoyo domiciliaria
Tomografía	Hospitalización adulto piso

Ecocardiograma	Hospitalización adulto unidad cuidado Intensivo
Resonancia	Hospitalización adulto unidad cuidado Intermedio
Gammagrafía	Hospitalización Pediátrica Piso
Banco de sangre	Hospitalización pediátrica unidad cuidado intensivo
Procedimiento menor	Hospitalización pediátrica unidad cuidado intermedio
Procedimiento diagnostico	Procedimiento Oncológico
Procedimiento quirúrgico	

Nota. La Tabla 31 muestra el Cuadro de mando agrupadores nota técnica.

Se realiza ficha técnica donde se detalla los datos contenidos en cada agrupador, con su alcance según prestación de servicios, esta hace referencia a la inclusión de servicios que se tuvieron en cuenta para la construcción de la nota técnica, desde la definición de este dónde se realiza una breve descripción del servicio incluyendo las especificaciones técnicas de la agrupación, brindando una información detallada, clara y específica de los datos que se van a encontrar en la nota técnica. Contiene los siguientes datos a nivel general por servicio:

- a. Nombre del agrupador: hace referencia al servicio en salud prestado.
- b. Datos contenidos: hace referencia a la descripción de las características específica del servicio prestado.
- c. Periodo analizado: hace referencia al tiempo en años y meses que se tuvieron en cuenta para esta investigación.
- d. Resultado en tiempo: hace referencia al dato en meses que se tomó como referencia de frecuencia y costo medio evento del servicio.

Tabla 32*Ficha técnica agrupador consulta*

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	Version	1
Agrupador	Consulta		
Nombre del agrupador	Consulta por medicina general		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta realizada por médico general de primera vez y/o control, enfocados a consultas y evaluaciones, otros procedimientos médicos de orientación y educación médicas en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Consultas odontología general		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta realizadas por odontólogo general de primera vez y/o controles enfocados a consulta y evaluación, examen y diagnóstico, tratamientos preventivos, correctivos, en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Consulta odontología especializada		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta realizada por odontólogo especialista de primera vez y/o controles enfocados en la ortodoncia, rehabilitación oral, periodoncia, endodoncia, en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Consulta médica especializada		

agrupador

Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta realizada por consulta médica especializada de primera vez y/o control enfocados en especialidades tales como cardiología, neumología, gastroenterología, endocrinología, reumatología, oftalmología, otorrinolaringología, medicina interna, pediatría, geriatría, cirugía general, cirugía plástica, cirugía pediátrica, neurocirugía, ginecología y obstetricia, oftalmología
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Consultas de enfermería
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta de enfermería enfocadas a la atención educación y orientación en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del Agrupador	Consulta de apoyo
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta de apoyo enfocadas a las terapias complementarias, rehabilitación, paliación, en las cuales está contenido apoyo psicológico, nutricional, físico, educación y orientación en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes

Nota. La Tabla 32 muestra la ficha técnica agrupador consulta.

Tabla 33 *Ficha técnica agrupador laboratorio*

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	Versión	1
Agrupador	Laboratorio		
Nombre del agrupador	Laboratorio		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a laboratorio enfocadas a hematología, química clínica, microbiología, inmunología, patología y genética en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado resultado en tiempo	60 meses (año 2019_ 2023) promedio mes		

Nota. La Tabla 33 muestra la ficha técnica agrupador laboratorio.

Tabla 34

Ficha técnica agrupador banco de sangre

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	Versión	1
Agrupador nombre del agrupador		Banco de sangre Banco de sangre	
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con procesamiento de sangre, análisis de sangre, otros procedimientos relacionados con donantes, calidad de la sangre, investigación de reacciones adversas, enfocadas a en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado resultado en tiempo	60 meses (año 2019_ 2023) promedio mes		

Nota. La Tabla 34 muestra la ficha técnica agrupador banco de sangre.

Tabla 35*Ficha técnica agrupador imagenología*

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	Version	1
Agrupador	Imagenología		
Nombre del agrupador	Radiografía simple y especializada		
Datos contenidos	Hace referencia a los CUPS correspondientes Imagenología enfocadas a radiografía simple y especializada en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Electrocardiograma		
Datos contenidos	Hace referencia a los CUPS correspondientes electrocardiograma simple de rutina en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Ecografías		
Datos contenidos	Hace referencia a los CUPS correspondientes a ecografía general 3D/ 4D otras intervencionistas, especializada, Doppler, en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)		

Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Tomografías
Datos contenidos	Hace referencia a los CUPS correspondientes a tomografías computarizadas, especializadas, por emisión de positrones, de coherencia óptica y otros procedimientos de reconstrucción y análisis en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Consultas de enfermería
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a consulta de enfermería enfocadas a la atención educación y orientación en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Resonancias
Datos contenidos	Hace referencia a los CUPS correspondientes a resonancia magnética simple, especializada, de cuerpo completo, de órganos específicos, análisis y reconstrucción de imágenes contemplado en otros procedimientos en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes

Nombre del agrupador Gammagrafías

Datos contenidos Hace referencia a los CUPS correspondientes gammagrafía general, especializada, con radiofármaco, de vigilancia, de análisis y reconstrucción de imágenes en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de CUPS correspondiente al agrupador)

Periodo analizado 60 meses (año 2019_ 2023)

Resultado en tiempo Promedio mes

Nota. La Tabla 35 muestra la ficha técnica agrupador imagenología.

Tabla 36

Ficha técnica agrupador procedimiento

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	Versión	1
Agrupador	Procedimiento		
Nombre del agrupador	Procedimiento diagnostico		
Datos contenidos	hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con endoscopias, pruebas funcionales, análisis de laboratorio, otros procedimientos de estudio, en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Procedimiento menor		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con procedimientos dermatológicos simples, otorrinolaringológicos, ginecológicos, otros procedimientos realizados por enfermera en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		

Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Procedimiento oncológico
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con procedimiento oncológicos quirúrgicos, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica, otros procedimientos correspondientes a marcación de ruta oncológica para tratamiento en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Procedimiento quirúrgico
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con procedimiento quirúrgicos enfocados a cirugía general, cardiovascular, neurológica, ortopédica, plástica y reconstructiva, pediatría, urología, ginecología en un periodo determinado a la población afiliada asignada a al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Procedimiento terapéutico
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con procedimiento terapéutico enfocados a terapia médica, de remplazo, de apoyo, alternativas en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupamiento	Procedimiento odontología general

Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades enfocados en prevención, reconstructiva, endodóntica, quirúrgica en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Procedimiento odontología especializada
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades enfocadas en ortodoncia, periodoncia, prostodoncia, endodoncia, cirugía oral y odontología estética en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes

Nota. La Tabla 36 muestra la Ficha técnica agrupador procedimiento.

Tabla 37

Ficha técnica agrupador promoción y mantenimiento de la salud

Proceso		Contratación	
Formato	Nota técnica	versión	1
Agrupador	Promoción y mantenimiento de la salud		
Nombre del agrupador	Educación		
Datos contenidos	hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con educación en salud, prevención de enfermedades, de lesiones, salud pública, atención primaria en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
resultado en tiempo	promedio mes		

nombre del	vacunación
Datos contenidos	hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con vacunación infantil, adultos, específica, viajeros, seguimiento y evaluación de estas un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	promedio mes

Nota. La Tabla 37 muestra la ficha técnica agrupador promoción y mantenimiento de la salud.

Tabla 38

Ficha técnica agrupador atención domiciliaria

	Proceso	Contratación
Formato	Nota Técnica	versión 1
Agrupador	Atencion domiciliaria	
Nombre del agrupador	Consulta medica	
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con consulta médica domiciliaria médico general de primera vez, seguimiento, de manera continua o crónica un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)	
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)	
Resultado en tiempo	Promedio mes	
Nombre del agrupador	Consulta odontología general	
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con consulta odontología general domiciliaria y seguimiento continuo en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)	
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)	

Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Consulta médica especializada
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con consulta médica especializada domiciliaria como inter consultor en ámbito domiciliario en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Consultas de enfermería domiciliaria
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con consultas de enfermería domiciliaria enfocados en el apoyo y cuidado en el domicilio en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	Promedio mes
Nombre del agrupador	Consulta de apoyo
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con consulta de apoyo domiciliaria enfocados en el apoyo y cuidado en el domicilio pacientes crónicos y agudos, educación y orientación, apoyo para cuidadores en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)
Resultado en tiempo	promedio mes

Nota. La Tabla 38 muestra la ficha técnica agrupador atención domiciliaria

Tabla 39

Ficha técnica agrupador hospitalización

Proceso	Contratación
---------	--------------

Formato	Nota técnica	Versión	1
Agrupador	Hospitalización		
Nombre del agrupador	Hospitalización adulto piso		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas con hospitalización adulto piso enfocado a los servicios de atención médica y cuidados que se proporciona a un paciente que necesita una internación en un hospital en un periodo determinado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Hospitalización adulto uci		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas hospitalización adulto uci enfocado a los servicios de atención médica especializada y continua, para paciente crítico, que requiera monitorización permanente y tratamiento intensivo para preservar sus funciones vitales a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Hospitalización adulta UCIN		
Datos contenidos	Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas hospitalización adulto UCIN enfocado a los servicios de atención médica especializada y continua, para paciente crítico, que requiera monitorización permanente y tratamiento que no puede ser prestado en piso, con equipamiento avanzado a la población afiliada asignada al operador (ver listado de cups correspondiente al agrupador)		
Periodo analizado	60 meses (año 2019_ 2023)		
Resultado en tiempo	Promedio mes		
Nombre del agrupador	Hospitalización pediátrica piso		

Hace referencia a los cups correspondientes a actividades relacionadas hospitalización pediátrica (niño o adolescente) servicios de atención médica, que requiera tratamiento y cuidados médicos por una condición clínica o enfermedad específica (agudas, crónicas, lesiones, trauma, cirugías) que aseguren el monitoreo permanente a población afiliada asignada al operado (ver listado de cups correspondiente al agrupador)

Datos contenidos

Periodo analizado 60 meses (año 2019_ 2023)

Resultado en Promedio mes
tiempo

Nota. La Tabla 39 muestra la ficha técnica agrupador hospitalización.

Adicionalmente, a partir de la información de los RIPS, se realizó una consolidación de los costos de las actividades durante el periodo evaluado, y luego una distribución por departamento de la siguiente manera Caldas, Cauca, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca. Para cada departamento se tuvo en cuenta las siguientes variables:

- Población: se refiere al total de personas que estaban afiliadas y asignadas al operador en un área geográfica determinada durante el periodo evaluado.
- Frecuencia de uso: se refiere a las actividades realizadas en un mes y se calcula determinando el promedio de actividades durante el periodo dividido en la población asignada por departamento durante el periodo evaluado.
- Actividades mes: se refiere a la cantidad de veces que se utiliza un servicio de un agrupador en un período de tiempo determinado, se calcula determinando el número de actividades durante el periodo evaluado dividido en el periodo evaluado (en meses) en este caso sesenta meses, y se obtiene el promedio.
- Costo medio evento (CME): es el valor correspondiente al dividir el costo total registrado por cada CUPS durante el periodo evaluado, dividido en el total de actividades

registradas durante el periodo evaluado. Para el cálculo del CME del agrupador, se obtiene del promedio del CME de cada CUPS contenido en el agrupador (promedio de los sesenta meses del año 2019 al 2023).

- Valor mes: corresponde a la sumatoria del costo total de cada CUPS durante un mes.

También se puede obtener el valor por agrupador, sumando el costo total de cada CUPS contenido en el agrupador.

Nota técnica soportada en el decreto 441 de 2022

Esta nota técnica tiene como propósito analizar la prestación de servicios de salud a la población afiliada a un régimen especial en los departamentos de Caldas, Cauca, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. El análisis incluye variables clave para la toma de decisiones en contratación, optimizando así la relación costo-efectividad de los servicios.

Metodología

La metodología empleada se basó en los lineamientos del Decreto 441 de 2022, considerando los siguientes aspectos:

- **Distribución de la población:**
 - Por tipo de afiliación.
 - Por grupo etario.
- **Perfil demográfico:**
 - Características socioeconómicas.
 - Distribución geográfica.
- **Indicadores epidemiológicos:**
 - Tasas de morbilidad y mortalidad.

- Factores que afectan el costo promedio y el comportamiento epidemiológico de la población.
- **Utilización de servicios de salud:**
 - Frecuencia de uso de servicios clasificados según los CUPS vigentes.
 - Costos asociados por servicio de salud en cada departamento.

Cálculos y Análisis

Frecuencia Ajustada (F_{nt})

La frecuencia ajustada se calcula con la siguiente fórmula:

$$F_{nt} = \frac{F}{T} \times T_{nt}$$

Donde:

- **F_{nt}**: Frecuencia ajustada para la nota técnica.
- **F**: Frecuencia establecida en un periodo de tiempo.
- **T**: Tiempo del periodo de referencia.
- **T_{nt}**: Tiempo proyectado para la nota técnica.

Frecuencia Esperada (F_e)

La frecuencia esperada por usuario se calcula como:

$$F_e = F_{nt} \times P$$

Donde:

- **F_e**: Frecuencia esperada por usuario.
- **F_{nt}**: Frecuencia ajustada de la nota técnica.

- **P:** Población relativa susceptible de recibir el servicio.

Costo Total del Servicio o Tecnología (CTst)

El costo total del servicio o tecnología se determina mediante:

$$F_e = F_{nt} \times P$$

Donde:

- **CTst:** Costo total del servicio o tecnología.
- **CFst:** Costos fijos.
- **CVst:** Costos variables.

Estimación Final del Costo (EFst y EFnt)

La estimación final del costo se calcula como:

$$EF_{st} = CT_{st} \times Fe_{st}$$

Donde:

- **EFst:** Estimación final del costo del servicio o tecnología.
- **CTst:** Costo total del servicio o tecnología.
- **Fest:** Frecuencia estimada del servicio o tecnología.

$$EF_{nt} = \sum EF_{st}$$

- EFnt es la estimación final del costo de la nota técnica.
- EFst es la estimación final del costo del servicio o tecnología.

Costo Total por Modalidad de Pago (CTmp)

El costo total por modalidad de pago se estima mediante:

$$CT_{mp} = EF_{nt} \times U_{mp}$$

Donde:

- **CTmp**: Costo total según modalidad de pago pactada.
- **EFnt**: Estimación final del costo total.
- **Ump**: Número de usuarios incluidos en la modalidad de pago pactada.

Resultados esperados

1. Frecuencias Ajustadas y Esperadas:

Calcular las frecuencias ajustadas por servicio según la población y el tiempo proyectado.

2. Costos por Servicio:

- Desglosar los costos fijos y variables para cada servicio, permitiendo identificar oportunidades de optimización.

3. Estimaciones Finales:

- La estimación final del costo permite proyectar el impacto económico según la modalidad de pago.

Este proceso permite ajustar los contratos de prestación de servicios según los resultados de la nota técnica. Implementar monitoreo continuo de frecuencias y costos para garantizar la efectividad económica. Utilizar la información generada para orientar negociaciones costo-efectivas.

Anexos:

- Tablas con distribución de frecuencias y costos por departamento.

- Detalle de los costos por servicio clasificados según los CUPS.

Nota técnica Caldas

Surge la necesidad de realizar esta nota técnica soportada en servicios prestados en salud por un operador determinado a la población asignada, como un soporte documental que contiene el detalle de la información de manera concisa y exacta sobre las frecuencias de uso, frecuencias de actividades y costos medio eventos de un CUPS específico en determinado tiempo, con la finalidad de informar, orientar y apoyar la toma de decisiones en contratación que permitan una negociación costo efectiva.

Tabla 40*Nota técnica Caldas*

Agrupador	Servicios	Caldas				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta medicina general	19.268	0,054686008	1.053,7	\$ 23.328	\$ 24.580.312
	Consulta odontología general	19.268	0,007528718	145,1	\$ 17.958	\$ 2.605.036
	consulta Odontología especializada	19.268	0,000260363	5,0	\$ 25.241	\$ 126.628
	consulta médica especializada	19.268	0,041907769	807,5	\$ 106.399	\$ 85.914.728
	Consulta de enfermería	19.268	0,003168293	61,0	\$ 11.199	\$ 683.647
Laboratorio	Consulta de apoyo	19.268	0,016146331	311,1	\$ 18.997	\$ 5.910.109
	Laboratorio	19.268	0,17241162	3.322,0	\$ 181.176	\$ 601.871.547
	Radiografía simple y especializada	19.268	0,009503392	183,1	\$ 50.244	\$ 9.200.240
Imagenología	Electrocardiograma	19.268	0,0026621	51,3	\$ 44.303	\$ 2.272.442
	Ecografías	19.268	0,000153046	2,9	\$ 111.520	\$ 328.860
	Tomografías	19.268	0,001921191	37,0	\$ 340.709	\$ 12.612.202
	Ecocardiograma	19.268	0,000925859	17,8	\$ 374.114	\$ 6.673.978
	Resonancias	19.268	0,001072532	20,7	\$ 516.075	\$ 10.664.971
	Gamagrafías	19.268	0,000174565	3,4	\$ 2.922.617	\$ 9.830.299

Procedimiento	Banco de sangre	19.268	0,000445707	8,6	\$ 275.134	\$ 2.362.819
	Diagnostico	19.268	0,004295954	82,8	\$ 936.172	\$ 77.491.107
	Menor	19.268	0,001758904	33,9	\$ 362.506	\$ 12.285.543
	Oncológico	19.268	0,000874247	16,8	\$ 2.437.892	\$ 41.066.284
	Quirúrgico	19.268	0,004123763	79,5	\$ 2.034.565	\$ 161.659.767
	Terapéutico	19.268	0,023180275	446,6	\$ 82.382.915	\$ 36.795.302.311
Promoción y mantenimiento de la salud	Procedimiento odontología general	19.268	0,024356359	469,3	\$ 173.874	\$ 81.598.975
	Procedimiento odontología especializada	19.268	0,001163385	22,4	\$ 76.960	\$ 1.725.149
	Educación	19.268	0,029067452	560,1	\$ 12.575	\$ 7.042.907
	Vacunación	19.268	0,001899969	36,6	\$ 21.220	\$ 776.836
Hospitalización	Consulta médica domiciliaria	19.268	0,000412947	8,0	\$ 78.632	\$ 625.649
	Hospitalización adulto piso	19.268	0,007602415	146,5	\$ 1.751.279	\$ 256.533.251
	Hospitalización adulto UCI	19.268	0,000402221	7,8	\$ 11.606.306	\$ 89.948.872
	Hospitalización adulto UCIN	19.268	0,041777685	24,0	\$ 4.031.579	\$ 96.623.510
	Hospitalización pediátrica piso	19.268	0,041777685	0,5	\$ 2.086.216	\$ 1.077.878

Hospitalización pediátrica UCI	19.268	0,080334955	0,2	\$ 5.419.807	\$ 1.083.961
Hospitalización pediátrica UCIN	19.268	0,06527388	0,3	\$ 4.477.654	\$ 1.343.296
Total, general			8.032,4	\$ 38.413.127.197	

Nota. La Tabla 40 muestra la Nota técnica Caldas

Nota técnica Cauca

Tabla 41

Ficha nota técnica Cauca

Agrupador	Servicios	Cauca				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta por medicina general	24.481	0,047813	1.170,51	\$ 20.644	\$ 24.164.112
	Consultas odontología general	24.481	0,008398	205,586667	\$ 15.011	\$ 3.086.133
	Consulta odontología especializada	24.481	0,0002	4,898333	\$ 25.372	\$ 124.278
	Consulta médica especializada	24.481	0,026239	642,366944	\$ 85.266	\$ 54.771.739
	Consultas de enfermería	24.481	0,001767	43,26	\$ 15.934	\$ 689.289
	Consulta de apoyo	24.481	0,004246	103,940278	\$ 19.158	\$ 1.991.308

Laboratorio Imagenología	Laboratorio	24.481	0,097783	2.393,82	\$ 137.201	\$ 328.434.258
	Radiografía simple y especializada	24.481	0,005639	138,06	\$ 54.058	\$ 7.463.300
	Electrocardiograma	24.481	0,00239	58,506667	\$ 30.736	\$ 1.798.243
	Ecografías	24.481	0,006103	149,396111	\$ 247.409	\$ 36.961.898
	Tomografías	24.481	0,001769	43,305278	\$ 413.462	\$ 17.905.102
	Ecocardiograma	24.481	0,000644	15,775	\$ 334.389	\$ 5.274.984
	Resonancias	24.481	0,000903	22,112778	\$ 662.040	\$ 14.639.544
	Gamagrafías	24.481	0,000088	2,16	\$ 573.601	\$ 1.238.977
Banco de sangre Procedimiento	Banco de sangre	24.481	0,000085	2,083333	\$ 290.499	\$ 605.207
	Diagnóstico	24.481	0,003469	84,915	\$ 923.515	\$ 78.420.258
	Menor	24.481	0,001953	47,816944	\$ 225.171	\$ 10.767.011
	Oncológico	24.481	0,00033	8,088056	\$ 3.239.861	\$ 26.204.175
	Quirúrgico	24.481	0,004302	105,316944	\$ 968.643	\$ 102.014.478
	Terapéutico	24.481	0,027591	675,4525	\$ 396.375	\$ 267.732.579
	Procedimiento odontología general	24.481	0,024428	598,030833	\$ 48.911	\$ 29.250.274
	Procedimiento odontología especializada	24.481	0,000903	22,105	\$ 50.181	\$ 1.109.261
Promoción y mantenimiento de la salud	Educación	24.481	0,013761	336,883889	\$ 9.314	\$ 3.137.801
	Vacunación	24.481	0,003133	76,710278	\$ 25.641	\$ 1.966.932
	Consulta médica domiciliaria	24.481	0,000458	11,21	\$ 42.280	\$ 473.955
Atención domiciliaria	Consulta odontología general domiciliaria	24.481	0,000002	0,05	\$ 250.000	\$ 12.500

	Consulta médica especializada domiciliaria	24.481	0,000043	1,041667	\$ 213.317	\$ 222.205
	Consultas de enfermería domiciliaria	24.481	0,004462	109,226667	\$ 48.973	\$ 5.349.160
	Consulta de apoyo domiciliaria	24.481	0,013077	320,13	\$ 26.555	\$ 8.500.898
	Hospitalización adulto piso	24.481	0,022962	562,133333	\$ 1.808.025	\$ 1.016.351.338
	Hospitalización adulto UCI	24.481	0,003638	89,05	\$ 9.300.332	\$ 828.194.590
	Hospitalización adulto UCIN	24.481	0,000223	5,466667	\$ 3.707.871	\$ 20.269.697
Hospitalización	Hospitalización pediátrica piso	24.481	0,000009	0,216667	\$ 1.097.908	\$ 237.880
	Hospitalización pediátrica UCI	24.481	0,000455	11,15	\$ 9.705.960	\$ 108.221.458
	Hospitalización pediátrica UCIN	24.481	0,000418	10,233333	\$ 1.979.956	\$ 20.261.546
Total, general		24481		8071,013888		\$ 3.027.846.370

Nota. La Tabla 4 muestra la Nota técnica Cauca.

*Nota Técnica Quindío***Tabla 42***Ficha nota técnica Quindío*

Agrupador	Servicios	Quindío				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta por medicina general	11.458	0,07469803	855,89	\$ 19.954	\$ 17.078.763
	Consultas odontología general	11.458	0,01242043	142,313333	\$ 15.777	\$ 2.245.256
	Consulta Odontología especializada	11.458	0,00057277	6,562778	\$ 23.123	\$ 151.749
	Consulta médica especializada	11.458	0,04764931	545,965833	\$ 71.765	\$ 39.181.342
	Consultas de enfermería	11.458	0,00200209	22,94	\$ 9.958	\$ 228.429
	consulta de apoyo	11.458	0,02487527	285,020833	\$ 24.400	\$ 6.954.380
Laboratorio	Laboratorio	11.458	0,16621444	1.904,49	\$ 152.078	\$ 289.630.022
	Radiografía simple y especializada	11.458	0,00908659	104,114167	\$ 39.690	\$ 4.132.261
	Electrocardiograma	11.458	0,00266102	30,49	\$ 26.294	\$ 801.700
	Ecografías	11.458	0,0056391	64,612778	\$ 245.593	\$ 15.868.465
	Tomografías	11.458	0,00197766	22,66	\$ 447.775	\$ 10.146.591

Imagenología	Ecocardiograma	11.458	0,00112425	12,881667	\$ 572.603	\$ 7.376.087
	Resonancias	11.458	0,00119041	13,639722	\$ 941.819	\$ 12.846.145
	Gamagrafías	11.458	0,00022369	2,563056	\$ 653.638	\$ 1.675.310
	Banco de sangre	11.458	0,00015569	1,783889	\$ 333.265	\$ 594.508
	Diagnóstico	11.458	0,00498005	57,061389	\$ 926.785	\$ 52.883.662
	Menor	11.458	0,00210147	24,078611	\$ 276.466	\$ 6.656.922
	Oncológico	11.458	0,00209155	23,965	\$ 2.005.621	\$ 48.064.716
Procedimiento	Quirúrgico	11.458	0,00441271	50,560833	\$ 1.510.145	\$ 76.354.164
	Terapéutico	11.458	0,01048447	120,131111	\$ 1.895.818	\$ 227.746.685
	Procedimiento odontología general	11.458	0,03545861	406,284722	\$ 31.971	\$ 12.989.341
Promoción y mantenimiento de la salud	Procedimiento odontología especializada	11.458	0,00254837	29,199167	\$ 58.952	\$ 1.721.355
	Educación	11.458	0,02860248	327,727222	\$ 10.026	\$ 3.285.629
	Vacunación	11.458	0,0070002	80,208333	\$ 8.166	\$ 654.943
	Consulta médica domiciliaria	11.458	0,00094606	10,84	\$ 100.917	\$ 1.093.938
Atencion domiciliaria						
	Consulta odontología general domiciliaria	11.458	0,00094606	0	\$ -	
	Consulta médica especializada domiciliaria	11.458	0,0000206	0,236111	\$ 288.387	\$ 68.091
	Consultas de enfermería	11.458	0,00057979	6,643333	\$ 74.822	\$ 497.068

	domiciliaria					
Hospitalización	Consulta de apoyo domiciliaria	11.458	0,00118912	13,625	\$ 206.108	\$ 2.808.216
	Hospitalización adulto piso	11.458	0,00543579	62,283333	\$ 2.359.602	\$ 146.963.902
	Hospitalización adulto UCI	11.458	0,00046838	5,366667	\$ 9.452.107	\$ 50.726.306
	Hospitalización adulto UCIN	11.458	0,0005862	6,716667	\$ 2.786.370	\$ 18.715.115
	Hospitalización pediátrica piso	11.458	0,00187923	0,3	\$ 2.787.278	\$ 836.183
	Hospitalización pediátrica UCI	11.458	0,00328043	0,133333	\$ 2.363.050	\$ 315.073
	Hospitalización pediátrica UCIN	11.458	0,0684131	0,65	\$ 2.840.372	\$ 1.846.242
Total, general		11458		11.458,00		\$ 1.063.138.562

Nota. La Tabla 42 muestra la ficha técnica del departamento del Quindío.

*Nota técnica Risaralda***Tabla 43***Ficha nota técnica Risaralda*

Agrupador	Servicios	Risaralda				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta por medicina general	18.260	0,045093	823,39	\$ 22.479	\$ 18.508.860
	Consultas odontología general	18.260	0,010252	187,2	\$ 16.495	\$ 3.087.918
	Consulta odontología especializada	18.260	0,000468	8,549444	\$ 28.986	\$ 247.818
	Consulta médica especializada	18.260	0,036053	658,330278	\$ 139.275	\$ 91.689.219
	consultas de enfermería	18.260	0,001589	29,023333	\$ 9.463	\$ 274.657
	Consulta de apoyo	18.260	0,004956	90,498333	\$ 28.989	\$ 2.623.467
Laboratorio	Laboratorio	18.260	0,111756	2040,661667	\$ 161.131	\$ 328.813.998
	Radiografía simple y especializada	18.260	0,006665	121,708611	\$ 36.121	\$ 4.396.251

Imagenología	electrocardiograma	18.260	0,002367	43,226667	\$ 27.768	\$ 1.200.331
	Ecografías	18.260	0,005807	106,036111	\$ 297.321	\$ 31.526.790
	Tomografías	18.260	0,002014	36,773889	\$ 344.515	\$ 12.669.174
	Ecocardiograma	18.260	0,000683	12,475	\$ 243.951	\$ 3.043.285
	Resonancias	18.260	0,001089	19,882222	\$ 796.260	\$ 15.831.418
	Gamagrafías	18.260	0,000178	3,256667	\$ 852.559	\$ 2.776.501
Procedimiento	Banco de sangre	18.260	0,000132	2,4175	\$ 389.324	\$ 941.191
	Diagnóstico	18.260	0,003939	71,923889	\$ 1.316.325	\$ 94.675.200
	Menor	18.260	0,004829	88,1825	\$ 298.282	\$ 26.303.218
	Oncológico	18.260	0,000846	15,455	\$ 2.404.817	\$ 37.166.439
	Quirúrgico	18.260	0,004858	88,701667	\$ 1.820.810	\$ 161.508.898
	Terapéutico procedimiento	18.260	0,017954	327,844722	\$ 2.006.623	\$ 657.860.763
	Odontología general	18.260	0,027303	498,547778	\$ 39.345	\$ 19.615.557
	Procedimiento odontología especializada	18.260	0,001713	31,271944	\$ 72.268	\$ 2.259.960
	Educación	18.260	0,018385	335,719167	\$ 11.525	\$ 3.869.204
	Vacunación	18.260	0,005713	104,328056	\$ 9.502	\$ 991.330
Promoción y mantenimiento de la						

salud	Consulta médica domiciliaria	18.260	0,000335	6,12	\$ 57.838	\$ 353.969
	Consulta odontología general domiciliaria	18.260	0	0	\$ -	\$ 0
	Consulta médica especializada domiciliaria	18.260	0,000059	1,081111	\$ 844.016	\$ 912.475
	Consultas de enfermería domiciliaria	18.260	0,000004	0,733333	\$ 653.308	\$ 479.093
Atencion domiciliaria	Consulta de apoyo domiciliaria	18.260	0,000713	13,013333	\$ 251.025	\$ 3.266.665
	Hospitalización adulto piso	18.260	0,001048	19,133333	\$ 3.545.029	\$ 67.828.223
Hospitalización	Hospitalización adulto UCI	18.260	0,000097	1,779321	\$ 6.250.145	\$ 11.121.013
	Hospitalización adulto UCI	18.260	0,000037	0,683333	\$ 2.238.471	\$ 1.529.622
	Hospitalización pediátrica piso	18.260	0,000076	1,383333	\$ 2.084.920	\$ 2.884.140
	Hospitalización pediátrica UCI	18.260	0,000047	0,85	\$ 8.267.544	\$ 7.027.412
	Hospitalización pediátrica UCIN	18.260	0,000078	1,416667	\$ 4.135.066	\$ 5.858.010
Total, general		18.260		5.792		\$ 1.623.142.071

Nota. La Tabla 43 muestra la ficha técnica del departamento de Risaralda

*Nota técnica Valle***Tabla 44***Ficha nota técnica Valle del Cauca*

Agrupador	Servicios	Valle del Cauca				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta por medicina general	52.609	0,017096	899,426667	\$ 18.717	\$ 16.834.646
	Consultas odontología general	52.609	0,009641	507,206667	\$ 14.469	\$ 7.338.692
	Consulta odontología especializada	52.609	0,000583	30,665833	\$ 25.410	\$ 779.207
	Consulta médica especializada	52.609	0,034091	1.793,52	\$ 73.292	\$ 131.449.895
	Consultas de enfermería	52.609	0,001657	87,163333	\$ 7.891	\$ 687.822
Laboratorio	Consulta de apoyo laboratorio	52.609	0,010153	534,156667	\$ 13.519	\$ 7.221.077
	Radiografía simple y especializada	52.609	0,142963	7.521,15	\$ 159.671	\$ 1.200.913.100
Imagenología	Electrocardiograma	52.609	0,007763	408,38	\$ 52.305	\$ 21.360.218
	Ecografías	52.609	0,002303	121,153333	\$ 31.713	\$ 3.842.100
	Tomografías	52.609	0,006269	329,820833	\$ 279.599	\$ 92.217.466
	Ecocardiograma	52.609	0,002361	124,201111	\$ 371.172	\$ 46.099.913
	Ecocardiograma	52.609	0,000868	45,683889	\$ 366.979	\$ 16.765.023

	Resonancias	52.609	0,001044	54,910833	\$ 747.641	\$ 41.053.590
	Gamagrafias	52.609	0,000162	8,545556	\$ 639.639	\$ 5.466.067
	Banco de sangre	52.609	0,000114	5,992222	\$ 248.773	\$ 1.490.703
	Diagnostico	52.609	0,00376	197,818056	\$ 401.820	\$ 79.487.214
	menor	52.609	0,001778	93,514722	\$ 234.175	\$ 21.898.765
	oncológico	52.609	0,000675	35,516667	\$ 13.953.821	\$ 495.593.200
Procedimiento	Quirúrgico	52.609	0,004498	236,656944	\$ 1.380.790	\$ 326.773.591
	Terapéutico	52.609	0,027707	1.457,63	\$ 991.674	\$ 1.445.489.290
	Procedimiento odontología general	52.609	0,02918	1.535,15	\$ 40.054	\$ 61.489.204
	Procedimiento odontología especializada	52.609	0,001581	83,151667	\$ 69.536	\$ 5.782.063
Promoción y mantenimiento de la salud	Educación	52.609	0,015193	799,271667	\$ 33.145	\$ 26.491.676
	Vacunación	52.609	0,001683	88,528056	\$ 14.066	\$ 1.245.233
Atencion domiciliaria	Consulta médica domiciliaria	52.609	0,000513	26,977778	\$ 79.341	\$ 2.140.433
	Consulta odontología general domiciliaria	52.609	0	0	\$ -	\$ -
	Consulta médica especializada domiciliaria	52.609	0,000007	0,348611	\$ 193.717	\$ 67.532
	Consultas de enfermería domiciliaria	52.609	0,002907	152,926667	\$ 40.996	\$ 6.269.456

Hospitalización	Consulta de apoyo domiciliaria	52.609	0,003842	202,106389	\$ 39.139	\$ 7.910.155
	Hospitalización adulto piso	52.609	0,001073	56,47173309	\$ 2.705.804	\$ 152.801.453
	Hospitalización adulto UCI	52.609	0,000907	47,72191011	\$ 14.946.530	\$ 713.276.952
	Hospitalización adulto UCI	52.609	0,000208	10,91666667	\$ 3.896.886	\$ 42.541.009
	Hospitalización pediátrica piso	52.609	0,000131	6,888888889	\$ 6.262.582	\$ 43.142.230
	Hospitalización pediátrica UCI	52.609	0,000285	15,01190476	\$ 10.990.170	\$ 164.983.382
	Hospitalización pediátrica UCIN	52.609	0,000305	16,02439024	\$ 3.547.716	\$ 56.849.983
Total, general				17.534,60		\$ 5.247.752.341

Nota. La Tabla 43 muestra la ficha técnica del departamento del Valle del Cauca.

Tabla 45*Nota técnica general*

Agrupador	Servicios	Total, operador				
		Población	Frecuencia uso	Actividades mes	CME	Valor mes
Consultas	Consulta por medicina general	126.076	0,239386	4.802,91	\$ 21.601	\$ 101.166.693
	Consultas odontología general	126.076	0,04824	1.187,37	\$ 16.310	\$ 18.363.036
	Consulta odontología especializada	126.076	0,002084	55,693055	\$ 25.681	\$ 1.429.680
	Consulta médica especializada	126.076	0,185941	4.447,66	\$ 100.676	\$ 403.006.923
	Consultas de enfermería	126.076	0,010184	243,433333	\$ 11.638	\$ 2.563.844
	Consulta de apoyo	126.076	0,060377	1.324,72	\$ 22.886	\$ 24.700.341
Laboratorio	Laboratorio	126.076	0,691128	17.182,15	\$ 157.896	\$ 2.712.999.945
Imagenología	Radiografía simple y especializada	126.076	0,038657	955,374131	\$ 45.028	\$ 46.552.270
	Electrocardiograma	126.076	0,012383	304,67	\$ 32.275	\$ 9.914.816
	Ecografías	126.076	0,023971	652,814722	\$ 225.461	\$ 176.903.478
	Tomografías	126.076	0,010043	263,957778	\$ 386.616	\$ 99.432.982
	Ecocardiograma	126.076	0,004246	104,655	\$ 381.264	\$ 39.133.357
	Resonancias	126.076	0,005299	131,211111	\$ 729.048	\$ 95.035.669
	Gamagrafías	126.076	0,000827	19,888805	\$ 1.250.604	\$ 20.987.154

	banco de sangre	126.076	0,000933	20,864828	\$ 322.056	\$ 5.994.429
	Diagnóstico	126.076	0,020444	494,492778	\$ 1.025.699	\$ 382.957.441
	menor	126.076	0,01242	287,483333	\$ 290.606	\$ 77.911.460
	Oncológico	126.076	0,004818	99,869723	\$ 2.522.048	\$ 648.094.814
	Quirúrgico	126.076	0,022195	560,693055	\$ 1.583.541	\$ 828.310.899
	Terapéutico	126.076	0,106917	3.027,69	\$ 33.931.989	\$ 102.735.600.840
Procedimiento	Procedimiento Odontología general	126.076	0,140726	3.507,31	\$ 73.525	\$ 204.943.351
	Procedimiento odontología especializada	126.076	0,007908	188,143889	\$ 64.590	\$ 12.597.788
Promoción y mantenimiento de la salud	educación	126.076	0,105009	2.359,67	\$ 10.860	\$ 43.827.216
	Vacunación	126.076	0,01943	386,383334	\$ 16.132	\$ 5.635.274
	Consulta médica domiciliaria	126.076	0,002665	63,104444	\$ 69.917	\$ 4.687.943
	Consulta odontología general domiciliaria	126.076	0,000054	1,05	\$ 71.605	\$ 48.921
Atencion domiciliaria	Consulta médica especializada domiciliaria	126.076	0,001319	25,628333	\$ 412.989	\$ 8.289.474
	consultas de enfermería domiciliaria	126.076	0,007989	269,53	\$ 194.276	\$ 12.594.776
	Consulta de apoyo domiciliaria	126.076	0,021053	591,893333	\$ 145.612	\$ 26.734.426
	Hospitalización adulto piso	126.076	0,038121	846,505066	\$ 2.365.984	\$ 1.640.478.167
Hospitalización	Hospitalización adulto UCI	126.076	0,005513	151,667898	\$ 9.152.222	\$ 1.693.267.735

Hospitalización adulto UCIN	126.076	0,042832	47,75	\$ 3.191.073	\$ 179.678.954
Hospitalización pediátrica piso	126.076	0,043872	9,305556	\$ 2.014.080	\$ 48.178.311
Hospitalización pediátrica UCI	126.076	0,084403	27,345238	\$ 6.439.090	\$ 281.631.287
Hospitalización pediátrica UCIN	126.076	0,716074	28,62439	\$ 3.358.262	\$ 86.159.077
Total, general			44.671,52		\$ 49.375.006.541

Nota. La Tabla 45 muestra la nota técnica general.

Valor margen de riesgo según exposición mes por departamento

Como resultado de la consolidación y análisis de los datos contenidos en la nota técnica se construye el margen de riesgo de exposición por usuario el cual es de vital importancia como referente en contratación para cualquier modelo enmarcado en la normatividad vigente ya que permite analizar la viabilidad de este, permite a las partes interesadas en la contratación medir, gestionar los riesgos asociados con la exposición de los usuarios en la contratación.

Identificación de riesgos: al establecer un margen de riesgo de exposición por usuario, las partes pueden identificar los riesgos potenciales asociados con la exposición de los usuarios y tomar medidas para mitigarlos.

Tabla 46

Total, valor margen de riesgo según exposición

	Operador	Caldas	Cauca	Quindío	Risaralda	Valle
Agrupador	Valor margen de riesgo según exposición n mes	Valor margen de riesgo según exposición mes	Valor margen de riesgo según exposición n mes	Valor margen de riesgo según exposición n mes	Valor margen de riesgo según exposición n mes	Valor margen de riesgo según exposición n mes
Consultas	\$ 4.372,21	\$ 6.218,62	\$ 3.465,01	\$ 5.746,20	\$ 6.376,34	\$ 3.123,26
Laboratorio	\$ 21.809,57	\$ 31.236,85	\$ 13.415,88	\$ 25.277,54	\$ 18.007,34	\$ 22.827,14
Imagenología	\$ 3.870,36	\$ 2.677,13	\$ 3.483,60	\$ 4.612,20	\$ 3.912,58	\$ 4.311,13
Procedimiento	\$ 329.602,3	\$ 1.929.286,4	\$ 24.481,00	\$ 37.267,53	\$ 54.782,65	\$ 46.341,9

	2	8				6
Promoción y mantenimiento de la salud atención domiciliar	\$ 392,32	\$ 406,00	\$ 208,52	\$ 343,91	\$ 266,18	\$ 527,23
Hospitalización	\$ 31.166,86	\$ 23.178,89	\$ 81.431,99	\$ 19.148,44	\$ 5.271,00	\$ 22.307,88
Total, valor margen de riesgo según exposición mes	\$ 391.628,91	\$ 1.993.622,97	\$ 127.080,69	\$ 73.637,26	\$ 83.619,59	\$ 77.442,21

Nota. La Tabla 46 muestra el valor total del margen de riesgo según exposición.

Hallazgos

La Información que reportan los Registros Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, es un insumo fundamental para la gestión y el análisis de la atención en salud. Su precisión y consistencia son cruciales para la toma de decisiones informadas y para garantizar la calidad de los servicios prestados a la población. Sin embargo, la detección de inconsistencias en los datos registrados en el RIPS es una problemática recurrente que puede afectar negativamente diversos aspectos del sistema de salud. Estas inconsistencias pueden manifestarse en la duplicación de registros, datos incompletos o erróneos, discrepancias en la información de los pacientes. Este documento aborda los principales hallazgos de inconsistencias en los RIPS revisados. A continuación, se relacionan los más frecuentes e importantes.

- Falta de estandarización en los RIPS: No todos los RIPS cumplen con la función de

soporte de venta o compra de servicio y su estructura normativa estandarizada.

- Uso del código Único de Procedimientos CUPS 890202. Es un código inespecífico de consulta médica especializada, que no permite determinar a qué especialidad de atención corresponden las consultas.
- Incoherencias en actividades de atención del parto: usuarios masculinos y personas mayores de 50 años registrados en actividades para mujeres, como es la atención del parto, lo cual no es coherente.
- Errores en registros de atención al recién nacido: registros de 58 usuarios mayores de un año en actividades de atención al recién nacido, lo cual no pertenece a esta cohorte.
- Inconsistencias en detección de alteraciones del desarrollo en jóvenes: de 5392 registros en actividades para jóvenes de 14 a 28 años, 1987 corresponden a usuarios mayores de 28 años.
- Problemas en registros del grupo de menores de diez años: de 8160 registros de actividades, 242 corresponden a usuarios mayores de 11 años.
- Errores en detección de alteraciones del embarazo: registros de usuarios fuera de los rangos esperados: menores de 15 años, mayores de 50 años, y usuarios masculinos entre cero y 74 años.
- Inconsistencias en detección de enfermedad profesional: 100 registros de usuarios menores de 18 años en actividades para detección de enfermedad profesional, lo cual no es coherente.

- Problemas en consultas exclusivas de mujeres: 382 registros de usuarios masculinos en consultas de ginecología, desde cero hasta 74 años.
- Errores en actividades de detección del adulto: 27690 registros en actividades para adultos de 29 a 59 años, de los cuales 12866 no corresponden a este rango de edad.
- Registros clínicos sin diagnóstico principal: falta de registro del diagnóstico principal en un porcentaje significativo de procedimientos quirúrgicos, servicios de laboratorio y no quirúrgicos.
- Problemas en registros de medicamentos en RIPS de AM: inconsistencias en el código único de medicamentos, nombre genérico, forma farmacéutica y concentración del medicamento, dificultando la estandarización de la información.
- Variabilidad en el proceso de autorizaciones: el sistema permite seleccionar códigos CUPS incorrectos y modificar frecuencias de manera manual, registrando servicios sin un CUPS específico, dificultando la estandarización de la información.
- Inconsistencias en los datos de RIPS: a pesar de contar con un validador de RIPS, se encontraron variabilidad e inconsistencias en los datos, afectando la precisión, completitud y consistencia de los registros.
- Códigos de diagnóstico y procedimientos incorrectos: uso de códigos que no corresponden a la atención prestada o no están actualizados, agrupación de frecuencias incorrecta y duplicidad de registros.
- Desajuste entre valores de CUPS y contratos: valores de CUPS registrados que no

corresponden al valor del contrato o aparecen en cero pesos, y falta de concordancia entre la atención prestada y el diagnóstico registrado.

- Errores en la codificación de la atención: codificación incorrecta de procedimientos, incluyendo aquellos que no se realizaron.
- Datos no fiables para proyección y planeación: los datos actuales no son precisos ni confiables para proyecciones de costo, planificación de presupuesto o instrumentos de contratación.

Estos hallazgos destacan la necesidad de mejorar los procesos de validación, registro y auditoría; mejorar la precisión, completitud y consistencia en los registros de servicios de salud para garantizar la calidad de los datos en los RIPS y su uso efectivo en la gestión de servicios de salud

Conclusiones

Para garantizar la efectividad y la fiabilidad de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) es fundamental implementar diversas estrategias que aseguren la precisión y coherencia de los datos registrados. Estas conclusiones resaltan la necesidad de revisar y validar los instrumentos de registro, de capacitar continuamente al personal, y de establecer indicadores de calidad que permitan una correcta evaluación y toma de decisiones. Además, la precisión en el cálculo de costos y frecuencias de uso es esencial para evaluar adecuadamente la suficiencia de los recursos asignados. A continuación, se detallan las recomendaciones y acciones necesarias para alcanzar estos objetivos.

Revisión y validación de instrumentos de registro: es necesario revisar y validar los instrumentos de registro para asegurar que los códigos y la información registrada sean precisos y coherentes con los servicios prestados. Esto incluye la validación de sistemas de autorización y la mejora de los procesos de registro de datos.

Capacitación y auditorías continuas: la capacitación continua del personal encargado de los registros y la realización de auditorías periódicas son fundamentales para detectar y corregir inconsistencias. Esto garantiza la calidad de los datos y permite que la nota técnica sea una herramienta fiable para la contratación.

Importancia de datos confiables y estandarizados: para caracterizar y cuantificar adecuadamente las fuentes de información, es esencial contar con datos confiables y estandarizados. La falta de calidad en los registros puede afectar la validez de los análisis y decisiones basadas en la nota técnica.

Uso de indicadores de calidad para la evaluación: se debe establecer y utilizar indicadores de calidad para evaluar la información registrada es crucial. Estos indicadores ayudan a identificar áreas de mejora y aseguran que los datos utilizados en la nota técnica sean precisos y útiles para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Precisión en el cálculo de costos y frecuencias de uso: calcular con precisión los costos y las frecuencias de uso es vital para evaluar la suficiencia de la UPCM. Esto requiere un seguimiento riguroso y una actualización constante de los datos para reflejar con exactitud los servicios de atención en salud suministrados. Estas conclusiones enfatizan la importancia de mejorar los procesos de recolección, validación y auditoría de datos para construir una nota técnica efectiva y fiable, que sirva como herramienta de contratación idónea.

Teniendo en cuenta el margen de riesgo en la exposición del individuo, y considerando los datos sobre frecuencia y costos de un CUPS en un periodo determinado, no es posible concluir con certeza las desviaciones relacionadas con aspectos como la morbimortalidad, frecuencia de uso, costo per cápita, suficiencia de la UPCM o determinar si la frecuencia y el margen de riesgo de exposición obtenidos de los RIPS son elevados o adecuados según la caracterización y el perfil de la población.

Del mismo modo, no se puede establecer si los costos de utilización de los servicios de salud para el régimen especial reflejan adecuadamente la frecuencia esperada y la severidad de la población afiliada según su nivel de riesgo de exposición. La ausencia de información clave, como informes detallados que permitan analizar estos aspectos, limita la posibilidad de realizar una evaluación exhaustiva que sustente una conclusión confiable.

Además, no se cuenta con datos que permitan desglosar el total de costos asociados a la

prestación de servicios de salud en componentes específicos como gastos directos, costos indirectos, provisiones, reservas técnicas o cumplimiento de presupuestos. Sin esta información, no es posible identificar los factores que contribuyen al costo total, lo cual complica aún más el análisis de la suficiencia de la UPCM.

Por lo tanto, y debido a la falta de información necesaria, no es posible determinar si el valor de la UPCM asignado es suficiente para cubrir los costos derivados de la prestación de servicios de salud en el régimen especial. Esto se traduce en una imposibilidad de evaluar si los ingresos derivados de la UPCM corresponden a los gastos reales y si estos se ajustan de forma adecuada a las necesidades y características de la población afiliada. Para realizar una valoración más precisa, sería indispensable contar con datos desagregados y específicos que incluyan tanto la estructura de costos como las proyecciones de riesgo y utilización de los servicios.

Recomendaciones

La calidad y precisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) son esenciales para una gestión eficiente y efectiva de los servicios de salud. Para abordar las inconsistencias y mejorar los registros, es necesario implementar una serie de medidas y estrategias. A continuación, se detallan las recomendaciones clave enfocadas en la capacitación del personal, la implementación de sistemas de validación y auditoría, la estandarización de códigos, la mejora de los sistemas de información, y el establecimiento de indicadores de calidad. Estas acciones contribuirán a garantizar registros más precisos y confiables, facilitando así una mejor toma de decisiones y planificación en el sector salud. A continuación, se relacionan algunas recomendaciones más precisas.

Capacitación y sensibilización del personal: es importante realizar talleres de formación continua sobre la importancia de la correcta recolección y registro de datos. Sensibilizar al personal sobre las normativas y la estructura estandarizada de los RIPS. Implementación de sistemas de validación y auditoría; desarrollar sistemas automatizados para validar la información antes de su ingreso definitivo. Establecer auditorías periódicas para detectar y corregir errores en los registros.

Actualización y estandarización de los códigos y nomenclaturas actualizar los códigos y nomenclaturas según las últimas normativas y guías. Garantizar que todos los usuarios del sistema utilicen la misma versión actualizada de los códigos. Mejora en los sistemas de información y tecnologías, implementar sistemas de información robustos y fáciles de usar que minimicen errores de registro. Incluir características que obliguen a completar campos esenciales, como el diagnóstico principal, antes de permitir el registro. Revisión y corrección continua de los

registros, establecer un equipo dedicado a la revisión y corrección de inconsistencias en los registros. Implementar un protocolo para corregir y actualizar registros incorrectos en tiempo real. Establecimiento de indicadores de calidad, definir indicadores claros de calidad para medir la precisión y completitud de los registros. Es necesario, llevar a cabo un seguimiento y hacer una evaluación continua de estos indicadores para asegurar mejoras sostenidas. Mejorar el sistema de validación de RIPS; es importante fortalecer el validador de RIPS para detectar inconsistencias en los registros relacionados con la finalidad de la consulta y la causa de la enfermedad.

Validar el instrumento validador de RIPS, hay que asegurar que el instrumento validador sea preciso, confiable, válido y consistente, reflejando estándares de calidad para los servicios prestados y permitiendo la modelación de pagos prospectivos. En ese sentido, aunque no es obligatorio para todas las actividades, incluir el diagnóstico principal en los registros para facilitar el seguimiento, la evaluación de tratamientos y la toma de decisiones administrativas.

Se recomienda implementar programas de formación continua para el personal encargado del registro de datos y realizar auditorías periódicas para corregir inconsistencias de manera oportuna. Así como establecer un sistema de monitoreo y validación que permita detectar y abordar fluctuaciones inusuales en los datos, mejorando la precisión y consistencia de los registros. Utilizar un validador robusto que evite errores como diagnósticos incorrectos basados en género, edad o tipo de afiliación, asegurando datos de alta calidad y coherencia.

Estas recomendaciones pueden ayudar a mejorar la calidad y precisión, reducir las inconsistencias y asegurar que los registros de los RIPS sean más precisos y útiles, proporcionando una base más sólida para la toma de decisiones y la planificación en el sector salud.

Referencias

- Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente. (2023). *Régimen Especial - con oferta*. Obtenido de <https://www.colombiacompra.gov.co/content/regimen-especial-con-oferta>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009 a). *Acuerdo 3 de 2009 Comisión de Regulación en Salud - CRES*. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37076>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2022 b). *Decreto 441 de 2022 Nivel Nacional*. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=122202>
- Congreso de la República. (2007 a). *Ley 1122 de 2007*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República. (2015 b). *Ley estatutaria 1751 de 2015*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf
- Consultor salud. (2022 de Junio de 2023). *Consultor salud*. Obtenido de CUPS 2023 – Resolución 2775 de 2022: <https://consultorsalud.com/cups-2023-resolucion-2775-de-2022/>
- Fiduprevisora. (2023). *Invitación pública 002 de 2023*. Obtenido de <https://www.fiduprevisora.com.co/wp-content/uploads/2019/03/DOCUMENTO-DE-SELECCION-DEFINITIVO.pdf>
- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. (2016). *Acuerdo 09*. Institucional. Obtenido de <https://www.fiduprevisora.com.co/wp-content/uploads/2019/12/ACUERDO-009-DE-2016.pdf>
- Función Pública. (1989 a). *Ley 91 de 1989*. Normatividad Nacional. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=299>
- Función Pública. (2002 b). *Decreto 1281 de 2002*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5354>
- Función Pública. (2007 c). *Ley 1150 de 2007*. Normatividad Nacional. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184686>
- Gestor normativo. (1993 a). *Ler 80 de 1993*. Normatividad nacional. Obtenido de

- <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=304>
Gestor Normativo. (2011 b). *Ley 1438 de 2011*. Obtenido de
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Ministerio de Salud y Protección [Minsalud]. (2022 a). *Resolución 2809 de 2022*. Obtenido de
<https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2023/01/Modifica-art.-2-de-Resolucion-2809-de-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Salud [Minsalud]. (2001 b). *Resolución 3374 de 2000*.
Obtenido de
<https://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Normatividad/Guia%20Implementacion%20RIPS/Gu%C3%ADa%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20RIPS%20%E2%80%93%20Ministerio.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (1991c). *Decreto 2759 de 1991*. Obtenido de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2008 d). *Resolución 3028 de 2008*.
Obtenido de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203028%20DE%202008.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2010 e). *La Unidad de pago por capitación (UPC)*. Acuerdo 19 de 2010. Obtenido de
[https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/upc_s.aspx#:~:text=a.,\(\\$839%2C00\).%22](https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/upc_s.aspx#:~:text=a.,($839%2C00).%22)
- Ministerio de salud y protección social [Minsalud]. (2010 f). *Normatividad en RIPS*. Manual.
Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/rips.aspx>
- Ministerio de salud y protección social [Minsalud]. (2014 g). *Todo lo que usted debe saber sobre el plan de beneficios - POS*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2016 h). *Cifras financieras del sector salud*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vp/fs/boletin-flujo-de>

recursos-2012-2016-no-13.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2016 i). *Decreto 780 de 2016*. Institucional. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf>

Ministerio de salud y protección social [Minsalud]. (2016 j). *Política de atención integral en salud*. Política pública. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2021 k). *Informe Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-final-cups-2021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social [Minsalud]. (2022 l). *Nota Técnica Decreto 441 de 2022: lineamientos sobre su construcción, uso y*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/nota-tecnica-decreto-441-de-2022.pdf>

Ministerio de Saludo y Protección Social [Minsalud]. (2023 m). *Resolución 1557 de 2023*. Resolución. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201557%20de%202023.pdf

Ministerio de Transporte. (2007). *Ley 1150 de 2007*. Obtenido de

https://web.mintransporte.gov.co/jspui/bitstream/001/404/1/Ley_1150_2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2015 n). *Análisis de la situación en salud: Boletín ASIS*. Boletín informativo. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/psp/boletin-asis-vol.-3-no.%205.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2016 o). *Decreto 780 de 2016*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2015). *Resolución 1536 de 2015*. Obtenido

de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2018 p). *Ajuste de riesgo*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ajuste-riesgo-rct.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] . (2023). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido

de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>